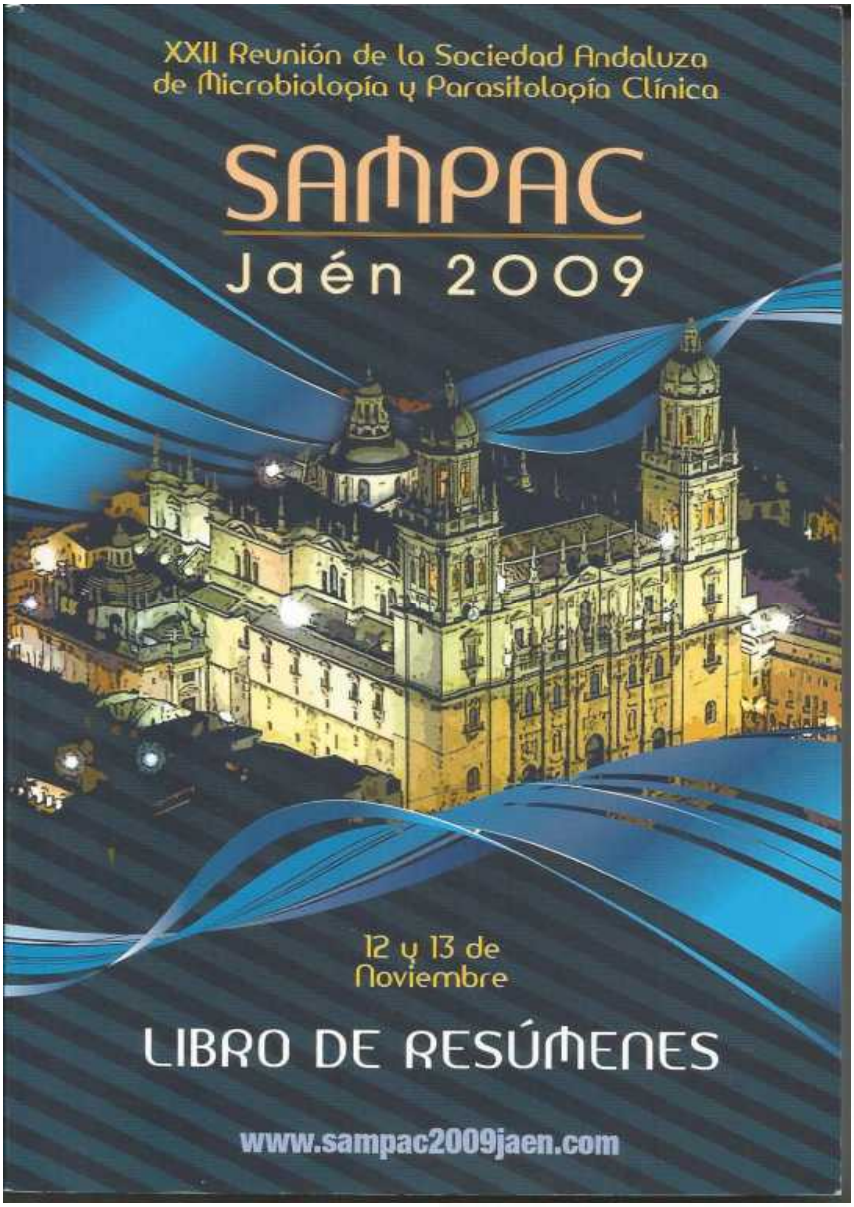
XXII Reunión de la Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica

Secretaría Técnica:
Microbiología y Parasitología
Complejo Hospitalario de Jaén
Hospital Universitario Neurotraumatológico
Carretera de Bailén Km. 1
23009 - Jaén
Teléfono: 953.00.81.20
Web: http://www.sampac2009jaen.com
Correo de contacto: xxiisampac.chj.sspa@juntadeandalucia.es
Correo para el envío de documentación: info@sampac2009jaen.com



Organizado por:
Unidad de Microbiología y Parasitología de
- Complejo Hospitalario de Jaén
- Hospital San Agustín de Linares
- Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda

Diseño e impresión
Gráficas Francisco del Moral, s.a. 953 511 351

Diseño Página Web, (www.sampac2009jaen.com):
D. José Mª Villar Flores.

Acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Créditos asignados: 1.78

Declarada de Interés Cientifico-Sanitario por la Consejeria de Salud.

Depósito Legal
J-823-2009

ISBN
978-84-935687-4-0

© SAMPAC - Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica

El contenido de esta publicación, incluido diseño, textos, gráficos, fotografías, dibujos, etc. está protegido por la Ley de Propiedad Intelectual y el Código Penal.
Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.
Quien lo reproduzca y/o distribuya sin dicha autorización incurrirá en un delito previsto en el artículo 270 del vigente Código Penal.

Acreditada por la por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

(1,78 créditos)

y

Declarada de Interés Científico-Sanitario por la Consejería de Salud

INTRODUCCIÓN

El Comité Organizador y Científico os invita a participar en la XXII Reunión de la SAMPAC, que tendrá lugar en Jaén los días 12 y 13 de Noviembre de 2.009.

Es la tercera vez desde la fundación de la SAMPAC que Jaén acoge con orgullo y responsabilidad, la organización de la Reunión Anual de nuestra sociedad.

Estamos preparando una programación científica, cuyo tema principal se centrará en la **Actualización en el Diagnóstico Microbiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual**, que como todos conocéis, se presentan con una mayor incidencia en nuestra población en los últimos años.

Por primera vez en la SAMPAC vamos a incluir Exposición de casos clínicos interactivos, fomentando la habilidad práctica de todos los asistentes.

Desde Jaén, queremos contar con vuestra asistencia y aportación en forma de comunicaciones científicas.

Por primera vez se ha acreditado, por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, la Reunión Científica de la SAMPAC.

La reunión se celebrara en el Antiguo Hospital de San Juan de Dios, emblemático en nuestra ciudad.

Un saludo

Carolina Roldán Fontana

LUGAR DE CELEBRACIÓN

Ciudad: Jaén.

Lugar: Antiguo Hospital San Juan de Dios.
Plaza San Juan de Dios s/n

Fechas: 12 y 13 de Noviembre de 2.009.

ACTO INAUGURAL

Lugar: Salón Mudéjar del Antiguo Palacio del Condestable Iranzo

C/ Maestra (Entrada por calle lateral)

Fecha: 12 de Noviembre de 2.009.

Hora: 19:45 h.

ORGANIZACIÓN

JUNTA DIRECTIVA DE LA SAMPAC

Presidente
Javier Aznar Martín

Vicepresidente
José Antonio Lepe Jiménez

Secretario
José Carlos Palomares Folía

Tesorera
Amalia Martín Martín

Vocales

Almería:	María Teresa Cabezas Fernández
Cádiz:	Juan Carlos Alados Arboledas
Córdoba:	Rafael Bañón Arias
Granada:	Begoña Palop Borrás
Huelva:	José María Saavedra Martín
Jaén:	Carolina Roldán Fontana
Málaga:	María Victoria García López
Sevilla:	Ana Isabel Aller García

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta
Carolina Roldán Fontana

Vicepresidenta
Purificación Cantudo Muñoz

Secretaria
Josefa Rosa Muñoz Villanueva

Tesorera
Juana Gassó Campos

Vocales
Carmen Amores Antequera
Inmaculada Carazo Carazo
Inocente Cuesta Lendínez
Ricardo Villa-Real Berruezo

COMITÉ CIENTIFICO

Carmen Amores Antequera
Inmaculada Carazo Carazo
Inocente Cuesta Lendínez
Ricardo Villa-Real Berruezo

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Andalucía
D. José A. Griñán Martínez

Excma. Sra. Consejera de Salud
Dª. María Jesús Montero Cuadrado

Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud
D. José Luís Gutiérrez Pérez

Ilma. Sra. Delegada de Salud de Jaén
Dª. Purificación Gálvez Daza

Ilmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Jaén
D. Felipe López García

Ilma. Sra. Alcaldesa del Ayuntamiento de Jaén
Dª. Carmen Purificación Peñalver Pérez

Sr. Director Gerente del Complejo Hospitalario de Jaén
D. Emiliano Nuevo Lara

Sr. Director Gerente del Hospital "San Agustín" de Linares
D. Antonio Evaristo Resola García

Sr. Director Gerente del Hospital "San Juan de la Cruz" de Úbeda
D. Tomás A. Urda Valcárcel

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

12 DE NOVIEMBRE DE 2.009

16:30 h. Recogida de Documentación y colocación de Pósters

17:00 h. I Mesa redonda:

Moderador: D. Alfonso Pinedo Sánchez
Jefe de Servicio de Microbiología. H. Virgen de la Victoria
D. José María Saavedra Martín
F. E. A. de Microbiología. H. Juan Ramón Jiménez

Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual

Dra. Asunción Díaz Franco.

Medico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Área de Vigilancia del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Actualización en el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae*

Dr. Luis Otero Guerra

F. E. A. de Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón

18:45 h. Exposición de Comunicaciones Orales

Moderador: D. Santiago Pérez Ramos
Jefe de Servicio de Laboratorios. H. Puerto Real
Dª. Ana Isabel Aller García.
F. E. A. de Microbiología. H. Virgen de Valme

20:00 h. Acto Inaugural: En el Salón Mudéjar del Palacio del Condestable Iranzo.

20:15 h. Conferencia Institucional Inaugural. Profesor Rey Calero

Lo nuevo en Virus y Diagnóstico

Dra. Concepción Gimeno Cardona.

Jefe de Servicio de Microbiología. Hospital General de Valencia

21:30 h. Cóctel de bienvenida

13 DE NOVIEMBRE DE 2.009

09:00 h. II Mesa Redonda

Moderador: Dª. Begoña Palop Borrás.
F. E. A. de Microbiología. H. San Cecilio
Dª. María José Linares Sicilia
F. E. A. de Microbiología. H. Reina Sofia

Actualización en el diagnóstico de Chlamydia trachomatis
Dr. José Carlos Palomares Folía.
Jefe de Sección de Microbiología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Actualización en el diagnóstico de *Treponema pallidum*
Dra. María Teresa Cabezas Fernández
F. E. A. de Microbiología. Hospital de Poniente. Almería

10:45 h. Descanso, Café y Visita a Pósters

11:15 h. III Mesa Redonda

Moderador: D. José María Navarro Mari
Jefe de Servicio de Microbiología. H. Virgen de las Nieves
D. Inocente Cuesta Lendínez
Jefe de Sección de Microbiología. C. H. de Jaén

Actualización en el diagnóstico de virus de Papiloma humano
Dr. Manuel Antonio Rodríguez Iglesias
Jefe de Sección de Microbiología. Hospital Puerto Real. Cádiz

Actualización en el diagnóstico de virus herpes simplex
Dr. Javier Aznar Martín
Jefe de Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

13:00 h. Grupos de Trabajo SAMPAC

13:30 h. Asamblea SAMPAC

14:00 h. Comida de trabajo

16:00 h. Exposición de Comunicaciones Orales

Moderador: Dª. Matilde de la Iglesia Salgado
Jefe de Servicio de Laboratorios. H. Infanta Elena
D. Armando Reyes Bertos
F. E. A. de Microbiología. H. Torrecárdenas

17:00 h. Exposición de Casos clínicos

Moderador: D. Juan Carlos Alados Arboledas
F. E. A. de Microbiología. H. de Jerez
D. Federico García García

F. E. A. de Microbiología. H. San Cecilio

Hepatitis y lesiones perianales en varón homosexual.

Antonio Sampedro Martínez.

F. E. A. de Microbiología. Hospital "Virgen de las Nieves". Granada

Mujer con dolor e inflamación en región periungeal de miembro superior izquierdo.

Francisco Franco Álvarez de Luna.

F. E. A. de Microbiología. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto.

Mujer de 30 años con dolor abdómino-pélvico.

María Victoria García López.

F. E. A. de Microbiología. Hospital "Virgen de la Victoria". Málaga

Niño de 20 meses con abundantes escamas en las pestañas.

Purificación Cantudo Muñoz.

F. E. A. de Microbiología. Hospital "San Agustín". Linares (Jaén)

Cuadro febril de corta duración y sin foco en paciente con prácticas de riesgo sexuales.

Rafael Bañón Arias.

F. E. A. de Microbiología. Hospital "Reina Sofía". Córdoba

18:15-19:15 Simposium satélite. Novartis

Relevancia clínica de la determinación de sensibilidad a glicopéptidos. Utilidad clínica de nuevos antibióticos frente a Staphylococcus aureus resistente a meticilina

21:30 h. Cena de clausura

ACOMPAÑANTES

Visita guiada por la ciudad durante la mañana del día 13 (Se especificará en el Congreso)

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS. NORMAS DE ENVÍO DE RESÚMENES

1. Fecha limite de aceptación de resúmenes: **12 de Octubre de 2.009**.
2. Los trabajos deberán ser **originales**, relacionados o no con el tema de estudio de la Reunión y no haber sido presentados o publicados en otros foros científicos.
3. Se enviará exclusivamente **mediante correo electrónico**.
4. Los resúmenes se adjuntarán como archivo **Word**, cuyo modelo podrá descargarse de la página web.
5. Para optar al Premio a la mejor comunicación, el primer firmante de los trabajos, deberá ser socio de la SAMPAC.
6. Los resúmenes deberán responder al siguiente formato y se estructurarán según el siguiente esquema:
   - Cumplimentar el documento con letra **Arial 10 e interlineado sencillo**. El texto no debe sobrepasar los límites establecidos en el formato original.
   - El **Título y los Autores** debe escribirse en **mayúsculas**. Señalar con un asterisco el autor que presenta la comunicación. Se omitirán cargos, títulos y direcciones.
   - El texto debe estructurarse en **Introducción, Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones**. No se dejarán líneas para espaciar las secciones ni se sangrarán los párrafos. Pueden utilizarse abreviaturas estándar sin necesidad de definirla.
   - Se rechazarán los resúmenes que no posean una mínima calidad científica y que no expresen los resultados definitivos.
   - **No** presentar **tablas ni imágenes** fotográficas.
   - Deben rellenarse todos los datos que se solicitan.
7. Normas de presentación de Pósters y Comunicaciones Orales.
   - Una vez aceptadas sus comunicaciones, los autores recibirán instrucciones detalladas relativas a su lugar de exposición (sesión), formato (póster o comunicación), así como la sala, fecha y hora de la misma.
   - El tamaño **máximo** permitido para los **pósters** es de **90 cm.** de ancho **x 110 cm.** de largo y deberán leerse con claridad a una distancia aproximada de 1,5 m.
   - Los pósters deberán estar colocados en el lugar y hora designado para ello por la organización.
   - La retirada de los pósters, no deberá efectuarse hasta que concluya el programa científico de la Reunión, con el fin de que todos los asistentes dispongan de tiempo suficiente para su lectura.
   - Durante la sesión de comunicaciones orales los autores de los trabajos seleccionados dispondrán de 5 minutos para su presentación con un máximo de 3 diapositivas y a continuación responderán a las preguntas de los asistentes.

INSCRIPCION

CUOTA	ANTES DEL 15/09/09	DESPUÉS DEL 15/09/09
Socios	*300 €*	*325 €*
No socios	*350 €*	*375 €*
Residentes	*200 €*	*225 €*
Acompañantes	*150 €*	*175 €*

ASISTENCIA A LA CENA DE CLAUSURA	
No inscritos	*85 €*

ALOJAMIENTO

Hotel Infanta Cristina

El hotel cuenta con 8 salones de convenciones, cuyas capacidades oscilan entre las 8 y las 600 personas dependiendo de los distintos montajes; con salones panelables que permiten adaptar mejor su capacidad a las exigencias del mercado. Ofrece también la posibilidad de tener en la sala cualquier material audiovisual (bajo petición).

Dispone de:

71 habitaciones totalmente equipadas, 2 Suites, Piscina al aire libre, Salones de convenciones, Restaurante Az-Zait, Bar cafetería, Salón de televisión, Parking

Datos de contacto:

Avenida de Madrid s/n
23009 (Jaén)
Teléfono: 953 26 30 40
Fax: 953 27 42 96
e-mail: hotel@hotelinfantacristina.com
Web: http://www.hotelinfantacristina.com/

Precios:

Habitación doble:	109,00 €
Habitación individual:	85,00 €

Hotel Condestable Iranzo

El Hotel Condestable Iranzo es el lugar perfecto para su descanso y trabajo, ya que posee una situación inmejorable en el centro de Jaén. Está junto al Parque de la Victoria, el Museo Provincial de Jaén, la Plaza de las Batallas ... y a pocos minutos de diversos puntos de interés turístico. La amplitud de sus salones, su ambiente acogedor y lujoso, y su esmerado servicio hacen al Hotel Condestable Iranzo el "Hotel de Jaén".

Dispone de:

159 habitaciones (habitaciones con salón, matrimonio, dobles, individuales) , Restaurante con cocina jaenera e internacional, Cafetería, Bar Inglés, Salón de televisión , Salones, Discoteca, Sala de bingo.

Datos de contacto:

Paseo de la Estación 32
23008 (Jaén)
Teléfono: 953 22 28 00
Fax: 953 26 38 07
Web: http://www.hotelcondestableiranzo.com/ppal.html

Precios:

Habitación doble:	85,00 €
Habitación individual:	75,00 €

RESERVAS:

Viajes Jabalcuz
Calle Baeza 1
23008 - Jaén
Teléfono: 953.29.50.00
Fax: 953.26.73.33
e-mail: congresos@viajesjabalcuz.com

Modelos Normalizados

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título
Autores
Centro
Resumen
Palabras Clave

Nombre _____

Servicio _____ ***Hospital*** _____

Dirección _____

Teléfono _____ ***Fax*** _____ ***e-mail*** _____

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: *info@sampac2009jaen.es*

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

Hoja de alta

Identificación

Nombre: _____ D.N.I.: _____

Datos personales

Domicilio: _____ - _____

Localidad: _____ (_____)

Teléfono: _____ Móvil: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Datos profesionales

Centro: _____

Puesto: _____

Servicio: _____

Dirección: _____ - _____

Localidad: _____ (_____)

Teléfono: _____ Extensión: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Se le comunica: que sus datos personales se incorporaran a los ficheros para la gestión de la XXII Reunión de la Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología (SAMPAC), que dichos ficheros cuentan con las medidas de seguridad adecuadas para garantizar su confidencialidad y seguridad frente a terceros y que bajo ninguna circunstancia serán cedidos a otra entidad publica o privada.
Asimismo, y para dar cumplimiento a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de fecha 13 de Diciembre, le informamos que en cualquier momento podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación en:
Secretaria Técnica: Microbiología y Parasitología
Hospital Universitario Neurotraumatológico del Complejo Hospitalario de Jaén
Carretera de Bailen Km. 1.- 23009 - Jaén
Teléfono: 953.00.81.20 e-mail: info@sampac2009jaen.es

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

Viajes Jabalcuz

REMITIR A:
VIAJES JABALCUZ
Calle Baeza 1.- 23008 - Jaén
Teléfono: 953.29.50.00 - Fax: 953.26.73.33 - E-mail: congresos@viajesjabalcuz.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____

➢ CUOTA DE INSCRIPCIÓN

	ANTES DEL 15/09/09	DESPUÉS DEL 15/09/09
Socios	☐ 300 €	☐ 325 €
No socios	☐ 350 €	☐ 375 €
Residentes	☐ 200 €	☐ 225 €
Acompañantes	☐ 150 €	☐ 175 €

➢ PRECIOS x HABITACIÓN Y NOCHE. DESAYUNO E IVA INCLUIDOS

HOTEL	HABITACIÓN DOBLE	HABITACIÓN INDIVIDUAL
☐ Hotel Infanta Cristina	109,00 €	85,00 €
☐ Hotel Condestable Iranzo	92,00 €	75,00 €

Día de entrada: _____ Día de Salida: _____

Nº de habitaciones dobles: _____ x _____ Noches x _____ € = _____ €

Nº de habitaciones individuales: _____ x _____ Noches x _____ € = _____ €

IMPORTE TOTAL INSCRIPCIÓN + ALOJAMIENTO _____ €

➢ FORMA DE PAGO:

☐ Transferencia bancaria *(imprescindible enviar copia por fax)*	Titular: Viajes Jabalcuz Caja de Ahorros de Granada Paseo de la Estación 32-A.- 23008 - Jaén **Numero de cuenta: 2031 0182 14 0100118605**

Tarjeta de Crédito

☐ MasterCard ☐ Red 6000 ☐ American Express
☐ Visa ☐ Dinners Club ☐ Otras _____

Titular:

Nº de tarjeta: Caducidad:

Autorizo a Viajes Jabalcuz a cargar en mi tarjeta de crédito el importe total arriba indicado.

(Firma del Titular) *Imprescindible*

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

Viajes Jabalcuz

REMITIR A:
VIAJES JABALCUZ
Calle Baeza 1.- 23008 - Jaén
Teléfono: 953.29.50.00 - Fax: 953.26.73.33 - E-mail: congresos@viajesjabalcuz.com

CENA DE CLAUSURA

Nombre del asistente: _____

Acompañantes: _____

_____

_____

➢ LUGAR Y FECHA DE CELEBRACION:

La Cena de Gala de la XXII Reunion de la S.A.M.P.A.C. se celebrará el día:
13 de *Noviembre* de 2.009
en:
"RESTAURANTE CASERIA DE LAS PALMERAS"

➢ PRECIO DE LA CENA POR ASISTENTE:

Fecha tope de reserva:	***05/11/2009***
Precio por acompañante:	***85 €***

Nº acompañantes: _____ x **85** € = _____ €

➢ FORMA DE PAGO:

☐ Transferencia bancaria ***(imprescindible enviar copia por fax)***	Titular: Viajes Jabalcuz Caja de Ahorros de Granada Paseo de la Estación 32-A.- 23008 - Jaén **Numero de cuenta: 2031 0182 14 0100118605**

Tarjeta de Crédito ☐ MasterCard ☐ Red 6000 ☐ American Express ☐ Visa ☐ Dinners Club ☐ Otras ____			Autorizo a Viajes Jabalcuz a cargar en mi tarjeta de crédito el importe total arriba indicado.
Titular:			
Nº de tarjeta:		Caducidad:	(Firma del Titular) ***Imprescindible***

Resumenes

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Asunción Díaz Franco.
Unidad de vigilancia del VIH. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (Madrid)

Introducción

Bajo la denominación de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se engloban un conjunto de patologías de etiología infecciosa que dan lugar a diversos cuadros clínicos, y donde la transmisión sexual reviste un especial interés epidemiológico, aunque no sea el mecanismo principal de transmisión en todas ellas.

Desde el punto de vista de la salud pública, la importancia de estas enfermedades radica no sólo en la magnitud que alcanzan, y en las complicaciones y secuelas que pueden producir cuando no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, sino también en la interrelación existente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La relación de las ITS con la infección por el VIH es estrecha y bidireccional; de una parte, las ITS pueden incrementar el riesgo de adquisición y transmisión del VIH a través de mecanismos que modifican tanto la susceptibilidad del huésped como la infecciosidad del caso índice. Por otra, la presencia del VIH puede modificar la presentación clínica de las ITS. Además, al compartir vías de transmisión con el VIH y tener un periodo de latencia más corto, se consideran buenos indicadores de cambios en los comportamientos sexuales de riesgo.

Situación epidemiológica mundial y europea

El conocimiento de la situación epidemiológica de las ITS se ve dificultado por varios aspectos: a) el carácter asintomático de muchas de estas patologías; b) el estigma social asociado a ellas, que puede hacer que los pacientes no busquen atención sanitaria; c) las dificultades diagnósticas, sobre todo en países en vías de desarrollo; d) la escasa implantación de sistemas de vigilancia en los países más afectados; y e) la falta de homogeneidad de los sistemas de vigilancia junto a la infradeclaración de casos.

A nivel mundial, y según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 1999 se produjeron 340 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, gonococia, infecciones por chlamidias y tricomononas) en población de 15 a 49 años. Las mayores tasas de incidencia se detectaron en el Sur y Sureste asiático (1.510 casos nuevos/100.000 habitantes), África subsahariana (690/100.000) y Caribe (380/100.000). En general, las tasas más altas se produjeron en individuos de áreas urbanas entre 15 y 35 años, siendo las mujeres afectadas a edades más tempranas que los hombres. En los países menos desarrollados, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras causas de búsqueda de atención médica en adultos.

En Europa, la situación de la mayoría de los países muestra un descenso progresivo de las ITS hasta el inicio de los años 90, atribuido, entre otros factores, a cambios en los comportamientos sexuales de riesgo en respuesta a las campañas de prevención del VIH realizadas durante estos años. A partir de esta fecha, se produce un importante ascenso de las ITS primero en los países del Este de Europa (la tasa de sífilis en la Federación Rusa aumentó de 5 casos/ 100.000 en 1990 a 170/100.000 en 1996) y, desde 1996, en algunos países del oeste europeo como Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia, con incrementos importantes de los casos declarados de infección gonocócica y sífilis. Además, se han descrito numerosos brotes de sífilis que han afectado principalmente a jóvenes, hombres con prácticas homosexuales, contactos heterosexuales con prostitución y usuarios de drogas. Otras ITS, como las infecciones por clamidias, por herpes simple y las verrugas genitales también han experimentado un incremento.

Según los últimos datos de la Red Europea de Vigilancia de las ITS (ESSTI), la infección por clamidia es la ITS bacteriana más frecuente notificada en los países europeos y afecta principalmente a jóvenes y mujeres. Las tendencias para la gonococia y la sífilis muestran un incremento de ambas en países de Europa Occidental concentrándose sobre todo en mayores de 25 años y hombres.

Situación epidemiológica en España

La vigilancia de las ITS en España se realiza a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del Sistema de Información Microbiológica (SIM). El sistema EDO, de cobertura nacional, recoge el número de casos nuevos de infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita, ante su simple sospecha, en forma de declaración numérica semanal. La sífilis congénita, además, está incluida desde 1996 entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales. El SIM, recopila información de diagnósticos microbiológicos de una red de 46 laboratorios situados en 12 comunidades autónomas, con una cobertura aproximada del 25% de la población.

En el año 2007 se notificaron al sistema de EDO 1.698 casos de infección gonocócica y 1.936 de sífilis (tasas por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de 3,84 para la gonococia y

4,38 para la sífilis). Al analizar los datos en el periodo 1995-2007 se observa un descenso hasta 2001, a partir del cual se advierte un incremento continuado en la incidencia. Los datos de sífilis a lo largo de estos doce años muestran un ascenso en la incidencia desde 2,57 por 100.000 en 1995 hasta 4,38 por 100.000 en 2007; aunque la tendencia es descendente entre 1995-2001 para remontar a partir del 2002. Por otro lado hay que señalar que, desde el año 2004 las tasas de sífilis superan a las de infección gonocócica, situación que no había ocurrido hasta esa fecha.

El SIM recogió en el año 2007, 358 diagnósticos de *Treponema pallidum*, 493 de *Neisseria gonorrhoeae*, 223 de *Chlamydia trachomatis* y 137 de Herpes simple tipo 1 y tipo 2, estas dos últimas no incluidas como EDO. Los datos aportados por este sistema muestran un aumento de diagnósticos microbiológicos a partir del año 2000 para la sífilis y a partir del 2002 para el gonococo, la clamidia y herpes.

Como complemento a la información proporcionada por los sistemas de vigilancia de base poblacional, disponemos de datos sobre población atendida en centros de ITS. En 2005 se creó el Grupo de trabajo sobre ITS, formado por una red de 15 centros específicos de ITS, que recoge información ampliada sobre pacientes diagnosticados de sífilis infecciosa y gonococia. En el periodo julio 2005-diciembre 2007 se han identificado un total 1.918 diagnósticos de ITS (842 de sífilis y 1.076 de infección gonocócica) en 1.891 pacientes. Sus principales hallazgos han sido:

- La mayoría de los casos de sífilis infecciosa y gonococia diagnosticados en estos centros se produjeron en hombres adultos, con estudios secundarios o superiores y españoles. Una tercera parte de los casos procedían de otros países, principalmente de Latinoamérica. Se observaron diferencias según lugar de origen en relación a características demográficas (edad, sexo, estudios) así como en el mecanismo de transmisión.
- Alrededor de 1 de cada 5 casos de sífilis y 1 de cada 4 de infección gonocócica presentó además otra ITS de forma concurrente, siendo las más frecuentes la clamidia y el condiloma. El 40% de los diagnósticos de sífilis y de gonococia tenían antecedentes previos de ITS.
- El mecanismo de transmisión más probable, tanto de la sífilis como de la infección gonocócica, fueron las relaciones homosexuales entre hombres, aunque se observaron diferencias según lugar de origen.
- La coinfección VIH/sífilis fue del 21,6% y la de VIH/gonococia del 9,0%, conociendo la mayor parte de los pacientes su estado serológico frente al VIH previo al diagnóstico de estas ITS. Se constatan diferencias en la prevalencia de coinfección con el VIH según mecanismos de transmisión.

Para complementar la información sobre la situación epidemiológica de la ITS en España hay que añadir que, desde el año 2000 se han producido brotes de sífilis y hepatitis A, así como casos de linfogranuloma venéreo (LGV).

Conclusiones:

Las ITS generan una gran carga de morbilidad, pueden producir importantes complicaciones y constituyen unos de los principales factores de riesgo para la infección por el VIH. Los datos disponibles en nuestro país muestran un incremento en el número de casos, por lo cual se deben aunar esfuerzos para mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y control. En este sentido, en el próximo año se van a incluir la *C. trachomatis* y el LGV como Enfermedades de Declaración Obligatoria a nivel nacional y la vigilancia de todas las ITS se realizará de forma individualiza.

LO NUEVO EN VIRUS Y DIAGNÓSTICO

Concepción Gimeno Cardona
Jefa de Servicio de Microbiología. Centro de Diagnóstico Biomédico. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Profesora Titular de Microbiología. Universidad de Valencia.

A través de la historia, los virus nos han demostrado sus posibilidades de actuación, no sólo de forma aislada, sino su potencial pandémico.

Aunque el desarrollo de tratamientos eficaces y de vacunas ha engendrado la natural esperanza de que las enfermedades infecciosas podrían ser erradicadas, el siglo XX y lo que llevamos de siglo XXI nos llevan a pensar que es una utopía. Tanto nuevos virus, como los como ya conocidos han reafirmado su potencial epidémico y pandémico. A todo ello han contribuido distintos factores, como la existencia de diferentes realidades sociosanitarias de unos países con respecto a otros (la pobreza y la urbanización) y la explotación de ambientes antes inexplorados que nos han expuesto a nuevos patógenos infecciosos. Además, debemos tener en cuenta que algunos virus animales que se transmiten al hombre y se adaptan mediante mutaciones son ya una realidad entre nosotros (gripe aviaria y la nueva gripe AnH1N1). El cambio climático y la proliferación de vectores en ambientes en donde antes no podían vivir han conllevado, la aparición de enfermedades típicas de países cálidos en otras zonas del mundo (encefalitis por el virus del Valle del Nilo en América del Norte). Además, la globalización ha acelerado el potencial de diseminación de los virus.

Todo este resurgimiento de las enfermedades infecciosas está sucediendo en un contexto de revolución en la comunicación, lo que permite el acceso rápido a esa información de un número enorme de personas en un tiempo record, a veces incluso por medios poco o nada contrastados, que pueden generar pánico y respuestas inadecuadas.

La historia ha demostrado que los virus poseen una capacidad de diseminación extraordinaria. El SARS (Síndrome agudo respiratorio severo) afectó a varias personas en China y en varios días ya había sido importado a Canadá mediante el viaje por avión de un afectado. Hay que señalar la importancia de la emergencia de nuevos o nuevamente reconocidos patógenos. Son desconocidos inicialmente en términos de virulencia, patogenicidad e incluso mecanismo de transmisión. El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), causa del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida) es el más reciente ejemplo de patógeno que emergió en los años 80 y que causó una epidemia que ahora cercena el futuro económico de muchos países del África Subsahariana.

Otros patógenos, como el virus de la gripe mutan o se recombinan de forma que se producen nuevos virus para los que la población no tiene anticuerpos y por tanto está desprotegida, afectando en las etapas iniciales a una gran cantidad de población y en algunos casos con una elevada mortalidad. Un ejemplo es la actual pandemia por el nuevo virus de la gripe A (H1N1), un virus que comenzó afectando a pacientes en Mexico y USA y que en unos días se ha difundido a todos los países, conllevando la declaración de fase 6 por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Este virus es un ejemplo de recombinación entre distintos virus de la gripe propios de tres especies distintas (aviario, porcino y humano) y que se ha adaptado perfectamente al hombre, consiguiendo la transmisión persona a persona.

Aún siendo imposible predecir los efectos de una pandemia, con una buena planificación, es posible mitigar su alcance y sus repercusiones. Es lo que se hizo en el caso del SARS, ejemplo claro de cómo se puede impedir que una enfermedad infecciosa de contagio respiratorio alcance los niveles de pandemia. Actualmente, el nuevo virus de la gripe A ha hecho que se vuelvan a poner en marcha los mecanismos de alarma. Hay planes estratégicos de actuación que han diseñado las organizaciones sanitarias (OMS, CDC, ECDC) y que son seguidos por todos los gobiernos. Estos planes tienen una aplicación local en cada Departamento de Salud teniendo en cuenta los recursos necesarios y la población a la que se atiende. La gripe aviaria nos enseñó a planificar, con la gripe A nueva (porcina) lo estamos llevando a la práctica.

Además, otros patógenos como los virus de la fiebre de Lassa, Marburg, Ebola, productores de fiebres hemorrágicas y el virus Nipah, frecuentemente asociados a una elevada mortalidad. Otros como el Metapneumovirus descrito en 2001, ya circulaban 20 años antes y que es la segunda causa de bronquiolitis en niños e incluso con exacerbaciones de asma y broncoespasmo. También el Bocavirus, descrito en 2001 y aislado de niños con y sin síntomas respiratorios. Mimivirus, el virus más grande en tamaño, recientemente descrito se ha asociado con neumonía.

Otros virus como el Toscana están siendo reconocidos como causa de meningoencefalitis leve en adultos. El virus West Nile ha ocupado nichos ecológicos antes no explorados, y ha afectado a mas de 30.000 personas en USA, con mas de 1000 muertes declaradas. El virus Chikungunya, un arbovirus del género Alphavirus, con brotes epidémicos en India, isla Reunión, Mauricio, Seychelles y múltiples

casos aislados en Europa, relacionado con fiebre alta, cefalea, astenia y artralgias y con el nicho ecológico de mosquito Aedes.

En cuanto a lo nuevo en diagnóstico de las enfermedades víricas, la PCR ha permitido la detección de genoma de virus como el virus herpes simple, el virus JC y otros como el Citomegalovirus, virus de epstein Barr y herpesvirus humano tipo 6, en muestras con escasa carga viral como el líquido cefalorraquídeo, permitiendo una sensibilidad diagnóstica cercana al 90%.

Se ha posibilitado la descripción de nuevas formas clínicas, como la hepatitis C y B oculta y la detección de resistencias a los antivirales. Es pues el momento de mayor avance en las infecciones víricas, alcanzando un protagonismo tal, que los que trabajamos en este campo debemos aprovechar al máximo.

Actualización en el diagnóstico de las infecciones por Virus Herpes simplex.

Javier Aznar Martín

Servicio de Microbiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Cada año se producen 340 millones de casos nuevos de I.T.S y muchas de ellos se presentan como úlcera genital, siendo el Virus Herpes simplex (VHS) la primera causa de úlcera genital. Además, se estima que 90 millones de personas padecen una enfermedad recidivante y dolorosa debida al herpes genital. Dos de las complicaciones médicas más graves del mismo son el herpes neonatal y el aumento del riesgo de adquirir y transmitir otras enfermedades trasmitidas sexualmente, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

VHS_2 se asocia casi exclusivamente con enfermedad genital mientras que VHS_1 se asocia con enfermedad genital y orofaríngea.

La seroprevalencia frente a VHS_2 varía en los distintos países y en función del sexo, siendo más alta en mujeres: USA (23%), Canadá (28%), Australia (16%), Alemania (15%) e Italia (7%); que en varones: USA: (13%). En los países en desarrollo la seroprevalencia en mujeres es del 30-80% y en varones del 10-50%. Los estudios serológicos indican que en los países desarrollados, se está produciendo una epidemia de infecciones por VHS_1, con un incremento significativo en la seroprevalencia en las dos últimas décadas. En algunas áreas hasta el 50% de los primeros episodios de herpes genital están producidos por VHS_1 sobre todo en la población joven (16-21años), y en una década ha aumentado del 31% al 78%.

Las formas clínicas de las infecciones herpéticas se pueden clasificar en:

1.- Infección asintomática: es la que padece una persona que carece de historia, signos o síntomas de la enfermedad. Es la forma más frecuente y la detección de anticuerpos frente a cualquiera de los dos tipos de VHS es el único método práctico para identificar a estos pacientes. Aproximadamente, el 20% de los pacientes con anticuerpos frente al VHS_2 son verdaderamente asintomáticos o tienen lesiones en localizaciones imposibles de observar. El 60% restante poseen lesiones que no son reconocidas como tales por el propio paciente o por el médico que le atiende. La excreción asintómatica del virus es muy frecuente, así en el 90% de los pacientes con anticuerpos frente al VHS_2 se reactiva el virus intermitentemente. En el primer año de adquisición, el virus puede detectarse una media del 25-30% de los días. Por tanto se considera que la excreción asintómatica del virus es la principal fuente de transmisión sexual.
2.- Infección sintomática: la replicación activa del virus se manifiesta por las lesiones y síntomas característicos. Si es la primera vez que presenta esta sintomatología se clasifica como **primer episodio**. Dependiendo del estado inmunológico del paciente, se subdividen en **primoinfección herpética** si en el momento de la enfermedad no se detectan anticuerpos frente a ninguno de los dos tipos de VHS, e **infección inicial no primaria** o **primer episodio no primario** cuando sí existen anticuerpos frente a uno o ambos tipos. Si el paciente ha sufrido anteriormente al menos un brote similar, se dice que estamos ante una **recidiva** o **recurrencia**.
Los objetivos del diagnóstico microbiológico de las infecciones por los VHS los podemos resumir en: a) el diagnóstico de la enfermedad, b) como técnica de cribado para la prevención de posibles complicaciones.
El diagnóstico virológico es la única forma de establecer la etiología de las infecciones herpéticas, especialmente en las formas clínicas poco habituales y, sobre todo, en los primeros episodios. Así mismo la identificación del tipo de virus permitirá establecer un pronóstico y facilitará la decisión terapéutica. La infección genital por VHS_1 es más benigna, las recidivas clínicas así como la excreción asintomática son menos frecuentes que en la producida por VHS_2.
Se pueden establecer tres grupos de pacientes donde el diagnóstico virológico es necesario: pacientes sintomáticos, asintomáticos o sintomáticos con cultivo y PCR negativos y embarazadas.

En las formas clínicas típicas, el cuadro clínico es suficiente para establecer el diagnóstico, no así en las formas atípicas. Independientemente, en todos los pacientes con lesiones presentes ha de hacerse el diagnóstico virológico, especialmente en los primeros episodios. En estos casos, los métodos directos de diagnóstico (evidencia Ia, recomendación A) son de elección. Estos métodos incluyen el aislamiento y tipado del virus, la detección de antígenos y las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (AAN). Aunque el aislamiento del virus ha sido considerado hasta ahora como el patrón estándar del diagnóstico, es dependiente del inóculo, calidad de la toma de muestra y su transporte. Así mismo de la forma clínica y estadio de la lesión. Su sensibilidad varía del 82% en los

primeros episodios al 43% en recidivas, del 52-93% en vesículas del 41-72% en úlceras y 19-27% en costras. La AAN es el método más sensible para la detección directa de VHS. En un estudio comparativo en 36.000 muestras de todo tipo de pacientes, forma clínica y estadio de infección se confirmó que la AAN es 4,1 veces más sensible que el cultivo, siendo ésta diferencia más marcada en mujeres asintomáticas donde fue 10 a 14 veces más sensible. Se estima que la sensibilidad global del cultivo con respecto a la AAN es del 67%.

Otros métodos directos de detección de antígenos son la Inmunofluorescencia Directa (IFD) y enzima inmunoensayo (EIA). La sensibilidad (74%) y especificidad (85%) de la IFD con respecto al cultivo viral hace que no se recomiende (evidencia Ia, recomendación A). El EIA con sensibilidad de 62-100% y especificidad ≥95%, puede ser más útil que el cultivo en las formas típicas y muestras tardías, su limitación es que no diferencia entre los dos tipos de VHS.

Los métodos serológicos, basados en la detección de anticuerpos tipo específicos frente a los VHS, juegan un papel muy limitado en el diagnóstico individual de las infecciones herpéticas sintomáticas, pudiendo utilizarse en aquellos casos en que no se alcanza el diagnóstico por métodos directos y cobrando su verdadero sentido en el diagnóstico de la primoinfección herpética y en las infecciones asintomáticas. La persistencia de ambos tipos de virus VHS_1 y VHS_2 en el paciente durante toda su vida, así como su reactivación intermitente, limitan aún más la aplicación del diagnóstico serológico. En las recidivas no suele producirse un aumento significativo de los títulos de anticuerpos. Además, ambos tipos virales comparten gran número de epítopos lo que dificulta la detección de anticuerpos específicos de tipo.
La presencia de anticuerpos VHS_2 es indicativa de herpes genital mientras que los VHS_1 no permiten diferenciar entre infección genital u orofaríngea.
Las técnicas de detección de anticuerpos con antígenos específicos permiten diferenciar los anticuerpos específicos de tipo generados en el curso de una infección herpética, y las podemos dividir en dos grupos: Técnicas de referencia (*gold standard*) no comerciales y Técnicas comerciales basadas en la glucoproteína gG específica de tipo (evidencia III, grado B).
Algunos estudios prospectivos han demostrado que prácticamente todos los pacientes con anticuerpos específicos frente al VHS_2 tienen herpes genital. Aunque en un 20% de los pacientes con herpes genital primario por VHS_2 se han descrito infecciones orales por VHS_2, éste raramente recidiva en la boca. Asimismo, la infección oral por VHS_2 en ausencia de infección genital es muy rara.
En una persona sin historia de herpes labial, la presencia de anticuerpos específicos frente al VHS_1 representa, en principio, una adquisición oral asintomática. Sin embargo, hay que tener en presente que la incidencia de VHS_1 está aumentando en adultos jóvenes con actividad sexual. En esta situación, una seroconversión a VHS1 puedes ser indicativa tanto de herpes genital como oral.

El diagnóstico serológico es útil en las siguientes circunstancias:
1. Pacientes asintomáticos o no diagnosticados que pueden transmitir su infección a sus parejas sexuales o neonatos, así como en los que presentan recidivas genitales o formas atípicas no diagnosticadas por métodos directos, y embarazadas.
2. Casos clínicos de herpes genital sin confirmación por el laboratorio
3. Paciente cuya pareja sexual padece herpes genital, para inducir cambios de comportamiento, utilización del preservativo, y/o utilización de terapia supresora y reducir el riesgo de infección
4. Primer episodio de herpes genital en el tercer trimestre de embarazo

Las mujeres seronegativas tienen de riesgo de adquirir la infección durante el embarazo y son de hecho el grupo del máximo riesgo de herpes neonatal, especialmente en el tercer trimestre del embarazo (30-60%). Los estudios de coste-eficacia realizados en países con prevalencia baja de VHS_2, no se justifica la determinación sistemática de anticuerpos específicos frente a este virus durante el embarazo como estrategia de prevención del herpes neonatal. En circunstancias especiales podría plantearse el cribado. Este se recomienda en embarazadas cuando hay una historia de herpes genital en la pareja (evidencia nivel III, grado B). Así mismo la identificación de parejas discordantes permitiría aconsejar a la mujer seronegativa sobre las estrategias para prevenir la infección durante el embarazo (evidencia nivel III, grado B).

Actualización en el diagnóstico de Neisseria gonorrhoeae

Dr. Luís Otero Guerra.
Jefe de Sección de Microbiología.
Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.

Neisseria gonorrhoeae es un patógeno humano obligado que es causa de cervicitis en mujeres y de uretritis, faringitis y proctitis en ambos sexos. Si la infección progresa, puede ser causa de enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico o infertilidad en mujeres, así como epididimitis y prostatitis en varones. En la actualidad con muy baja frecuencia es causa de infecciones diseminadas: artritis, afectación cutánea, tenosinovitis. Puede causar oftalmia neonatorum en recién nacidos por adquisición en el canal del parto.
Existen infecciones asintomáticas de gran importancia epidemiológica como fuente de contagios.
La incidencia de la infección gonocócica permanece estable en Estados Unidos, mientras que en España, al igual que observamos en Asturias, se está produciendo un ligero incremento en los últimos años.
El diagnóstico etiológico es pieza clave en los programas de control de la enfermedad. Permite diagnosticar a los enfermos, a los infectados de forma asintomática, y si se aísla la cepa, detectar la aparición de resistencias antimicrobianas que permitan establecer pautas efectivas de tratamiento empírico.
La recogida, almacenamiento y transporte de la muestra condicionan el rendimiento diagnóstico de las pruebas de laboratorio, adquiriendo una especial trascendencia en el caso de la infección gonocócica. Los métodos diagnósticos que se implanten en los distintos laboratorios deben de adaptarse a las condiciones de almacenamiento y transporte de las muestras que se vayan a recibir.
De modo inverso, la muestra de elección y el método de recogida dependerán de la técnica disponible en el laboratorio.
Cuando la muestra pueda procesarse antes de 12 horas, el cultivo es una técnica muy conveniente. Los exudados faríngeos y rectales solo se podrán procesar para cultivo, así como las muestras procedentes de cuadros diseminados o las que tengan valor medicolegal.
Cuando la muestra tarde en procesarse, o hasta su procesamiento no podamos garantizar una estabilidad en la temperatura, las técnicas de biología molecular son las más indicadas. Tiene como ventaja añadida que pueden procesarse muestras no invasivas y recogidas por el propio paciente, muy útiles en programas de cribado o cuando no se pueda recoger una muestra invasiva. No son válidas para muestras faríngeas y rectales.
La tinción de gram informa de la calidad de la muestra y permite el diagnóstico presuntivo de infección gonocócica, si bien su sensibilidad solo es aceptable en muestras uretrales de pacientes sintomáticos.
El cultivo es la prueba ideal cuando la muestra puede procesarse con rapidez. Se considera como “gold standard”. Su sensibilidad depende de las condiciones de envío. Permite realizar pruebas de susceptibilidad antibiótica para la orientación terapéutica del caso estudiado, y para conocer los patrones de resistencia que nos ayudan a establecer pautas de tratamiento empírico. Permite además la tipificación de las cepas para estudios epidemiológicos o medicolegales. Es una técnica barata, pero en ocasiones puede ser lenta, pues al prolongado periodo de incubación de las placas (48-72 h), se une el lento crecimiento de los pases y la autolisis de las cepas, que nos obliga a realizar subcultivos de forma continuada para mantener las cepas frescas con el fin de realizar las distintas pruebas bacteriológicas de identificación y susceptibilidad antibiótica. La identificación definitiva de la cepa aislada puede hacerse mediante la determinación de la producción de ácido con carbohidratos, determinación de la capacidad enzimática, o mediante sistemas comerciales que emplean ambos sistemas. Tenemos que tener en cuenta que se han descrito cepas con alteraciones en los patrones clásicos, como las cepas prolina aminopeptidasa negativas, presentes en nuestro país.
Las técnicas de biología molecular pueden clasificarse en métodos de hibridación y métodos de amplificación. Entre el primer grupo tenemos el sistema comercial PACE 2C (Gen Probe). Dentro del segundo grupo distinguimos los métodos que amplifican ácidos nucleicos como Cobas Amplicor CT/NG (Roche), SDA ProbeTec (Becton Dickinson) y APTIMA Combo2 (Gen Probe) y los que amplifican la señal, como el Digene CT/GC HC2 DNA Test.
Para las técnicas de biología molecular, las condiciones de transporte de la muestra no condicionan el rendimiento diagnóstico y permiten emplear muestras no invasivas y recogidas por el propio paciente, como la orina, si bien su sensibilidad es menor que con muestras endocervicales. Los principales inconvenientes es que son técnicas caras y que en algunos casos tienen problemas con falsos positivos con cepas de neiserias no patógenas, problema especialmente importante en poblaciones de baja prevalencia de infección gonocócica en las que se recomienda el empleo de pruebas de confirmación, lo

que encarece y retrasa el diagnóstico. También son posibles los falsos negativos derivados de inhibiciones de las reacciones de amplificación y por perdida de la secuencia diana. Por todo ello, precisan elevados requerimientos en control de calidad.
En muestras rectales y faríngeas, las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos parecen tener mayor sensibilidad que el cultivo, pero aún así no se recomiendan debido a la posibilidad de falsos positivos.
Los patrones de susceptibilidad del gonococo han ido modificándose a lo largo de los años, adquiriendo de forma consecutiva mecanismos de resistencias para los sucesivos agentes antimicrobianos empleados. Inicialmente aparecieron resistencias a sulfamidas, para proseguir con penicilina, tetraciclina y desde la década de los 90, a las quinolonas y azitromicina. Debido a ello, el tratamiento empírico actual de la gonococia emplea cefalosporinas, fundamentalmente ceftriaxona y cefixima. Como era de esperar, ya se está informando la presencia de cepas con susceptibilidad disminuida a cefixima, epidemiológicamente relacionadas con países asiáticos, y preludio de la aparición de resistencias. Por ello resulta esencial la monitorización de los niveles de sensibilidad de las cepas de gonococo aisladas mediante cultivo. La técnica de referencia es la dilución en agar, pero también son aceptadas la difusión en disco y el e-test. La creciente implantación de técnicas de biología molecular para el diagnóstico de la gonococia limita la capacidad de conocer los patrones reales de susceptibilidad. Para solventar el problema de los laboratorios que solo emplean técnicas de biología molecular en el diagnóstico de la gonococia, y que por tanto no pueden determinar los patrones de susceptibilidad antibiótica, se están desarrollando distintas técnicas de biología molecular para la detección de la resistencia a la penicilina, cefalosporinas y quinolonas. Estás técnicas no están comercializadas.

Actualización en el diagnóstico de virus del Papiloma humano

Manuel Antonio Rodríguez Iglesias
Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Los Papilomavirus han sido agrupados recientemente en la Familia *Papillomaviridae*, al margen de los poliomavirus con quienes formaban la Familia *Papavoviridae*. Se distinguen 16 géneros denominados con letras griegas, siendo *Alphapapillomavirus* y *Betapapillomavirus* los que integran a los papilomavirus humanos (VPH). Las características estructurales básicas del virus se definen como partículas icosaédricas no envueltas de pequeño tamaño (55nm), con un genoma de 7,9 Kb de ADN bicatenario. Tienen un tropismo celular muy definido por las células epiteliales, ya sean de mucosas (*Alphapapillomavirus*) o cutáneas (*Betapapillomavirus*). El VPH es muy ubicuo y coloniza de forma generalizada a la población. Las consecuencias de la infección por VPH son variables y, aunque lo más frecuente es el control y aclaramiento de la infección por los mecanismos de defensa inmunitarios, en una parte de la población se desarrolla una infección lítica que puede conducir a lesiones hiperplásicas en piel y mucosas, o evolucionar a infecciones persistentes que pueden causar la transformación maligna de las células infectadas y la aparición de lesiones cancerosas. La capacidad oncogénica del VPH está ligada a la expresión vírica de unas proteínas que alteran los mecanismos de control del ciclo celular. Los VPH pueden clasificarse en genotipos, de los que han sido descritos más de cien, que se comportan de forma diferente en cuanto a preferencia de célula diana y capacidad oncogénica. Las infecciones por VPH están asociadas a procesos tumorales de carácter benigno (condilomas acuminados, verrugas y papilomatosis laríngea) pero también se ha demostrado la relación causal con cáncer ginecológico (cérvix, vagina y vulva) y está asociado con fuertes evidencias a otros tumores malignos como el carcinoma anal o el carcinoma orofaríngeo. La forma de transmisión del virus es el contacto directo de la mucosa infectada con la mucosa o piel del hospedador sano, por ello el contacto sexual se reconoce como un mecanismo de transmisión muy eficaz y de ahí la consideración de infección de transmisión sexual con la que tradicionalmente se asocia al VPH.

El desarrollo del diagnóstico del VPH se ha visto dificultado por la inexistencia de sistemas de cultivo celular adecuados para su replicación y la falta de una respuesta de anticuerpos específicos a nivel sérico que permitiera, al menos, un diagnóstico indirecto fiable, esto último debido a que las peculiares características de la infección a nivel epitelial no inducen una respuesta inmunitaria medible en todos los casos. Por ello han sido las técnicas moleculares las que han podido establecer con certeza la implicación del VPH en los procesos con lo que se encuentra relacionado.

El diagnóstico del ADN del virus en las lesiones displásicas del cuello de útero han sido la base para establecer la relación de causalidad entre el virus y el cáncer de cérvix, lo que junto al hito científico de la demostración del VPH como un virus directamente oncogénico, abrió nuevos caminos en la prevención de este tipo de cáncer mediante el diagnóstico precoz de la infección y, más recientemente, el desarrollo de vacunas eficaces.

Las técnicas de detección del ADN de VPH han evolucionado mejorando la sensibilidad y especificidad del resultado, así como la estandarización y simplificación de los procedimientos, permitiendo su inclusión en la rutina diaria de los laboratorios. Los métodos de hibridación, tomando como referencia la técnica de “captura de híbridos”, con un nivel de sensibilidad adecuado para el diagnóstico de la infección, se han convertido en el referente esencial e incluido en los procedimientos de cribado del cáncer de cérvix. Su utilidad junto a la citología ya no se discute, aunque sigue siendo motivo de polémica el momento de aportar el resultado: ¿en las pacientes con lesiones citológicas de bajo grado?, ¿de forma simultánea al test de Papanicolau?, o bien ¿sería conveniente, siendo más sensible que la citología, emplearla como primera técnica de cribado, dejando al Pap como método para confirmar lesiones en las pacientes infectadas? La decisión es compleja debido a que existen factores que inciden en el significado del resultado virológico y el coste/beneficio es diferente según el procedimiento propuesto. La edad es un factor determinante, ya que por debajo de 30 años (este valor puede variar según las características sociales y epidemiológicas de la población estudiada) la infección por VPH es muy frecuente y aclara espontáneamente en la mayoría de los casos, y aunque la detección del VPH aporta una sensibilidad analítica muy alta, lo hace con una especificidad clínica (predicción de evolución a cáncer) baja. Sin embargo, por encima de 30-35 años, las infecciones por VPH son menos frecuentes pero persistentes en mayor proporción, detectando una población con alto riesgo de evolucionar a cáncer y en las que se exigiría un seguimiento muy riguroso de la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones. Por otro lado, la sensibilidad analítica de las técnicas moleculares es tan elevada que ofrecen un valor predictivo negativo muy alto. Este dato, en un contexto de cribado preventivo es muy importante, ya que en una paciente VPH negativa, teniendo en cuenta que la evolución de una infección por VPH desde su inicio hasta el desarrollo de cáncer tiene una duración

media de 8 años, permitiría, con una seguridad ya demostrada, diferir un nuevo control de la paciente hasta cinco años después.

Una situación particular comparte los pacientes inmunodeprimidos, en los que debido a su incapacidad para aclarar la infección tienen un mayor riesgo de persistencia vírica y, por tanto, de desarrollar lesiones tumorales en un periodo de tiempo más corto del habitual. Este proceso es bien conocido en los pacientes VIH+ en los que es especialmente frecuente la aparición de tumores relacionados con VPH y una evolución más rápida.

Existe otro factor trascendente que incide en la historia natural de la infección: la capacidad oncogénica del genotipo infectante. Los genotipos 16, 18 y 45 son responsables de más del 70% de los casos de carcinoma de cérvix, lo que se debe a su mayor capacidad de persistencia y oncogenicidad. En estos casos la evolución natural de la enfermedad puede acortarse. Por ello las técnicas de detección de ADN deben incluir la distinción entre grupos de alto y bajo riesgo y, aun de forma más importante, determinar si algún genotipo especialmente peligroso, como el VPH16, está presente en la muestra. Siguiendo esta tendencia están surgiendo nuevos métodos que determinan específicamente los genotipos con mayor poder oncogénico. Los métodos empleados son muy diversos y, junto a la captura de híbridos, se emplean técnicas basadas en PCR (en formato convencional o en tiempo real), con diseños de "*arrays"* (adheridos a soporte o en suspensión) y técnicas de amplificación novedosas como las sondas *"invader"*.

Sin embargo, aunque la detección del ADN de un genotipo con alta capacidad oncogénica, como el VPH16, debe alertar para realizar un seguimiento adecuado, sea cual sea la edad de la paciente, son necesarios métodos que midan no solo la infección sino la evolución de ésta, comportándose como marcadores de progresión de la infección. En este caso resulta más útil y determinante medir la expresión de las proteínas oncogénicas, lo cual se puede extrapolar conociendo los niveles de ARNm que la traducen. Existen técnicas comerciales que permiten medir los niveles cuantificados de ARNm de las proteínas oncogénicas E6 y E7 de los genotipos con mayor potencial transformante. Son técnicas basadas en métodos de RT-PCR en tiempo real ó NASBA que han demostrado una especificidad clínica mayor que las técnicas de detección de ADN. De este modo en una paciente en la que se detecta VPH, que resulta ser del tipo 16 y que, además, expresa ARNm de E6/E7 en niveles altos, la situación de riesgo de progresión a cáncer es máxima y resulta necesario actuar en consecuencia.

El diagnóstico de la infección por VPH no puede limitarse al contexto de los tumores ginecológicos. Es importante la participación del virus en el desarrollo y progresión de los carcinomas anales y en el hombre, aunque con menor frecuencia, puede estar en relación con el cáncer de pene. Una localización sobre la que se están realizando numerosos estudios son los carcinomas de cabeza y cuello y, más concretamente, las localizaciones orofaríngeas, especialmente el carcinoma de amígdala en donde VPH16 podría tener una participación trascendente. Obviamente estas localizaciones, si bien son extragenitales, no son ajenas al mecanismo de transmisión por contacto sexual. En todas ellas es necesario establecer el papel que ha de jugar la detección del virus. En la mayoría de los casos ha sido frecuente encontrar ADN de VPH, sin embargo, para establecer una causalidad inequívoca, resulta de un gran valor demostrar la actividad transcripcional del virus. En pocas palabras, no es igual "pasar por allí" que ser un "residente" replicándose activamente en la mucosa. Por ello las técnicas de detección de ARNm e incluso, algunos métodos novedosos como la detección directa de antígeno E6 pueden ser de interés.

Finalmente queda por definir de qué modo puede incidir la vacunación en la población general sobre los protocolos diagnósticos del VPH. Si la eficacia de la vacuna es la que parece resultar de los estudios publicados hasta ahora, en unos años el panorama de la infección por VPH y sus lesiones asociadas podría cambiar sustancialmente. Puesto que la eficacia no es la misma en pacientes infectadas *vs* no infectadas, la disminución de casos de cáncer será lenta y será necesario persistir en los sistemas de cribado actuales. Sin embargo, las pacientes infectadas con los genotipos incluidos en la vacuna irán reduciéndose progresivamente y con ello el grupo de infección de alto riesgo que requiera ser controlado. La existencia de reactividad cruzada junto al diseño de vacunas de segunda generación polivalentes permite vislumbrar un horizonte en el que la ciencia básica y la tecnología puedan cumplir el sueño de erradicar por primera vez una enfermedad tumoral. Pero para ello es necesario vencer el reto más difícil: conseguir el esfuerzo solidario de los países desarrollados para propagar la vacuna y mejorar los mecanismos de prevención en el tercer mundo, donde el carcinoma de cérvix sigue siendo la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Dra. Mª Teresa Cabezas Fernández
F.E.A. Microbiología y Parasitología. Hospital de Poniente. Almería

La sífilis sigue siendo hoy día un problema de salud pública en todo el mundo. La WHO estima que cada año hay unos 12 millones de nuevos casos, ocurriendo más del 90% en países en vías de desarrollo. En el último tercio del siglo XX hubo un descenso permanente de la incidencia de sífilis en Norteamérica y Europa asociado a la adopción de medidas preventivas que se generalizaron con la epidemia de VIH. Sin embargo, en los últimos 10 años estamos asistiendo a un incremento en los casos de sífilis. Una de las razones a las que puede deberse este repunte incluyen la migración de sujetos procedentes de zonas con alta prevalencia, y fundamentalmente el aumento de relaciones de riesgo está sobre todo en determinados grupos de población, como ocurre en los varones homosexuales.

Es una enfermedad infecciosa aguda o crónica cuyo agente causal es *Treponema pallidum*, es un microorganismo móvil que, dadas sus dimensiones, 5-15 u de largo por 0,2 u de diámetro, se encuentra en el límite de resolución óptica de los microscopios convencionales; por ello no es posible visualizarlo mediante tinciones normales y sí por contraste de fases o tinciones de plata que "engruesan la bacteria". Tampoco es cultivable según el concepto tradicional.

Se transmite por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La forma más frecuente es por transmisión sexual.

La sífilis es una enfermedad sistémica con una gran variedad de presentaciones clínicas, en la que alternan períodos sintomáticos con períodos latencia. Además, en los pacientes infectados con VIH la sífilis se presenta con frecuencia de forma atípica y generalmente de un modo más radical que la población seronegativa. Se clasifica en congénita y adquirida. Según el ECDC (Centro Europeo para la prevención y control de las enfermedades) se define como sífilis temprana aquella adquirida hace menos de un año, (primaria, secundaria y latente temprana) y tardía si hace más de un año. La sífilis tardía se subdivide a su vez en latente y terciaría (gomatosa, cardiovascular y neurosífilis).

Tras un período de incubación de 10-90 días, se inicia la fase primaria, que consiste en el desarrollo de la primera lesión en la piel o las mucosas, conocida como chancro, y que aparece en el lugar de inoculación, pudiendo ser única o múltiple (sobre todo en pacientes coinfectados con VIH). Se acompaña a veces por el desarrollo de una adenopatía regional. Las espiroquetas son fácilmente demostrables en dichas lesiones y el chancro cura espontáneamente entre dos y ocho semanas. La fase secundaria o estadío diseminado comienza al cabo de dos a 12 semanas después del contacto. Se caracteriza por manifestaciones parenquimatosas, constitucionales y mucocutáneas. Es posible demostrar la presencia de treponemas en la sangre y otros tejidos, como la piel y los ganglios linfáticos. Las espiroquetas pueden ser identificadas mediante la observación directa con campo oscuro o por detección de antígeno por inmunofluorescencia. También puede efectuarse el diagnóstico mediante la detección de anticuerpos. Por regla general, éstos aparecen entre una y cuatro semanas después de la formación del chancro.

Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período latente durante el cual el diagnóstico sólo se puede hacer mediante pruebas serológicas. La sífilis tardía se refiere a la aparición de manifestaciones clínicas, aparentes o inaparentes, que se desarrollan en más de un tercio de los pacientes no tratados, y cuya base patológica son las alteraciones en los *vasa vasorum* y las lesiones características denominadas gomas.

T.pallidum invade el SNC en el 25% de los pacientes con sífilis temprana no tratada. Sin tratamiento la infección meníngea persistente o progresiva puede dar lugar a una sífilis meningovascular o una neurosífilis.

Diagnóstico de Laboratorio

El diagnóstico directo se basa en la demostración de *T.pallidum* en lesiones o ganglios linfáticos infectados en la sífilis temprana:

1.-Examen en fresco con microscopía de campo oscuro. Es el método de diagnóstico más rápido y directo en las fases primaria, secundaria y congénita precoz.

2.-Reacción en cadena de la polimerasa (PCR), actualmente se están desarrollando diferentes técnicas, PCR-multiplex, PCR a tiempo real que demuestran la presencia de T.pallidum en diferentes muestras,en sífilis primaria, secundaría y latente, hoy disponible sólo en laboratorios de referencia. Herramienta útil en el diagnóstico de las etapas posteriores, especialmente sífilis terciaria (neurosífilis) y congénita.

3.-Inmunofluorescencia directa con anticuerpos monoclonales, el acceso a los reactivos adecuados limita el uso de esta prueba.

La experiencia nos dice que, en la mayoría de las ocasiones, existen dificultades o no es posible realizar el diagnóstico directo, por lo que el diagnóstico indirecto -serológico- de la enfermedad constituye el método "gold estándar" para el diagnóstico de sífilis. Estos marcadores necesitan, aproximadamente, de unos 14 a 20 días después de la aparición del chancro, para hacerse reactivos.

Pruebas serológicas para la sífilis:

Se detectan dos tipos de anticuerpos: los llamados reagínicos, no específicos o no treponémicos, y los treponémicos o específicos (IgG e IgM).

***Pruebas reagínicas o no treponémicas*:**

Los anticuerpos reagínicos son de tipo IgG e IgM dirigidos frente a un antígeno lipoideo que es el resultado de la interacción de T. pallidum con los tejidos del huésped (cardiolipina-colesterol-lecitina).

Las pruebas más utilizadas son las denominadas RPR (Rapid Plasma Reagin) y el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). El RPR es más recomendable en la práctica que el VDRL debido a la sencillez de su ejecución.

Aunque los resultados falsos positivos son bastante frecuentes, son los mejores métodos de diagnóstico serológico en la sífilis latente temprana y en la tardía. Son buenos marcadores de la infección en su fase aguda y útiles en el control de la respuesta al tratamiento

Pruebas treponémicas específicas. Utilizan antígeno treponémico específico de la cepa Nichol de T. pallidum subespecie pallidum, o bien antígenos recombinantes.

- Inmunofluorescencia: FTA-Abs (anticuerpos absorbidos fluorescentes anti- treponema) FTA-ABS 19S IgM. Poca sensibilidad. Utilizado para el dignóstico de sífilis congénita
- Hemaglutinación: TPHA y MHA-TP, ésta última adaptación de la anterior con una placa de microtitulación.
- Inmunoensayo enzimático (EIA) y ensayo de quimioluminiscencia (CLIA), se detectan anticuerpos totales (IgG e IgM).Estas pruebas utilizan antígenos recombinantes y permiten la automatización.
- La prueba W*estern-blot*, se utiliza como una prueba confirmatoria adicional.
- Las denominadas "pruebas rápidas" tales como la aglutinación de partículas de látex (TPLA), los Dot-EIA y la inmunocromatografía (IC), detectan anticuerpos específicos frente a *T. pallidum* obteniendose el resultado entre 10 y 20 minutos.

Al contrario que las pruebas no treponémicas, las pruebas treponémicas no sirven para monitorizar el tratamiento, ya que en el 85% de los pacientes correctamente tratados, estas pruebas permanecen positivas, incluso de por vida.

- Euro Surveill. 2008 Dec 11;13(50). pii: 19062.
- Protocolos de S.E.I.M.C (Sociedad española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). URL Disponible : http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/VIII.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2004 supplement: syphilis surveillance report. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, CDC 2005.
- Sex Transm Infect 2009;85:264–269.Assessment of a real-time PCR test to diagnose syphilis from diverse biological samples A Gayet-Agero.
- Journal of clinical Mycrobiology Jan. 2007, p. 93–96 Vol. 45, No. 1.Development of a Real-Time PCR Assay To Detect Treponema pallidum in Clinical Specimens and Assessment of the Assay's Performance by omparison with Serological Testing David E. Leslie, Franca Azzato, Theo karapanagiotidis, Jennie Leydon, and Janet Fyfe.

Actualización en el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*

Dr. José Carlos Palomares Folia

Jefe de Sección de Microbiología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Chalmydia trachomatis es la causa bacteriana mas común de infecciones urogenitales. Esta bacteria patógena intracelular obligada, frecuentemente causa infecciones asintomáticas o con síntomas inespecíficos que permanecen sin detectar y por tanto sin tratamiento durante periodos prolongados, favoreciendo de esta forma su diseminación.

Para reducir su morbilidad y su transmisión , se han desarrollado diversos programas de cribaje, pero los métodos diagnósticos utilizados han carecido de una sensibilidad suficiente para lograr una eficacia elevada.

Por un lado tenemos el problema de la muestra a elegir, que dependerá del cuadro clínico, las condiciones diagnósticas, la técnica de detección a utilizar y condiciones de transporte.

Por otro, las pruebas comerciales de amplificación de ácidos nucleicos (TAANs) que se han convertido en las pruebas mas frecuentemente usadas para la detección de *Chalmydia trachomatis*, han sido cuestionadas por algunos estudios que han llamado la atención sobre los procesos de evaluación de estas técnicas en general y sobre su reproducibilidad y especificidad clínica en particular. Esto es así porque para muchas enfermedades infecciosas incluidas las clamidias, falta una técnica de referencia sencilla y robusta por lo que como consecuencia, evaluar la eficacia y certeza de los resultados en ausencia de esta referencia es difícil y compleja.

Indudablemente, creemos que el futuro pasa por mejorar el diagnóstico mediante una prueba múltiple, (por ejemplo la aparición de cepas mutantes como la denominada “paradigma mutante sueca”, que representan una rápida evolución contraria al diagnóstico, nos obligará al uso de herramientas diagnósticas que incluyan diversos objetivos para este patógeno, posiblemente por el uso de la tecnología de microarrays de ADN.

Casos clínicos

Cuadro febril de corta duración y sin foco en paciente con prácticas de riesgo sexuales.

Dr. Rafael Jurado Jiménez. FEA Enfermedades Infecciosas HURS. Córdoba
Dr. Rafael Bañón Arias. FEA Servicio de Microbiología HURS. Córdoba

Paciente varón de 44 años que acude en el mes de mayo a la consulta de su centro de salud por un cuadro de erupción generalizada en el tronco, con afectación palmo-plantar, acompañado de fiebre y malestar general. Practica relaciones sexuales sin preservativo por lo que se estudia las posibles ETS resultando Sífilis AT ELISA: positivo y RPR positivo 1/32, VIH ELISA negativo, hematimetría y bioquímica normal. Se le diagnostica de secundarismo luético y es tratado con un vial de 2.400.000 UI de bencilpenicilina benzatina (Benzetacil®).

Pasados dos meses es remitido al Servicio de Enfermedades Infecciosas por un cuadro de tres días con fiebre 38,5ºC precedida de escalofríos y con algo de sudoración, acompañado de astenia y anorexia. Niega el consumo de agua o alimentos no controlados, no ha realizado viajes fuera del área local ni ha tenido contacto con personas febriles ni animales. No es ADVP. En la exploración clínica presenta buen estado general, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen y extremidades normales, adenopatías axilares bilaterales únicas e inguinales bilaterales. Presenta un tenue rash cutáneo en antebrazos sin lesiones dermatológicas en las palmas de manos. No se aprecian viceromegalias, ni lesiones genitales-mucosas-conjuntivas. Tampoco artritis ni afectación del SNC. Se solicita el perfil de fiebre de origen desconocido, anticuerpos y carga viral de VIH, hematimetría y bioquímica.

HEPATITIS Y LESIONES PERIANALES EN VARON HOMOSEXUAL

Paciente varón de 23 años de edad, homosexual que vive en zona urbana. Acude a su médico por un cuadro de fiebre, artralgias, astenia y vómitos; relata orina colérica y heces acólicas. Refiere, así mismo la presencia en región perianal de pequeñas lesiones dolorosas. No antecedentes de transfusiones, drogadicción, ingesta de fármacos y/o alcohol. En al exploración se aprecia hepatomegalia e ictericia. En la exploración de la región anal se aprecian pequeñas ampollas con liquido claro y ulceraciones dolorosas. En la analítica inicial destaca lo siguiente: Hb 14.2 g/dL, Leucocitos 5,300/mm3, Bilirrubina total 10 mg/dL a predominio directo, GOT 1200 UI/L, GPT 1530 UI/L, Fosfatasa Alcalina y tiempo de protrombina dentro de limites normales.
Se toman muestras de suero que se remite a microbiologia para estudio de virus hepatotropos y liquido de las ampollas perianales para estudio de virus.
El paciente presento rápida recuperación clínica y bioquímica de su cuadro hepático, y de lesiones perianales, con niveles de GPT de 48 UI/L a la 4 semanas.

Autores
Dr. Antonio Sampedro Martínez
Dr. Javier Rodriguez Granger

Servicio Microbiología
H.U. Virgen de las Nieves
GRANADA

MUJER CON DOLOR E INFLAMACIÓN EN REGIÓN PERIUNGEAL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.

Franco-Álvarez de Luna, Francisco. Unidad de Microbiología, UGC, Laboratorios Clínicos. Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

Mujer de 35 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro febril de 6 días de evolución y la presencia de una lesión epitelial extragenital de aparición súbita. En la exploración a su ingreso se observa un eritema alrededor de la articulación interfalángica distal del primer dedo de la mano izquierda y un área de perionixis en el pliegue lateral ungueal interno (Fig. 1). La paciente no recuerda traumatismos ni otros desencadenantes previos. En su anamnesis, entre otros datos refiere un aumento del flujo vaginal y disuria, sin la presencia de molestias y alergia a la penicilina. Se decide drenar el escaso material purulento de esta zona y se instaura tratamiento con levofloxacino 500mg/12h y ácido fusídico por vía tópica.

A las 48 horas del alta hospitalaria, la paciente vuelva ser ingresada de urgencia, por síndrome confusional agudo y sin otra focalidad neurológica que la rigidez nucal. En la exploración a su ingreso la paciente presenta presión arterial de 150/70 mmHg, temperatura de 40ºC y corazón rítmico a 90 l/min. El hemograma a su ingreso presenta un conteo de 14.100 leucocitos/mm^3 (87% neutrófilos), hemoglobina de 10,4 g/dL, 582.000 plaquetas/mm3. Los niveles de electrolitos y las enzimas de la función hepática son normales. La proteína C reactiva está elevada (18,10 mg/dL). La detección de antígeno neumocócico en orina y la detección de anticuerpos aglutinantes de *Brucella spp.* son negativos. La radiografía de tórax y la TAC son normales.

Mujer de 30 años con dolor abdomino-pélvico

Dra. MV García López
Servicio de Microbiología y Parasitología. HU “Virgen de la Victoria”. Málaga.

Paciente de 30 años de edad, con pareja estable y antecedentes de apendicectomía, dislipemia, litiasis renal e infecciones del tracto urinario de repetición. No utiliza método anticonceptivo alguno desde hace un año.

Acude al servicio de urgencias por presentar dolor en el flanco y la fosa renal derechos, malestar general y escalofríos de varias horas de evolución. El test de embarazo es negativo y la temperatura, de 37,5 °C. La puño-percusión lumbar es negativa y el hemograma muestra una ligera leucocitosis (12.000/µl). Se diagnostica una cistitis, aislándose un *Escherichia coli* multirresistente. Se trata con cefepime y se le da el alta.

La paciente vuelve a urgencias repetidas veces, las dos semanas siguientes, presentando al principio un dolor abdominal difuso, y posteriormente dolor en hipocondrio y fosa lumbar derechos, escalofríos y malestar general. Analíticamente, persiste la leucocitosis (14.300/µl) sin desviación izquierda. En este momento la paciente está apirética pero presenta una puño percusión lumbar derecha dolorosa, ante la sospecha de pielonefritis aguda, se solicita una ecografía abdominal, en la cual se observa un útero aumentado de tamaño, quistes anexiales bilaterales y líquido libre en el saco de Douglas. La paciente fue valorada entonces por primera vez en el servicio de ginecología. La exploración vaginal muestra un abundante flujo blanquecino del que se toman muestras para detección de *Chlamydia*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma* y tinción de Gram. Se solicita una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica, observandose hallazgos indicativos de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso, quedando apirética y normalizando sus parámetros analíticos a las 24 h. A las 48 h se da de alta hospitalaria y se cita a la paciente a los 10 días para valorar el estado clínico y los resultados de los cultivos.

NIÑO DE 20 MESES CON ABUNDANTES ESCAMAS EN LAS PESTAÑAS

Purificación Cantudo Muñoz F.E.A Microbiología Hospital San Agustín.
Concepción Carazo Carazo F.E.A. Microbiología Hospital Ciudad de Jaén.

Varón de 20 meses de edad que acude a la consulta de Pediatría porque sus padres notan muchas escamas en las pestañas. No presenta prurito y el resto de la exploración física es normal, así como la de los padres. Como antecedente, el niño se encuentra al cuidado de una mujer de 28 años que acudió al Servicio de Urgencias una semana antes y a la que le diagnosticaron una ITS.

Comunicaciones

Clave:	**CP-33**
Nombre:	***Ana Infante Urrios***
Autores:	INFANTE A, MORA L*, GARCIA MV, GUTIERREZ A, SANCHEZ MA
Titulo:	ESTUDIO DE MYCOPLASMA/UREAPLASMA EN EL HCU “VIRGEN DE LA VICTORIA” DE MALAGA EN UN PERIODO DE 5 AÑOS
Palabras clave:	MYCOPLASMA, UREAPLASMA, RECUENTO

Clave:	**CP-01**
Nombre:	***Ana Isabel Aller Garcia***
Autores:	ALLER AI*, CASTRO C, CLARO R, ROMERO A, GONZALEZ MT, GONZALEZ A, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	CORRELACION DE DOS SISTEMAS COMERCIALES CON EL METODO DE MICRODILUCIÓN DEL CLSI M27-A3 PARA DETERMINAR LA SENSIBILIDAD DE C. NEOFORMANS A FLUCONAZOL Y VORICONAZOL
Palabras clave:	VITEK, SENSITITRE, C. NEOFORMANS

Clave:	**CP-34**
Nombre:	***Ana Maria Dominguez Castaño***
Autores:	DOMINGUEZ A*, MARQUEZ A, SAAVEDRA JM, LUQUE C
Titulo:	INCREMENTO DE SIFILIS EN EL AREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ: 2002-2009
Palabras clave:	SIFILIS

Clave:	**CP-35**
Nombre:	***Ana Sandra Molleja Garcia***
Autores:	MOLLEJA A*, PLATA C, ARIZA A, MAIZ D, GONZALEZ S, RUIZ I, ROMERO E, CASTILLO J
Titulo:	DESCRIPCION DE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII
Palabras clave:	ACINETOBACTER BAUMANNII

Clave:	**CP-36**
Nombre:	***Ana Sandra Molleja Garcia***
Autores:	PLATA C, MOLLEJA A*, MAIZ D, ARIZA A, RUIZ I, GONZALEZ S, CASTILLO J, ROMERO E
Titulo:	UROCULTIVO PEDIATRICO EN UN HOSPITAL COMARCAL
Palabras clave:	UROCULTIVO, SENSIBILIDAD

Clave:	**CP-02**
Nombre:	***Ascension Arroyo Nieto***
Autores:	ARROYO NIETO A*, GEA LAZARO I, OMAR M, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE, UNA COMPLICACION INFRECUENTE EN LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
Palabras clave:	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y ANEMIA HEMOLITICA

Clave:	**CP-37**
Nombre:	***Begoña Palop Borrás***
Autores:	PALOP B, MARTINEZ T*, ROJAS L, CAMACHO R
Titulo:	ASOCIACION DE E. COLI PRODUCTOR DE BLEE CON OTROS MECANISMOS DE RESISTENCIA
Palabras clave:	BLEE, E. COLI

Clave:	**CP-38**
Nombre:	***Begoña Palop Borrás***
Autores:	PALOP B, ROJAS L*, PADILLA E (1), MARTINEZ T
Titulo:	COMPARACION DE 2 SISTEMAS AUTOMaTICOS PARA LA DETECCION DE FENOTIPOS DE RESISTENCIA A AMINOGLUCOSIDOS EN E. COLI
Palabras clave:	AMINOGLUCOSIDOS, E. COLI

Clave:	**CP-39**
Nombre:	***Carmen Castro Mendez***
Autores:	CASTRO C, ALLER A, MARTOS A, GONZALEZ A, GONZALEZ MT, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	INCIDENCIA DE S. AUREUS METICILINA RESISTENTE VERSUS S. AUREUS, ANALISIS DEL PATRON DE SENSIBILIDAD
Palabras clave:	SARM

Clave:	**CP-40**
Nombre:	***Carmen Liebana Martos***
Autores:	CABRERA J, MIRANDA C, GONZALEZ E, LIEBANA* C, RODRIGUEZ-GRANGER J, NAVARRO JM
Titulo:	DISTRIBUCION DE SEROTIPOS EN STREPTOCOCCUS AGALACTIAE
Palabras clave:	EGB, SEROTIPO

Clave:	**CP-41**
Nombre:	***Carmen Liebana Martos***
Autores:	GOMEZ C, TORRES E*, LIEBANA C, MAZUELAS P, RIVERA MA, PEREZ RUIZ M, RODRIGUEZ-GRANGER J, NAVARRO JM
Titulo:	HOSPITALIZACIONES INFANTILES POR VARICELA EN EL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES
Palabras clave:	VARICELA, HOSPITALIZACIONES

Clave:	**CP-42**
Nombre:	***Carmen Martinez Rubio***
Autores:	MARTINEZ-RUBIO MC*, ESPINOSA MJ, CASTRO MJ, PEREZ-RAMOS S, RODRIGUEZ-IGLESIAS MA
Titulo:	ENSAYO DE MODIFICACION DEL VALOR UMBRAL EN UN SISTEMA DE CRIBADO DE UROCULTIVOS BASADO EN UN MODELO DE PREDICCION DE RESULTADOS NEGATIVOS
Palabras clave:	UROCULTIVOS, UF1000, CRIBADO

Clave:	**CP-03**
Nombre:	***Carolina Freyre Carrillo***
Autores:	FREYRE C*, MERINO L, MARTIN A, SANCHEZ M, AZNAR J
Titulo:	EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA SEROLOGICO ESTABLECIDO EN LA MUJER EMBARAZADA
Palabras clave:	GESTANTES, CRONOGRAMA SEROLOGICO

Clave:	**CP-43**
Nombre:	***Carolina Freyre Carrillo***
Autores:	FREYRE C*, MERINO L, SANCHEZ M, MARTIN A, AZNAR J
Titulo:	ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS AÑOS DE LOS RESULTADOS DEL CONTROL SEROLOGICO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN DE LAS GESTANTES
Palabras clave:	GESTANTES, ETS, SEROLOGIA

Clave:	**CP-44**
Nombre:	***Carolina Isabel Roldan Fontana***
Autores:	ROLDAN C*, GASSO J, MARTINEZ-LOPEZ T, CAPISCOL F, ARROYO R
Titulo:	INCIDENCIA Y SENSIBILIDAD DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN AISLAMIENTOS CLINICOS DE UCI . HOSPITAL U. NEUROTRAUMATOLOGICO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN
Palabras clave:	PSEUDOMONAS AERUGINOSA. INFECCION UCI. RESISTENCIA CARBAPENEMAS

Clave:	**CO-10**
Nombre:	***Clotilde Fernandez Gutierrez del Alamo***
Autores:	BLANCO BLANCO MT, GIL DE SOLA LETANG F, LINARES BARRIOS M (1), LOZANO DOMINGUEZ MC*, FERNANDEZ GUTIERREZ DEL ALAMO C
Titulo:	IMPORTANCIA DE LA DETECCION DEL GENOTIPO DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) EN VERRUGAS ANOGENITALES INFANTILES
Palabras clave:	VIRUS PAPILOMA HUMANO, VERRUGAS ANOGENITALES

Clave:	**CP-45**
Nombre:	***Concepcion Carazo Carazo***
Autores:	CARAZO C*, CUESTA I, MUÑOZ JR
Titulo:	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN LA EDAD PEDIATRICA
Palabras clave:	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. SEROTIPOS. SENSIBILIDAD PENICILINA

Clave:	**CP-46**
Nombre:	***Concepcion Carazo Carazo***
Autores:	CARAZO C*, CUESTA I, MUÑOZ JR
Titulo:	EVOLUCION DE LA SENSIBILIDAD DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN UN DECADA
Palabras clave:	PSEUDOMONAS AERUGINOSA. SENSIBILIDAD

Clave:	**CP-47**
Nombre:	***Concepcion Carazo Carazo***
Autores:	CARAZO C*, CUESTA I, MUÑOZ JR
Titulo:	DESCRIPCION DE UN BROTE NOSOCOMIAL POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS
Palabras clave:	BROTE NOSOCOMIAL. KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Clave:	**CO-01**
Nombre:	***Emilia Garcia Moreno***
Autores:	GARCIA MORENO E*, MORALES TORRES M, RODRIGUEZ MARESCA M, SANCHEZ-YEBRA ROMERA W, CABRERA VALIDO H, GRAU GALVEZ M, EXTREMERA GARCIA MJ
Titulo:	ANALISIS DE SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN EL PERIODO 2000-2009
Palabras clave:	NEISSERIA GONORRHOEAE. RESISTENCIA ANTIBIOTICA

Clave:	**CP-04**
Nombre:	***Estrella Martin Mazuelos***
Autores:	VEGA S (1), ROMERO A (2), MARTOS A (2), CASTRO C (2), GONZALEZ A (2), GONZALEZ T (2), MARTIN-MAZUELOS E (2)
Titulo:	EVALUACION DE LA SENSIBILIDAD IN VITRO DE HONGOS FILAMENTOSOS MEDIANTE EL SISTEMA VITEK2® VS MICRODILUCION EN CALDO (CLSI M38-A2)
Palabras clave:	VITEK2, MICRODILUCION, HONGOS FILAMENTOSOS

Clave:	**CP-05**
Nombre:	***Eva Gonzalez Cid***
Autores:	GONZALEZ E*, TORRES E, SERRANO ML, MIRANDA C, MARTIN E, CABRERA J
Titulo:	DETECCION DE CANDIDA SPP, TRICHOMONAS VAGINALIS Y GARDNERELLA VAGINALIS MEDIANTE HIBRIDACION CON SONDAS DE DNA(AFFIRM VPIII BD)
Palabras clave:	VAGINITIS, CANDIDA, TRICHOMONAS, VAGINOSIS, DIAGNOSTICO

Clave:	**CP-06**
Nombre:	***Eva Gonzalez Cid***
Autores:	GONZALEZ E*, TORRES E, MIRANDA C, ROJO MD, SERRANO ML, CABRERA J, GARCIA M, NAVARRO JM
Titulo:	EVALUACION DE UNA TECNICA COMERCIAL DE PCR EN LA IDENTIFICACION DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS (SA) RESISTENTE A METICILINA (SAMR) EN MUESTRAS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
Palabras clave:	SAMR, INFECCION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS, PCR

Clave:	**CO-11**
Nombre:	***Fatima Galan Sanchez***
Autores:	GALAN-SANCHEZ F*, ROMAN-ENRI M, RODRIGUEZ-IGLESIAS MA
Titulo:	SUBTIPADO DE PAPILOMAVIRUS HUMANO TIPO 16 MEDIANTE SECUENCIACION DE LOS GENES E2 Y E6
Palabras clave:	PAPILOMAVIRUS HUMANO, VPH-16, SUBTIPADO E6

Clave:	**CO-12**
Nombre:	***Federico Garcia Garcia***
Autores:	GARCIA F, CHUECA N, ALVAREZ M, GUILLOT V, CORREA I, PEÑA A, GARCIA JR F, CODOÑER F (1), LOPEZ-BUENO MJ (2)
Titulo:	APLICACION DE UNA NUEVA TECNICA DE SECUENCIACION MASIVA DE GENOMAS (ULTRA DEEP SEQUENCING) PARA LA DETERMINACION DEL TROPISMO VIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH
Palabras clave:	UDS, TROPISMO, VIH

Clave:	**CP-48**
Nombre:	***Federico Garcia Garcia***
Autores:	CHUECA N (1), GUILLOT V (1), ALVAREZ M (1), PEÑA A (2), CORREA I (1), LOPEZ-BUENO J (3), COSTELA C (1), HITA C (1), HERNANDEZ-QUERO J (2), GARCIA F (1)
Titulo:	ALTA VARIABILIDAD DE LA REGION V3 DEL VIH-1 ASOCIADA A RESISTENCIA A ANTAGONISTAS DE CCR5. ¿POLIMORFISMOS O MUTACIONES DE RESISTENCIA?
Palabras clave:	VIH, ANTAGONISTAS DE CCR5, REGION V3, RESISTENCIA

Clave:	**CO-02**
Nombre:	***Fernando Gil de Sola Letang***
Autores:	GIL DE SOLA F*, AZNAR-MARIN P, BLANCO MT, GARCIA-MARTOS P, GARCIA-TAPIA A, MARIN-CASANOVA P
Titulo:	URETRITIS MENINGOCOCICA EN UN HOMBRE HETEROSEXUAL
Palabras clave:	NEISSERIA MENINGITIDIS, URETRITIS, EXUDADO URETRAL

Clave:	**CP-49**
Nombre:	***Francisco Franco Alvarez de Luna***
Autores:	FRANCO-ALVAREZ DE LUNA F, HIERRO GUILMAIN C, DUQUE CALERO A, GARCIA VELA JH, GARCIA VALDIVIA M, RODRIGUEZ IGLESIAS M
Titulo:	PREVALENCIA DE GENOTIPOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LESIONES MALIGNAS Y PREMALIGNAS DE CUELLO DE UTERO, EN MUJERES DEL AREA NORTE DE LA PROVINCIA DE HUELVA
Palabras clave:	VPH, GENOTIPO, CARCINOMA

Clave:	**CP-07**
Nombre:	***Gaspar Duro Ruiz***
Autores:	DURO G, ROLDAN C, HERRERO C, OMAR M, GEA I, ARROYO A, GALVEZ E, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	ESPONDILODISCITIS POR ENTEROBACTER CLOACAE EN PACIENTE PORTADORA DE RESERVORIO VENOSO
Palabras clave:	ESPONDILODISCITIS, ENTEROBACTER CLOACAE, RESERVORIO VENOSO

Clave:	**CP-50**
Nombre:	***Gaspar Duro Ruiz***
Autores:	ROLDAN C, DURO G, BREA F, GASSO J, GEA I, OMAR M, HERRERO C, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	AISLAMIENTOS DE ESTAFILOCOCOS COAGULASA-NEGATIVOS RESISTENTES A LINEZOLID EN PACIENTES CRITICOS
Palabras clave:	LINEZOLID, ESTAFILOCOCOS COAGULASA-NEGATIVOS, RESISTENCIA

Clave:	**CP-08**
Nombre:	***Inmaculada Pupo Ledo***
Autores:	PUPO LEDO MI, GOMEZ GOMEZ MJ, IRAURGUI ARCARAZO P, PINTO FERNANDEZ SY, LIRO ARMENTEROS J, LEPE JIMENEZ JA, AZNAR J
Titulo:	FRECUENCIA Y SENSIBILIDAD DE AISLAMIENTOS DE PEPTOSTREPTOCOCCUS EN H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCIO
Palabras clave:	ANAEROBIOS, PEPTOSTREPTOCOCCUS, SENSIBILIDAD

Clave:	**CP-09**
Nombre:	***Irene Pedrosa Corral***
Autores:	MAZUELAS P, PEDROSA I*, BAUTISTA MF, PEREZ-RUIZ M, PEREZ-OLMO C, RIVERA MA, RODRIGUEZ-GRANGER J, RODRIGUEZ M, NAVARRO-MARI JM
Titulo:	EVALUACION DE UN NUEVO METODO DE PCR EN TIEMPO REAL PARA LA DETECCION DE BORDETELLA PERTUSSIS Y B. PARAPERTUSSIS EN MUESTRAS CLINICAS
Palabras clave:	BORDETELLA PERTUSSIS, TOS FERINA

Clave:	**CO-03** **CP-67**
Nombre:	***Jose Antonio Lepe Jimenez***
Autores:	PINTO S, LEPE JA*, AZNAR J ANALISIS PRELIMINAR DE LAS CEPAS DE LISTERIA MONOCYTOGENES ENVIADAS AL PROYECTO LISAND LEPE JA* Y OTROS
Titulo:	ACTIVIDAD DE DAPTOMICINA FRENTE A AISLADOS INVASIVOS DE ENTEROCOCCUS FAECIUM
Palabras clave:	DAPTOMICINA, ENTEROCOCCUS, ABC / CMI

Clave:	**CO-04**
Nombre:	***Jose Carlos Palomares Folia***
Autores:	PALOMARES JC, BERNAL S, PEREZ L, PARRA SM, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	EVALUACION DE DOS SISTEMAS DE EXTRACCION AUTOMATICA DE ARN PARA LA DETECCION DEL VIRUS DE LA INFLUENZA H1N1 “NUEVA” EN MUESTRAS CLINICAS
Palabras clave:	H1N1

Clave:	**CO-13**
Nombre:	***Jose Carlos Palomares Folia***
Autores:	ALVAREZ M (1), BERNAL S (2), FERNANDEZ CUENCA F (3), VICIANA I (4), GUILLOT V (1), PARRA M (2), CHUECA N (1), GARCIA F (1), PALOMARES JC (2)
Titulo:	MUTACIONES DE RESISTENCIA A DARUNAVIR Y ETRAVIRINA EN ANDALUCIA. IMPACTO EN LA SENSIBILIDAD ANTIVIRAL DE LA INTERPRETACION MEDIANTE DIFERENTES ALGORITMOS.
Palabras clave:	DARUNAVIR, ETRAVIRINA, RESISTENCIA, INTERPRETACION

Clave:	**CP-51**
Nombre:	***Jose Luis de Francisco Ramirez***
Autores:	DE FRANCISCO JL*, ALADOS JC, DE MIGUEL C, LOPEZ MD, CALBO L
Titulo:	COINFECCION DE AEROMONAS HYDROPHILA GRUPO Y CAMPYLOBACTER SPP. EN GASTROENTERITIS AGUDA
Palabras clave:	COPROCULTIVOS, CAMPYLOBACTER SPP., AEROMONAS SPP.

Clave:	**CO-14**
Nombre:	***Jose Maria Saavedra Martin***
Autores:	SAAVEDRA J*, DOMINGUEZ A, MARQUEZ A, LUQUE C, OMARI Y**, VAZQUEZ I**
Titulo:	PLEURITIS TUBERCULOSA. DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO. ESTUDIO CITOLOGICO Y BIOQUIMICO DEL LIQUIDO PLEURAL
Palabras clave:	TUBERCULOSIS, PLEURITIS

Clave:	**CP-52**
Nombre:	***Juan Antonio Perez Caceres***
Autores:	PEREZ JA*, IGLESIA A DE LA, IGLESIA M DE LA
Titulo:	BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA EN EL PERIODO 2006-2009
Palabras clave:	BACTERIEMIA, HEMOCULTIVOS, CONTAMINACION, MRSA, BLEE

Clave:	**CP-53**
Nombre:	***Juan Antonio Perez Caceres***
Autores:	PEREZ JA*, IGLESIA M DE LA, IGLESIA A DE LA
Titulo:	DISTRIBUCION DE LOS SEROTIPOS Y FAGOTIPOS DE SALMONELLAS AISLADAS EN HIE DE HUELVA DE 2000 A 2008
Palabras clave:	SALMONELLA, GASTROENTERITIS, COPROCULTIVO

Clave:	**CP-54**
Nombre:	***Juan Antonio Perez Caceres***
Autores:	PEREZ JA*, IGLESIA M DE LA, IGLESIA A DE LA
Titulo:	¿ES REALMENTE POSIBLE BAJAR LA TASA DE CONTAMINACION DE HEMOCULTIVOS POR DEBAJO DEL 8%?
Palabras clave:	BACTERIEMIA, CONTAMINACION, HEMOCULTIVO

Clave:	**CO-15**
Nombre:	***Juan Bautista Gutierrez Aroca***
Autores:	GUTIERREZ-AROCA JB*, CAUSSE M, CASAL M
Titulo:	INCIDENCIA DE LOS GENOTIPOS DE VPH EN INFECCIONES PREMALIGNAS
Palabras clave:	PAPILOMAVIRUS, GENOTIPE

Clave:	**CO-05**
Nombre:	***Juan Carlos Alados Arboledas***
Autores:	DE MIGUEL C, ALADOS JC, DE FRANCISCO JL, SERRANO E, LOPEZ MD
Titulo:	COMPARACION DE VPIII VERSUS CULTIVO-TINCION DE GRAM EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VAGINAL EN MUJERES ADULTAS
Palabras clave:	AFFIRM VPIII, VAGINITIS, VAGINOSIS

Clave:	**CO-19**
Nombre:	***Juan Carlos Alados Arboledas***
Autores:	ALADOS JC, GARCIA-FIGUERAS C, TOCON G, BANCALERO P*, DE MIGUEL C, PALOMARES JC**, TERRON JA, LOPEZ MD
Titulo:	MUTACIONES DE RESISTENCIA EN PACIENTES VIH NAÏVE EN EL AREA DE JEREZ
Palabras clave:	VIH. RESISTENCIAS. NAÏVE

Clave:	**CP-55**
Nombre:	***Laura Merino Diaz***
Autores:	MERINO L, FREYRE C, MARTIN A, SANCHEZ M, AZNAR J
Titulo:	EVOLUCION DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LOS HH.UU VIRGEN DEL ROCIO ENTRE LOS AÑOS 2006 - 2008
Palabras clave:	SIFILIS ACTIVA, VIH

Clave:	**CO-06**
Nombre:	***Laura Mora Navas***
Autores:	MORA L*, INFANTE A, GARCIA MV, GUTIERREZ A, VICIANA A, ORTEGA M, PINEDO A
Titulo:	DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LAS URETRITIS DURANTE CUATRO AÑOS EN LA ZONA OESTE DE MALAGA
Palabras clave:	URETRITIS, UREAPLASMA, GONOCOCO

Clave:	**CP-10**
Nombre:	***Manuel Causse del Rio***
Autores:	CAUSSE M (1), RUIZ P (2), LOPEZ-RODRIGUEZ M (1), LOPEZ-ALCARAZ MC (1), CASAL M (1,2)
Titulo:	EPIDEMIOLOGIA MOLECULAR DE M. TUBERCULOSIS RESISTENTES MEDIANTE REP-PCR
Palabras clave:	- - -

Clave:	**CP-56**
Nombre:	***Maria Andrades Ortega***
Autores:	ANDRADES M*, BATISTA A, OLVERA-PORCEL MC, ARIAS T, CASTILLO, LIEBANA JJ
Titulo:	PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA
Palabras clave:	HELICOBACTER PYLORI, ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA, PREVALENCIA

Clave:	**CO-07**
Nombre:	***Maria Auxiliadora Gonzalez Gallego***
Autores:	GONZALEZ A, BERNAL S, SIVIANES N, PEREZ L, GARCIA LOPEZ JL, PUEYO I*, PALOMARES JC, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	COMPARACION DE DOS METODOS DE PCR PARA LA DETECCION DE N. GONORRHOEAE
Palabras clave:	COBAS AMPLICOR. SMARTCYCLER. GONOCOCO

Clave:	**CP-11**
Nombre:	***Maria Auxiliadora Gonzalez Gallego***
Autores:	GONZALEZ A, VARGAS J, GONZALEZ MT, GARCIA M, DELGADO M, LOPEZ M, PUEYO I*, MARTIN/MAZUELOS E
Titulo:	VIH Y SIFILIS. ESTADO ACTUAL Y EVOLUCION EN LOS ULTIMOS AÑOS.
Palabras clave:	VIH. SIFILIS. AUMENTO INCIDENCIA

Clave:	**CP-12**
Nombre:	***Maria Dolores Rojo Martin***
Autores:	ROJO MD*, MIRANDA C, DE LAS HERAS MI, TORRES E, GONZALEZ E, GUERRERO P, GARCIA M
Titulo:	AISLAMIENTO DE CAMPYLOBACTER JEJUNI A PARTIR DE LIQUIDO BILIAR EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA
Palabras clave:	CAMPYLOBACTER JEJUNI, COLECISTITIS, LIQUIDO BILIAR

Clave:	**CP-13**
Nombre:	***Maria Dolores Rojo Martin***
Autores:	ROJO MD*, MIRANDA C, TORRES E, GONZALEZ E, MARTINEZ P, CABRERA J
Titulo:	INCIDENCIA Y ETIOLOGIA DE LA ARTRITIS SEPTICA EN NIÑOS
Palabras clave:	ARTRITIS SEPTICA, NIÑOS, FUSOBACTERIUM NUCLEATUM

Clave:	**CP-14**
Nombre:	***Maria Jesus Castro Martinez***
Autores:	CASTRO MJ*, GARCIA-VALDIVIA S, RODRIGUEZ-IGLESIAS MA
Titulo:	EVALUACION DEL ARCHITECT HCV Ag EN MUESTRAS CON NIVELES DE VIREMIA PLASMATICA DE ARN DE VIRUS DE LA HEPATITIS C
Palabras clave:	HEPATITIS C, ANTIGENO DEL CORE, ENSAYO QUIMIOLUMINISCENTE

Clave:	**CP-57**
Nombre:	***Maria Jesus Perez Santos***
Autores:	PEREZ SANTOS MJ*, MERIDA FJ, GUTIERREZ FERNANDEZ MJ, MORENO CAMPOY E
Titulo:	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y POR PRACTICAS DE RIESGO EN LA SERRANIA DE RONDA (2004-2009). SUMA Y SIGUE
Palabras clave:	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, INFECCIONES DE TRANSMISION PARENTERAL

Clave:	**CP-15**
Nombre:	***Maria Jose Linares Sicilia***
Autores:	LINARES SICILIA MJ*, SOLIS CUESTA F, RODRIGUEZ LOPEZ FC, CASAL ROMAN M
Titulo:	DERMATOFITOS AISLADOS EN CORDOBA. INCIDENCIA E IDENTIFICACION
Palabras clave:	DERMATOFITOSIS. TRICHOPHYTON RUBRUM. TR. MENTAGROPHYTES. MICROSPORUN CANIS

Clave:	**CP-16**
Nombre:	***Maria Jose Linares Sicilia***
Autores:	LINARES SICILIA MJ*, SOLIS CUESTA F, RODRIGUEZ LOPEZ FC, CASAL ROMAN M
Titulo:	ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS FILAMENTOSOS NO DERMATOFITOS
Palabras clave:	ONICOMICOSIS. HONGOS FILAMENTOSOS SEPTADOS. FUSARIUM, ASP. SCOPULARIOPSIS

Clave:	**CP-17**
Nombre:	***Maria Teresa Arias Moliz***
Autores:	ARIAS-MOLIZ MT *, FERRER-LUQUE CM, GONZALEZ-RODRIGUEZ MP, CASTILLO F, ANDRADES M, BACA P
Titulo:	EVALUACION IN VITRO DE LA CAPACIDAD DE SOLUCIONES IRRIGADORAS PARA ERRADICAR BIOPELICULAS DE ENTEROCOCCUS FAECALIS
Palabras clave:	BIOPELICULA, CETRIMIDA, CLORHEXIDINA, ENTEROCOCCUS FAECALIS

Clave:	**CP-18**
Nombre:	***Maria Teresa Cabezas Fernandez***
Autores:	CABEZAS MT, CABEZA MI, SALAS J, VAZQUEZ J, LOPEZ R, LORENTE L, AVIVAR C
Titulo:	DIAGNOSTICOS PARASITOLOGICOS EN EL HOSPITAL PONIENTE DE ALMERIA
Palabras clave:	PARASITOSIS, INMIGRACION, TROPICAL

Clave:	**CP-19**
Nombre:	***Maria Teresa Cabezas Fernandez***
Autores:	CABEZAS MT, SALAS J, CABEZA MI, VAZQUEZ J, COBO F, PALANCA M
Titulo:	ENFERMEDAD DE CHAGAS: SCREENING PRENATAL EN GESTANTES LATINOAMERICANAS
Palabras clave:	CHAGAS, GESTANTES, SEROLOGIA

Clave:	**CP-20**
Nombre:	***Maria Trinidad Gonzalez Cejudo***
Autores:	GONZALEZ MT, CASTRO C, ROMERO A, LOZA A*, LUCENA F*, GONZALEZ A, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	UTILIDAD DEL ESTUDIO DE COLONIZACION PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANDIDIASIS INVASORA EN PACIENTES CRITICOS
Palabras clave:	COLONIZACION, PACIENTES CRITICOS, CANDIDA SPP

Clave:	**CP-21**
Nombre:	***Maria Trinidad Gonzalez Cejudo***
Autores:	GONZALEZ MT*, BERNAL S, PALOMARES JC, CABEZAS JL, PABLOS C, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	VALORACION DE UNA TECNICA DE PCR PARA EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
Palabras clave:	TUBERCULOSIS, DIAGNOSTICO. PCR

Clave:	**CP-58**
Nombre:	***Maria Trinidad Gonzalez Cejudo***
Autores:	GONZALEZ MT*, FLOREZ C, ALLER AI, CASTRO C, MORILLA D, MARTIN-MAZUELOS E
Titulo:	ESTUDIO DE BACTERIEMIAS POR S. AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN LOS ULTIMOS SEIS AÑOS
Palabras clave:	SAMR, BACTERIEMIAS, SENSIBILIDAD

Clave:	**CO-16**
Nombre:	***Matilde Maria Palanca Gimenez***
Autores:	PALANCA M*, COBO F, CABEZAS T, CABEZA MI, SALAS J, VAZQUEZ J, GONZALEZ A, AVIVAR C
Titulo:	RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES TRAS EL ANALISIS DE MUESTRAS FECALES EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE
Palabras clave:	PARASITOS INTESTINALES - MUESTRAS FECALES - RENDIMIENTO DIAGNOSTICO

Clave:	**CP-22**
Nombre:	***Matilde Maria Palanca Gimenez***
Autores:	PALANCA M*, COBO F, CABEZAS T, CABEZA MI, GONZALEZ A, AVIVAR C
Titulo:	NEISSERIA GONORRHOEAE; SENSIBILIDAD IN VITRO FRENTE A ALGUNOS ANTIBIÓTICOS
Palabras clave:	ITS, BETA-LACTAMICOS

Clave:	**CP-59**
Nombre:	***Matilde Maria Palanca Gimenez***
Autores:	PALANCA M, ALVAREZ G, CABEZA MI, CABEZAS T, COBO F, GONZALEZ A, AVIVAR C
Titulo:	UTILIDAD EN LA UTILIZACION DE CITOMETRO UF1000I DE SYXMEX®
Palabras clave:	UROCULTIVOS, UF1000

Clave:	**CO-08**
Nombre:	***Mercedes Perez Ruiz***
Autores:	BAUTISTA MF, PEREZ-RUIZ M*, PEDROSA I, DE ORY F (2), RODRIGUEZ-GRANGER J, GOMEZ-CAMARASA C, MUÑOZ F, GARCIA-MALDONADO F, NAVARRO-MARI JM
Titulo:	ETIOLOGIA DE LAS MENINGITIS Y ENCEFALITIS VIRALES EN NUESTRO MEDIO
Palabras clave:	MENINGITIS, ENCEFALITIS, VIRUS

Clave:	**CO-09**
Nombre:	***Mercedes Perez Ruiz***
Autores:	BAUTISTA-MARIN MF (1), PEDROSA-CORRAL I (1), PEREZ-RUIZ M* (1), ROJAS J (2), CAMACHO AG (2), CEBALLOS R (1), RUIZ-ORTIZ J (2), RODRIGUEZ-GRANGER J (1), NAVARRO-MARI JM (1), CARRILLO JA (2)
Titulo:	EVALUACION DEL TEST RAPIDO SPEED-OLIGO NOVEL INFLUENZA A H1N1 PARA LA DETECCION ESPECIFICA DE LA NUEVA VARIANTE PANDEMICA DE GRIPE A H1N1
Palabras clave:	H1N1, TEST RAPIDO

Clave:	**CO-17**
Nombre:	***Miguel Jose Martinez Lirola***
Autores:	REYES A (1), MARTINEZ-LIROLA M (1), ALONSO M (3), MONTIEL N (2), HERRANZ M (3), CABEZA I (3), MARIN P (4), SANCHEZ ML (6), GARCIA E (1), GRUPO INDAL-TB
Titulo:	UNA ESTRATEGIA MOLECULAR DIRIGIDA A LA DETECCION Y CONTROL PRECOZ DE TUBERCULOSIS RESISTENTE
Palabras clave:	TUBERCULOSIS

Clave:	**CP-23**
Nombre:	***Mohamed Omar Mohamed-Baghalta***
Autores:	M OMAR*, CARAZO C, GOMEZ VIDAL MA, GEA I, DURO G, CUESTA I, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	INFECCION NEUMOCOCICA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS. SEROTIPOS PREVALENTES Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA
Palabras clave:	STREPTOCOCCUS PNEUMONIA. SEROTIPOS. INFECCION EN ADULTOS

Clave:	**CP-24**
Nombre:	***Mohamed Omar Mohamed-Baghalta***
Autores:	OMAR M*, GOMEZ-VIDAL MA, GEA I, HERRERO C, DURO G, CARAZO C, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES INFECTADAS POR EL VIH ATENDIDAS EN NUESTRA CONSULTA
Palabras clave:	VIH. INFECCION EN LA MUJER

Clave:	**CP-25**
Nombre:	***Mohamed Omar Mohamed-Baghalta***
Autores:	OMAR* M, CARAZO C, GOMEZ VIDAL MA, DURO G, HERRERO C, CUESTA I, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ
Titulo:	¿EXISTE COBERTURA DE LA VACUNA 23-V DE LAS PRINCIPALES CEPAS DE NEUMOCOCO RESPONSABLES DE INFECCION NEUMOCOCICA DEL ADULTO INGRESADAS EN NUESTRO CENTRO?
Palabras clave:	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. VACUNA

Clave:	**CP-60**
Nombre:	***Natalia Chueca***
Autores:	CHUECA N*, DOMINGUEZ MC, CONDE M, PORRAS J, PARDO S, ROLDAN E
Titulo:	EMPLEO DE INNO-LIATM SCORE PARA CONFIRMAR UNA SEROLOGIA REACTIVA FRENTE A TREPONEMA PALLIDUM EN NUESTRO MEDIO
Palabras clave:	SIFILIS, TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS, IMMUNOBLOT, RPR

Clave:	**CP-26**
Nombre:	***Natalia Erquinigo Agurto***
Autores:	ERQUINIGO N*, DIAZ A, RODRIGUEZ-IGLESIAS MA
Titulo:	FORMACION DE BIOFILM DE ESCHERICHIA COLI EN MALLAS DE POLIPROPILENO DE UN DISEÑO EXPERIMENTAL DE REVESTIMIENTO DE PARED ABDOMINAL EN CONEJOS
Palabras clave:	BIOFILMS, POLIPROPILENO, E COLI

Clave:	**CP-61**
Nombre:	***Pablo Mazuelas Teatino***
Autores:	MAZUELAS P*, SAMPEDRO A, RODRIGUEZ-GRANGER J, TORRES E
Titulo:	PREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A TREPONEMA PALLLIDUM, VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B EN GESTANTES AUTOCTONAS Y EXTRANJERAS DE GRANADA
Palabras clave:	- - -

Clave:	**CP-27**
Nombre:	***Patricia Iraurgui Arcarazo***
Autores:	IRAURGUI P*, MARTIN A, HARO JL, SANCHEZ M, MERINO L, AZNAR J
Titulo:	CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE UN BROTE POR PARVOVIRUS B-19
Palabras clave:	PARVOVIRUS B19, INMUNOFLURESCENCIA, BROTE

Clave:	**CP-28**
Nombre:	***Patricia Iraurgui Arcarazo***
Autores:	IRAURGUI P*, MERINO L, MARTIN A, SANCHEZ M, AZNAR J
Titulo:	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HEPATITIS A DURANTE LOS AÑOS 2007, 2008 Y PRIMERA MITAD DE 2009 EN LOS H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA
Palabras clave:	VIRUS DE LA HEPATITIS A, EIA, ANTI-VHA IGM

Clave:	**CP-29**
Nombre:	***Pilar Aznar Marin***
Autores:	AZNAR P*, ERQUINIGO N, JESUS DE LA CALLE I, RODRIGUEZ-IGLESIAS MA
Titulo:	DETECCION MOLECULAR DE GARDNERELLA VAGINALIS EN MUJERES CON DESCARGA VAGINAL ANORMAL Y NIVEL DE COINFECCIÓN CON CANDIDA
Palabras clave:	GARDNERELLA, VAGINOSIS, CANDIDA

Clave:	**CP-62**
Nombre:	***Pilar Luzon Garcia***
Autores:	LUZON GARCIA P*, JIMENEZ TORRES R, GONZALEZ BALLESTEROS A
Titulo:	ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEE EN EL AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE ALMERIA
Palabras clave:	BLEE, E. COLI, K. PNEUMONIAE

Clave:	**CP-63**
Nombre:	***Pilar Luzon Garcia***
Autores:	LUZON GARCIA P*, JIMENEZ TORRES R
Titulo:	SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA, DISTRIBUCION Y PROCEDENCIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE ALMERIA
Palabras clave:	S. AUREUS, SAMR, SENSIBILIDAD

Clave:	**CP-30**
Nombre:	***Pilar Ruiz Martinez***
Autores:	RUIZ P*, GUTIERREZ JB, CAUSSE M, ZEROLO J, CASAL ROMAN M
Titulo:	INTERES DEL ESTUDIO DE MICOBACTERIAS ATIPICAS Y MEZCLAS DE MICOBACTERIAS
Palabras clave:	MYCOBACTERIAS ATIPICAS. GENOTYPE

Clave:	**CP-31**
Nombre:	***Purificacion Cantudo Muñoz***
Autores:	CANTUDO P*, AMORES C, CASTILLO M
Titulo:	UTILIDAD DE LA REVISION DE PETICIONES Y DEL GESTOR DOCUMENTAL EN LA FASE PREANALITICA DE SEROLOGIA
Palabras clave:	GESTOR DOCUMENTAL, FASE PREANALITICA

Clave:	**CP-64**
Nombre:	***Purificacion Cantudo Muñoz***
Autores:	CANTUDO P*, AMORES C, MOYA C, MOLINA J
Titulo:	ESTUDIO GENETICO-MOLECULAR DE PAPILOMAVIRUS HUMANO Y CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA
Palabras clave:	PAPILOMAVIRUS HUMANO, GENOTIPOS, DISPLASIA CERVICAL

Clave:	**CP-65**
Nombre:	***Samuel Bernal Martinez***
Autores:	BERNAL S, CABEZAS JL, PABLOS C, PALOMARES JC, MARTIN MAZUELOS E
Titulo:	PREVALENCIA DE INFECCIONES Y TIPOS DE HPV EN RELACION CON LA EDAD EN EL AREA HOSPITALARIA DE VALME (SEVILLA)
Palabras clave:	HPV

Clave:	**CO-18**
Nombre:	***Teresa Meyer Gonzalez***
Autores:	MEYER GONZAELZ T*, CLAVIJO FRUTOS E, ALCAIDE MARTIN A, MARQUEZ-SOLERO M, MORA NAVAS L, INFANTES URRIOZ A, HERRERA CEBALLOS E
Titulo:	ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE SIFILIS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA
Palabras clave:	SIFILIS, ENFERMEDAD LUETICA

Clave:	**CP-32**
Nombre:	***Vicente Guillot***
Autores:	GUILLOT V, CHUECA N, ALVAREZ M, CORREA I, PEÑA A, PASQUAU J, GUTIERREZ RAVE V, HERNANDEZ-QUERO J, COLLADO A, FERNANDEZ-PELAEZ J, OMAR M, GARCIA F, EN REPRESENTACION DE RAL CORAO
Titulo:	BARRERA GENETICA DE RALTEGRAVIR EN LA PRACTICA CLINICA
Palabras clave:	VIH, INTEGRASA, BARRERA GENETICA

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE, UNA COMPLICACION INFRECUENTE EN LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
Autores	Arroyo Nieto A*, Gea Lázaro I, Omar M, Hernandez-Burruezo JJ
Centro	Medicina Interna/U. Infecciones. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Resumen

CASO CLÍNICO:
Paciente de 19 años, alergica al polen del olivo y fumadora de 20 cigarrillos/dia, sin otros antecedentes de interes que ingresa por cuadro de varios días de evolución, con dolor abdominal, de predominio en hemiabdomen derecho, coluria, náuseas, vómitos y fiebre.
En la exploración física presentaba sensación de enfermedad, ictericia de piel y mucosas, adenopatías latero-cervicales bilaterales de pequeño tamaño de consistencia elástica y no adheridas a planos profundos y dolor a la palpación en hemi-abdomen derecho.
Exploraciones complementarias: Hemograma: Hb 15'2-10'8-11'6 gr/dl, leucocitos 7500 (Cels LUC □), plaquetas normales. Coagulación: normal. Bioquímica: BT 11'26-2'8 mg/dL, BD 6'4-1'1 mg/dL, GOT 389-59 U/L, GPT 389-136 U/L, GGT 341-194 U/L, FA 284-136 U/L, LDH 1804-1199-544 U/L, resto dentro de la normalidad. Marcadores de hepatitis: anti-HBs 27'26 UI/L; HBs Ag, anti-HBc y anti-VHC negativos. Serologías: EBV IgM e IgG positivos; resto negativo (CMV IgG e IgM, Coxiella, Brucella, Micoplasma, Clamidia, Legionela, Ricketsia y Toxoplasma IgG e IgM). Ecografía abdominal: sin alteraciones destacables. Estudio básico de anemia: compatible con anemia hemolítica autoinmune.
Evolución: Lenta con persistencia de fiebre, ictericia y coluria durante mas de una semana, con posterior mejoria clinica progresiva. Presenta anemizacion con caida de la cifra de hemoglobina en casi 5 gr/dl con recuperación espontánea de la anemia, coincidiendo con mejoría clínica y de la afectación hepática, manteniendose con cifras de Hb en torno a 11-11'5 gr/dl y alcanzando los niveles que presentaba al ingreso en menos de un mes, sin necesidad de tratamiento con corticoides.
COMENTARIO:
La afectación hepática es prácticamente universal en personas sanas con mononucleosis infecciosa inducida por el virus de Epstein-Barr. Normalmente es moderada, clínicamente indetectable y se resuelve espontáneamente. La presencia de ictericia puede reflejar una hepatitis severa o bien la aparición de anemia hemolítica. La anemia hemolítica autoinmune se produce en el 0'5 al 3% de los pacientes, se vuelve manifiesta durante la segunda o tercera semana de enfermedad, puede tardar en desaparecer 1-2 meses y los corticoides aceleran la recuperación en algunos casos. En nuestro caso la recuperación fue espontánea y rápida

Palabras Clave MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y ANEMIA HEMOLITICA

Nombre ASCENSION ARROYO NIETO
Servicio Medicina Interna/U. Infecciones ***Hospital*** COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **INCREMENTO DE SÍFILIS EN EL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMENEZ: 2002-2009**

Autores DOMÍNGUEZ A*, MÁRQUEZ A, SAAVEDRA JM, LUQUE C

Centro Servicio Microbiología. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Resumen

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:
La sífilis es una ITS causada por *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*. Tiene una distribución mundial pero con una incidencia muy diferente en las distintas áreas geográficas. Desde comienzos de la presente década se ha documentado un resurgimiento de la enfermedad, motivado en parte por los movimientos migratorios y el cambio en los comportamientos de riesgo.
El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto el incremento de casos de sífilis diagnosticados en el Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva en los últimos siete años.
MÉTODOS:
Diagnóstico serológico en todos los pacientes con sospecha clínica mediante realización de RPR (BioSystems) y enzimoinmunoanálisis IgG e IgM (Palex Medical SA), desde agosto de 2002 a septiembre de 2009.
RESULTADOS:
El número total de casos de sífilis en el período de tiempo estudiado fueron 93, siendo por años: 5(2002), 6(2003), 7(2004), 8(2005), 13(2006), 14(2007), 18(2008) y 22(2009).
La coinfección VIH está presente en el 23.1% de los enfermos en el período 2002-2005 y en el 13.4% en 2006-2009. En cuanto a la edad no se encontraron diferencias en ambos períodos estudiados, siendo la media de 33 años. El 30.8% de los casos diagnosticados en 2002-2005 fueron mujeres, mientras que en 2006-2009 el porcentaje de mujeres fue del 19.4%. En extranjeros se ha diagnosticado un 15.4% de casos en el primer período y un 20.9% en el segundo.
CONCLUSIONES:
- Detectamos un incremento progresivo en el número de casos diagnosticados de sífilis en los últimos años.
- Se observa un descenso en la coinfección VIH.
- La infección sigue siendo más frecuente en hombres, apreciándose un ligero aumento en extranjeros.

Palabras Clave SIFILIS

Nombre Ana María Domínguez Castaño
Servicio Microbiología ***Hospital*** Juan Ramón Jiménez
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	ESTUDIO DE *MYCOPLASMA/UREAPLASMA* EN EL HCU"VIRGEN DE LA VICTORIA" DE MÁLAGA EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS.
Autores	INFANTE A, MORA L*, GARCIA MV, GUTIÉRREZ A, SÁNCHEZ MA.
Centro	HCU "VIRGEN DE LA VICTORIA"

Resumen

INTRODUCCIÓN:
M. hominis y U. urealyticum son importantes patógenos oportunistas implicados en infecciones urogenitales. Existe confusión en la valoración de los cultivos, ya que estos microorganismos pueden formar parte de la flora saprofita uretral y vaginal, encontrando en estos casos títulos inferiores a 10^4 UFC/ml. Por ello, nuestro objetivo ha sido estudiar los aislamientos de *U. urealyticum* y *M. hominis* en nuestro hospital durante 5 años, analizando características epidemiológicas de los pacientes, la valoración de los cultivos y su susceptibilidad antibiótica.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo de los aislamientos de *U. urealyticum* y *M. hominis* desde Junio de 2005 a Agosto de 2009. Se realizó identificación, recuento y estudio de sensibilidad antibiótica mediante la galería Mycoplasma IST 2 de BioMérieux®. Esta galería permite obtener simultáneamente la identificación de *Ureaplasma spp* y/o M. *hominis*, ya que contiene substratos específicos para cada germen (urea para Ureaplasma y arginina para *Mycoplasma*). A la vez, nos permite determinar si el título de los micoplasmas es igual o superior a 10^4 UFC/ml, y realizar estudio de sensibilidad frente a los siguientes antibióticos: Doxiciclina, Josamicina, Ofloxacino, Eritromicina, Tetraciclina, Ciprofloxacino, Azitromizina, Claritromicina y Pristinamicina.
RESULTADOS:
Del total de 1397 muestras estudiadas hubo 271 positivos (19.4%), siendo el 91.5% por *U. urealyticum* y el 8.5% por *M. hominis*; en 7 casos se aislaron ambos microorganismos. La distribución por años fue: 7.7% en 2005, 19.6% en 2006, 25.5% en 2007, 28% en 2008 y 19.2% en 2009 (hasta 31 agosto). El 97% de las muestras fue de origen extrahospitalario. La distribución por sexo fue 97% hombres, con una edad media de 41 años (16 a 78 años). La muestra más frecuente fue el semen (47%), seguido del exudado uretral (41%), el exudado cervical (7%), el exudado de herida (1%) y otro tipo de muestras (4%). El 16.3% de las muestras de semen fueron positivas, siendo en el 94.6% *U. urealyticum*, con un recuento $>10^4$ UFC/ml en el 85.2% de los casos. En relación a los exudados uretrales, el 19.3% fue positivo, siendo *U. urealyticum* en el 90% de los casos, con un recuento $>10^4$ UFC/ml en el 80.8%. En cuanto a la susceptibilidad antibiótica, *M. hominis* fue sensible a Ciprofloxacino en el 63.6% de los casos, a Doxiciclina en el 100%, a Josamicina en el 81.8%, y a Tetraciclina en el 90.9%. *U. urealyticum* fue sensible a Azitromicina en el 89.8% de los casos, a Claritromicina en el 89.1%, a Ciprofloxacino en el 15.4%, a Doxiciclina en el 100%, a Eritromicina en el 85.8%, a Josamicina en el 96.7%, y a Tetraciclina en el 95.5%.
CONCLUSIONES:

1. En nuestro medio los aislamientos más frecuentes de *Mycoplasma/Ureaplasma* procedían de semen y exudados uretrales, en hombres con una edad media de 41 años de origen extrahospitalario.
2. *U. urealyticum* se aisló con más frecuencia (91.5%) que *M. hominis* (8.5%).
3. El punto de corte < o > de 10^4 UFC/ml no discrimina a la hora de diferenciar colonización de infección.
4. Hemos encontrado una alta resistencia a quinolonas en *U. urealyticum* (84.6%); siendo tanto *U. urealyticum* como *M. hominis* sensibles a doxiciclina en el 100% de los aislamientos.

Palabras Clave *Mycoplasma, Ureaplasma*, recuento

Nombre ANA INFANTE URRIOS
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** VIRGEN DE LA VICTORIA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE *ACINETOBACTER BAUMANNII*

Autores A MOLLEJA*, C PLATA, A ARIZA, D MAIZ, S GONZÁLEZ, I RUIZ, E ROMERO , J CASTILLO.

Centro Microbiología. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Resumen

INTRODUCCION:
Acinetobacter baumannii es un patógeno oportunista ampliamente distribuído en la naturaleza. Es causa frecuente de infección nosocomial en forma de brotes epidémicos, debido a su habilidad para adquirir multirresistencia a los antimicrobianos y a su elevada capacidad para sobrevivir en superficies ambientales y en reservorios humanos.
Nuestro objetivo es describir la aparición de un brote por *A. baumannii* en nuestro hospital desde diciembre de 2008 a febrero de 2009.
MÉTODOS:
La identificación bacteriana y el perfil de sensibilidad se realizaron mediante microdilución en caldo: WIDER (Soria Melguizo, S.A.). La búsqueda de nuevos casos se realizó mediante: cultivos en medios selectivos (al ingreso en la UCI y una vez por semana durante tres semanas), de frotis de distintas superficies corporales (exudados axilar y faríngeo). Las cepas aisladas (una por enfermo) se enviaron al laboratorio de taxonomía de Majadahonda para su tipificación mediante electroforesis en campo pulsante de ADN cromosómico (PFGE). Se decidió el aislamiento de pacientes infectados, se extremaron medidas higiénicas del personal sanitario y medioambientales. Se llevó a cabo un estudio de reservorios inanimados mediante cultivo de frotis de superficies ambientales.
RESULTADOS:
El brote afectó a 7 pacientes de UCI , de los cuales 2 presentaron bacteriemia. El origen de las distintas cepas fue el siguiente: sangre (2 muestras), broncoaspirado (10), absceso intestinal (1), exudado de herida (1) y esputo (2). El análisis de tipificación por PFGE definió un clon circulante (perfil 1) que mostró diferentes patrones de sensibilidad. El estudio ambiental no permitió aislar *A. baumannii*.
CONCLUSIONES:
La tipificación molecular permitió relacionar con un solo clon, con diferentes patrones de sensibilidad, los distintos aislamientos de *A. baumannii* obtenidos de muestras clínicas. El brote fue definido por la agrupación de casos en un corto período de tiempo y por la existencia de un clon predominante.

Palabras Clave *Acinetobacter baunmannii,* brote epidémico.

Nombre ANA MOLLEJA GARCIA
Servicio ANÁLISIS CLÍNICOS ***Hospital*** INFANTA MARGARITA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título UROCULTIVO PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores C PLATA, A MOLLEJA*, D MAIZ, A ARIZA, I RUIZ, S GONZÁLEZ, J CASTILLO, E ROMERO

Centro Microbiología. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Resumen

OBJETIVOS:
Conocer los resultados obtenidos en urocultivos procedentes de la población pediátrica de nuestra área de influencia, con el fin de valorar la toma de la muestra y el uso de antimicrobianos.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Análisis de los resultados obtenidos de urocultivos en el área pediátrica durante el año 2008. Las muestras se sembraron en agar CLED y la identificación y determinación de la sensibilidad se realizó mediante el sistema de microdilución en caldo (WIDER, Soria Melguizo).
RESULTADOS:
Se procesaron 2398 muestras de orina de pediatría, obtenidas por micción limpia: 976 de origen hospitalario (H) y 1422 de atención primaria (AP), siendo positivas 146 (15%) y 242 (17%), respectivamente, cultivos negativos: 751 (77%) y 995 (70%), contaminaciones: 78 (8%) y 185 (13%). El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *E. coli* (65%) y (60%). Los porcentajes de sensibilidad a este microorganismo fueron: amoxicilina 39 % (H) y 40% (AP), Amoxicilina-clavulánico 84 % y 81%, Cefazolina 56 % y 44%, cefuroxima 94% y 77%, cefixima 96% y 77%, cefotaxima 97% y 85%, gemtamicina 96% y 94%, fosfomicina 100% y 100%, nitrofurantoína 99% y 93%, ciprofloxacino 91% y 72%, trimetropin-sulfametoxazol 70% y 61% respectivamente.
CONCLUSIONES:
Se observa mayor % de urocultivos contaminados en AP, se plantea la necesidad de mayor difusión de los protocolos de la toma de muestras.
La disminución de la sensibilidad a cefalosporinas de 2ª y 3ª generación y a fluorquinolonas en Primaria puede estar relacionada con un aumento de su consumo.

Palabras Clave Urocultivo, Sensibilidad.

Nombre ANA MOLLEJA GARCIA
Servicio ANÁLISIS CLÍNICOS ***Hospital*** INFANTA MARGARITA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	CORRELACIÓN DE DOS SISTEMAS COMERCIALES CON EL MÉTODO DE MICRODILUCIÓN DEL CLSI M27-A3 PARA DETERMINAR LA SENSIBILIDAD DE *C. neoformans* A FLUCONAZOL Y VORICONAZOL
Autores	ALLER AI*,CASTRO C,CLARO R,ROMERO A,GONZÁLEZ MT,GONZÁLEZ A y MARTÍN-MAZUELOS E.
Centro	U.G.C. Microbiología. Hospital de Valme. Sevilla

Resumen

Objetivos

Comparar dos sistemas comerciales, la tarjeta AST-YS01 (Vitek System, bioMerieux) y el panel Sensititre Yeast-One (IZASA) con el método de referencia de microdilución del CLSI (documento M27-A3) para determinar la sensibilidad de cepas de *C.neoformans* a fluconazol y voriconazol.

Material y Métodos

Utilizamos 89 aislamientos clínicos de *C. neoformans*. Para la realización de la MD se siguieron las especificaciones del CLSI (Documento M27-A3) con las modificaciones de Ghannoum (J Clin Micobiol 1981;30:2881-86) y para la determinación de la sensibilidad mediante la tarjeta AST-YS01 (YS-01) y el panel Sensititre (SENSI) se siguieron las recomendaciones de la casa comercial. La lectura con el método de referencia y el SENSI se realizó a las 48 y 72 h. y con la tarjeta AST-YS01 se realizó a las 24 h. y en el caso que no se hubiese finalizado la tarjeta, se realizó una nueva lectura a las 48 horas.

En cada ensayo se incluyeron las cepas control de calidad *C. parapsilosis* ATCC 22019, *C. krusei* ATCC 6258, y las de referencia *C. neoformans* ATCC 90112 y *C. neoformans* ATCC 90113. Los aislamientos de *C. neoformans* con CMI $\geq$ 16 μg/ml fueron considerados resistentes (R) y los aislamientos con CMI $\leq$ 8 μg/ml sensibles (S) (Aller AI. Antimicrob Agents Chemother.2000;44:1544-48). Se consideró error muy grave un aislamiento R por MD y S por los dos sistemas comerciales; error grave S por MD y R por los sistemas comerciales. Calculamos la correlación según la categoría clínica (CC) de los dos sistemas comerciales con el método de referencia

Resultados

El tiempo medio de finalización de las tarjetas AST YS-01 fue de 23 h (Rango 15,50-32,75 horas). Para fluconazol la CC fue del 96.6 % con ambos métodos. Con el sistema Vitek obtuvimos 2 errores muy graves (2,24%) y uno grave (1,12%) y con SENSI 3 errores muy graves (3,3%). Ni Vitek ni SENSI fueron útiles para detectar cepas resistentes a fluconazol (2/4, 50% y 1/4, 25% respectivamente). Para voriconazol la CA con SENSI fue del 96,6%, obteniendo 2 errores muy graves (2,24 %) y uno grave (1,12 %). Con YS01 no pudimos obtener resultados ya que sólo 12 de los 79 aislamientos ensayados crecieron en este sistema (13,5%).

Conclusiones

1- Los dos sistemas comerciales fallaron en reconocer las cepas resistentes a fluconazol

2- Ambos métodos fallaron en detectar las cepas resistentes a voriconazol, aunque los resultados obtenidos con el sistema Vitek fueron mejores que los obtenidos con SENSI.

3- Son necesarios más estudios que incluyan mayor número de cepas resistentes para poder establecer la utilidad de estos dos métodos comerciales en la práctica clínica diaria.

Palabras Clave Vitek, Sensititre,C. neoformans

Nombre Ana Isabel Aller García

Servicio U.G.C. Microbiología ***Hospital*** Universitario Virgen de Valme

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	COMPARACIÓN DE 2 SISTEMAS AUTOMÁTICOS PARA LA DETECCIÓN DE FENOTIPOS DE RESISTENCIA A AMINOGLUCÓSIDOS EN E.COLI
Autores	PALOP B, ROJAS L*, PADILLA E(1), MARTINEZ T.
Centro	HOSPITAL UNIVERSITARIO"SAN CECILIO" (GRANADA). (1) BioMerieux(ESPAÑA).

Resumen

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
El mecanismo más importante de resistencia a los aminoglucósidos en Escherichia coli, consiste en la presencia de una o varias enzimas inactivantes. La presencia de estas enzimas se traduce en un fenotipo de resistencia concreto y el conocimiento de los mismos es indispensable para la lectura correcta del antibiograma en la práctica clínica.
El objetivo de nuestro trabajo es reconocer los diferentes fenotipos de resistencia que existen en las cepas de Escherichia coli aisladas en las muestras de orina que son procesadas en nuestro laboratorio, así como evaluar los dos métodos automatizados disponibles en el mismo.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio prospectivo a partir de 40 cepas de E.coli aisladas en muestras de orina, en las que se identificaba algún patrón de resistencia a aminoglucósidos durante el período comprendido entre noviembre de 2008 a mayo de 2009. Para la identificación y estudio de sensibilidad se utilizó en primer lugar el sistema WIDER (Fco. Soria Melguizo). Las cepas que mostraban un fenotipo de resistencia a aminoglucósidos eran posteriormente reanalizadas mediante otro sistema automatizado VITEK-2 COMPACT(BioMérieux) y de forma manual mediante tiras de E-test (Gentamicina, Tobramicina, Amikacina y Kanamicina) y difusión disco-placa (Neomicina).
Se utilizó como método de referencia los resultados obtenidos mediante CMI por el sistema E-test para los siguientes antimicrobianos: gentamicina, tobramicina, y amikacina. Se añadieron los datos correspondientes a la CMI de kanamicina y neomicina para definir los posibles fenotipos de resistencia implicados y para establecer los criterios de interpretación fenotípica. La interpretación terapéutica se realizó conforme a la normativa CLSI 2009 y CA-SFM 2004.
Se estableció la concordancia en CMI e interpretación terapéutica de ambos sistemas con y sin la intervención de los sistemas expertos en comparación con los obtenidos por el método de referencia.
RESULTADOS:
Los porcentajes de concordancia en interpretación terapéutica de los sistemas Vitek-2 Compact y Wider sin la intervención de los sistemas expertos fue del 94,2 y 79,2%, respectivamente. Se obtuvieron un total de 7 errores menores (gentamicina=1, tobramicina=5 y amikacina=1) por el sitema Vitek-2 Compact y un total de 22 errores menores (gentamicina=1 y tobramicina=21) y 3 errores mayores (gentamicina=1, tobramicina=1 y amikacina=1) para el sistema Wider.
El porcentaje de concordancia de CMI (+/- 2 diluciones) de ambos sistemas en comparación con el sistema de referencia resultó del 100, 100 y 97,5% para la gentamicina, tobramicina y amikacina por el sistema Vitek-2 Compact y del 97,5, 100, y 92,5% para los mismos antimicrobianos por el sistema Wider.
CONCLUSIONES:
1. Se observa un alto nivel de concordancia entre los dos sistemas y el de referencia tanto para la interpretación terapeútica como para la CMI.

Palabras Clave Aminoglucósidos, E. coli

Nombre Begoña Palop Borrás
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital Universitario "San Cecilio"
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	ASOCIACIÓN DE E.coli PRODUCTOR DE BLEE CON OTROS MECANISMOS DE RESISTENCIA
Autores	PALOP B, MARTINEZ T*, ROJAS L, CAMACHO R.
Centro	Hospital Universitario "San Cecilio" (Granada)

Resumen

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE), se definen como enzimas capaces de hidrolizar las cefalosporinas de amplio espectro y los monobactamicos, pero no las cefamicinas o los carbapenemes. El aumento de enterobacterias productoras de BLEE ocurre tanto a nivel hospitalario como en la comunidad. En general, se detectan mayoritariamente en Escherichia coli, sobre todo en pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad.
Las cepas productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) suponen un grave problema terapéutico porque además de ser resistentes a la gran mayoría de betalactámicos presentan altas tasas de resistencia a antimicrobianos de otras familias.
El objetivo de nuestro trabajo es conocer la evolución en la incidencia de cepas de E.coli que producen BLEE a lo largo de los últimos 5 años y además estudiar las tasas de resistencia a diversos grupos de antimicrobianos de dichas cepas y compararlas con las que no producen BLEE, en el mismo periodo de tiempo.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio retrospectivo de los aislamientos con significación clínica de E.coli durante el período comprendido entre enero de 2005 a septiembre de 2009. Para la identificación y estudio de sensibilidad se utilizó el sistema WIDER (Fco Soria Melguizo). Las cepas compatibles con BLEE se confirmaron con tiras de E-test utilizando tiras de Cefotaxima-Cefotaxima+Ácido Clavulánico, Ceftazidima-Ceftazidima+Ácido Clavulánico y Cefepime-Cefepime+Ácido Clavulánico.
Se recogieron los datos de sensibilidad a Cefoxitina, Ciprofloxacino, Tobramicina, Amikacina, Amoxicilina-Clavulánicio, y Trimetoprim-Sulfometoxazol a lo largo de estos últimos 5 años.
RESULTADOS:
En el período de tiempo analizado se han aislado en nuestro laboratorio un total de 13612 cepas de E.coli, de las cuales 1143 (8,39%) eran portadoras de fenotipo BLEE. La distribución a lo largo de estos 5 años fue: 2005 (8,59%), 2006 (7,57%), 2007 (8,26%), 2008 (7,39%) y 2009 hasta septiembre (10,47%). No se observa aumento significativo de los mismos a lo largo de los últimos 5 años, con excepción de este último año, en el que el porcentaje ha sido superior.
Las sensibilidades globales obtenidas a otros antimicrobianos han sido en cepas BLEE/noBLEE las siguientes: Amikacina (97,92%/97,81%); Amoxicilina+Clavulánico (73,40%/79,64%); Cefoxitina (81,01%/89,58%); Ciprofloxacino (28,61%/66,57%); Tobramicina (77,78%/87,32%) y Trimetoprim-Sulfometoxazol (41,96%/56,86%).
CONCLUSIONES:
1. Excepto en la Amikacina, las cepas de E.coli productoras de BLEE son más resistentes a todos los antimicrobianos analizados que las cepas noBLEE.
2. No se aprecia aumento en la incidencia de cepas BLEE en el período analizado en nuestro medio.
3. La elevada resistencia de las cepas de E.coli productoras de BLEE al Ciprofloxacino.

Palabras Clave BLEE, Ecoli

Nombre Begoña Palop Borrás
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital Universitario "San Cecilio"
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**DESCRIPCION DE UN BROTE NOSOCOMIAL POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS.**
Autores	CARAZO C*., CUESTA I., MUÑOZ J.R.
Centro	Unidad de Microbiología. Hospital Médico-Quirúrgico. C.H. de Jaén.

Resumen

INTRODUCCION:
En nuestro hospital las infecciones nosocomiales están sometidas a un Programa de Vigilancia de acuerdo al Protocolo de los Servicios Centrales del SAS, informando a Medicina Preventiva de las EDOs o de microorganismos con determinadas resistencias a antimicrobianos. Con esta activa vigilancia epidemiológica, hemos detectado recientemente un brote por *K.pneumoniae* en la UCI Pediátrica.

MATERIAL Y METODOS:
Tras aislar en 2 días consecutivos, 3 cepas de *K.pneumoniae* en la UCI de Neonatología (2 aislados de sangre y 1 aislado de ex.conjuntival) con el mismo perfil de sensibilidad, se contactó con Medicina Preventiva y con el servicio implicado. Se realizó un estudio epidemiológico con búsqueda de *K.pneumoniae* en el personal de la Unidad mediante toma de muestra de frotis nasal y rectal así como en todos los pacientes, a los que además se realizó frotis conjuntival.
A lo largo de 1 semana aislamos un total de 19 cepas de *K.pneumoniae*, 8 de hemocultivos pertenencientes a 5 neonatos con sepsis, 1 de punta de catéter, 3 de frotis conjuntivales, 4 de frotis rectales y 3 de frotis nasales pertenecientes a 7 neonatos. La identificación y sensibilidad de las cepas se realizó mediante los sistemas automatizados MicroScan (Dade Behring) y Vitek (BioMerieux), enviándose para caracterización molecular al Centro Nacional de Microbiología.

RESULTADOS:
De los 7 neonatos implicados (prematuros, bajo peso, 4 de ellos gemelares), en 5 la cepa de *K.pneumoniae* aislada tuvo un patrón de sensibilidad similar (resistencia a amoxicilina, amoxicilina/clavulánico, cefalotina y gentamicina) por lo que en principio pensamos que era la misma cepa, mientras que en los otros 2 casos si bien, la identificación era la misma y coincidente en el tiempo, la sensibilidad era diferente (sensible a amoxicilina/clavuláncio y gentamicina). Sólo pudieron enviarse al CNM aislados de 6 pacientes, 4 aislados con el primer perfil de sensibilidad (resistencia a amoxicilina/clavulánico y gentamicina) cuyo perfil electroforético por PFGE fue el mismo (Perfil 1 en 3 casos) pero diferente para 1 aislado (Perfil 2); los 2 aislados de diferente sensibilidad tuvieron perfiles electroforéticos diferentes (Perfil 3, Perfil 4), lo que indicaría clones diferentes presentes simultáneamente en la Unidad y no implicados en el brote que describimos.

DISCUSION:
La mejor actuación sin duda, es la prevención; no obstante, una vez detectado un posible brote es fundamental la rápida comunicación de los casos y la actuación conjunta de Microbiología, Medicina Preventiva, Dirección Médica y el Servicio implicado en las medidas a adoptar y en la evaluación de la repercusión de los aislamientos. En nuestro caso, las medidas de prevención adoptadas, normas de aislamiento de contacto, personal de enfermería individualizado, reunión de pacientes infectados/colonizados en el mismo módulo, formación del personal sanitario y uso apropiado de antimicrobianos junto con la precocidad en la detección y actuación conjunta, hizo que la situación estuviese controlada en unos días

CONCLUSIONES:
1. Es fundamental un alto grado de vigilancia para la detección rápida de brotes nosocomiales.

Palabras Clave Brote nosocomial. *Klebsiella pneumoniae*

Nombre Concepción Carazo Carazo
Servicio Microbiología ***Hospital*** C.H. Jaén. Hospital Médico-Quirúrgico
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **EVOLUCION DE LA SENSIBILIDAD DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN UN DECADA**

Autores CARAZO C*., CUESTA I., MUÑOZ J.R.

Centro Unidad de Microbiología. Hospital Médico-Quirúrgico. C.H. de Jaén

Resumen

OBJETIVO:
Analizar la evolución de la sensibilidad antimicrobina en *P.aeruginosa* a lo largo de una década (2000-2009).
MATERIAL Y METODOS:
Hemos realizado un estudio retrospectivo de la sensibilidad de *P.aeruginosa* a los siguientes antimicrobianos: Piperacilina, Piperacilina/Tazobactam, ceftazidima, Imipenem, Gentamicina, Tobramicina, Amikacina y Ciprofloxacina. La identificación y estudio de sensibilidad se realizó mediante microdilución con paneles Wider (Soria Melguizo) hasta el mediados del año 2008 y posteriormente MicroScan (Dade Behring).
RESULTADOS:
Se estudiaron un total de 1826 cepas, de las cuales 57 pertenecían al año 2000, 168 (año 2001), 237 (2002), 220 (2003), 177 (2004), 172 (2005), 186 (2006), 222 (2007), 209 (2008) y 178 (hasta Agosto 2009). De los antimicrobianos analizados destacamos que los aminoglucósidos son los que, actualmente en conjunto, presentan mayor sensibilidad (amikacina es el que menor resistencia presenta dentro de ellos). En estos momentos y en nuestra área tras la amikacina el antimicrobiano que presenta mayor sensibilidad es la Piperacilina/Tazobactam con un 80% de cepas sensibles mientras que ceftazidima presenta un 68,39%, imipenem un 54,49% y ciprofloxacina un 40,89% de sensibilidad.
CONCLUSIONES:

1. A partir del año 2005 se constata una disminución en la sensibilidad a imipenem, situándose en estos momentos en el 54,49%.
2. Amikacina es el antimicrobiano que presenta mayor sensibilidad en *P.aeruginosa*

Palabras clave : *Pseudomonas aeruginosa*. Sensibilidad

Nombre Concepción Carazo Carazo
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hosp..Médico-Quirúrgico. C.H. Jaén
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN LA EDAD PEDIATRICA
Autores	CARAZO C*., CUESTA I., MUÑOZ J.R.
Centro	Unidad de Microbiología. Hospital Médico-Quirúrgico. C.H. de Jaén

Resumen

OBJETIVO:
Conocer la distribución de serotipos de *Streptococcus pneumoniae* aislados en la edad pediátrica (0 – 14 años) y su sensibilidad a penicilina.
MATERIAL Y METODOS:
El estudio se ha realizado sobre un total de 77 cepas de *S.pneumoniae* aislados en diferentes muestras clínicas en pacientes con edades comprendidas entre 0 y 14 años (clasificados en 4 grupos según la edad: ≤ 1 año, 2-5 años, 6-9 años y de 10 – 14 años).
Todas las cepas se enviaron al laboratorio de referencia de Neumococos del Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda para su serotipado.
La determinación de la sensibilidad a Penicilina se realizó mediante E-test, siguiendo las recomendaciones y los criterios interpretativos del CLSI.
RESULTADOS:
De los 77 aislados de neumococos, 22 pertenecían al grupo de edad ≤ 1 año, 39 (edad 2 – 5 años), 15 cepas (grupo de edad 6 –9 años) y sólo 1 cepa al grupo de 10- 14 años.
Las muestras en que se aislaron estas cepas fueron: sangre (13 aislados), LCR (2), L.pleural (4), Necropsia (1), Absceso mastoides (1), ex.ótico (22), ex.conjuntival (19), ex.nasal (12), ex.faríngeo (2).
El serotipo predominante en este grupo de edad ha sido el 19 A (19 cepas, lo que supone un 24,67%), seguido de 8 cepas no serotipables (10,39%), el serotipo 1 (con 7 cepas, un 9,1%), y los serotipos 6 A y 3, con 5 cepas cada uno. Todos estos serotipos mayoritarios no están incluidos en la vacuna conjugada heptavalente Prevenar® utilizada habitualmente en la edad pediátrica. Sólo 15 de las 77 cepas estudiadas pertenecen a un serotipo incluído en dicha vacuna (19,48%).
En cuanto a la sensibilidad a penicilina, al considerar los nuevos puntos de corte establecidos por el CLSI para este antimicrobiano en aislados meníngeos, se obtuvo sensibilidad CMI ≤ 0,06 en el 68,83% de las cepas, cepas con resistencia intermedia (CMI 0,12 –1 µg/ml) en 27,27% y 3 cepas con CMI= 2 µg/ml (3,89%), no encontrándose aislados con CMI superior a 2 µg/ml; no obstante, si consideramos la interpretación para aislados no meníngeos todas las cepas fueron sensibles aunque 3 de ellas presentaron CMI = 2 µg/ml.
CONCLUSIONES:

1. Los serotipos predominantes en la edad pediátrica no están incluidos en la vacuna conjugada heptavalente.
2. Considerando criterios de interpretación meníngeos, sólo el 3,89% de las cepas son resistentes a Penicilina (CMI =2 µg/ml).
3. Aplicando criterios de interpretación no meníngeos, todas las cepas de *S.pneumoniae* son sensibles a penicilina.

Palabras clave : *Streptococcus pneumoniae*. Serotipos. Sensibilidad Penicilina

Nombre Concepción Carazo Carazo
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hosp. Médico-Quirúrgico. C.H. Jaén
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**INCIDENCIA DE *S. AUREUS* METICILINA RESISTENTE VERSUS *S. AUREUS*, ANÁLISIS DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD.**
Autores	**C. CASTRO, A. ALLER, A. MARTOS, A. GONZÁLEZ, M.T. GONZÁLEZ, E. MARTÍN-MAZUELOS.**
Centro	**U.G.C. MICROBIOLOGÍA DEL H. U. VALME, SEVILLA.**

Resumen

OBJETIVO:
Valorar la incidencia de *S. aureus* meticilina resistente (SAMR) versus el número total de aislamientos de *S. aureus* en el hospital del Tomillar (Sevilla) así como el patrón de sensibilidad que presentan frente a distintos antibióticos.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudiamos 150 pacientes que presentan algún aislamiento de *S. aureus* (n=254) considerándose únicamente el primer aislamiento de cada paciente para establecer la incidencia y el patrón de sensibilidad. La población estudiada presenta pluripatología crónica, edad avanzada y repetidos ingresos en el Hospital del Tomillar. El periodo de tiempo estudiado es el comprendido entre Enero del 2006 y Diciembre del 2008. Todos los aislamientos han sido identificados mediante la tarjeta GP y su patrón de sensibilidad mediante las tarjetas AST-536 y AST-559 analizadas en el sistema automático Vitek 2 Compact® (BioMerieux), siguiendo las indicaciones del fabricante.
RESULTADOS:
Del total de 150 pacientes estudiados en 96 se han aislado SARM en al menos una muestra clínica (n=169 aislamientos). El porcentaje de pacientes con SARM por cada año estudiado es de un 63% en el 2006, 43% en el 2007 y 76.4% en el 2008. El patrón de sensibilidad que presentan los distintos aislamientos de SARM es el siguiente: ciprofloxacino presentó un porcentaje de resistencia que no varió en el periodo estudiado (96-100%), mupirocina presentó una disminución del porcentaje de resistencia de un 33% a un 13%, clindamicina y eritromicina un porcentaje variable a lo largo de los 3 años estudiados (50, 77.9 y 52.3%) y (68, 94.4 y 85%) respectivamente. Todos los aislamientos de SARM han sido sensibles a linezolid, rifampicina, trimetroprim-sulfametoxazol, teicoplanina y vancomicina (100%).
CONCLUSIONES:

1. Observamos una alta incidencia de SARM en nuestro hospital probablemente debido al tipo de paciente pluripatológico estudiado, a la alta presión antibiótica a la que están sometidos y a la estancia hospitalaria prolongada.
2. Encontramos un alto índice de resistencia a ciprofloxacino (>96%), seguido de eritromicina, clindamicina y muy bajo índice de resistencia frente a mupirocina.

Palabras Clave SARM

Nombre Carmen Castro Méndez
Servicio UGC Microbiología ***Hospital*** H.U. Valme
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DEL GENOTIPO DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) EN VERRUGAS ANOGENITALES INFANTILES**
Autores	BLANCO BLANCO MT, GIL DE SOLA LETANG F, LINARES BARRIOS M[(1)], LOZANO DOMÍNGUEZ MC*, FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, C.
Centro	Servicios de Microbiología y Dermatología[(1)], Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen

INTRODUCCIÓN:
En este trabajo presentamos dos casos clínicos de dos niños, un niño de 7 años y una niña de 6, que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta del Mar, a consulta por lesiones perianales de más de seis meses de evolución en uno de los casos y de más de tres en el otro.
En ninguno de los casos existían antecedentes maternos de infección por VPH y/o verrugas vulgares previas en los niños ó sus familiares.
MATERIAL Y MÉTODO:
Se realizó una anamnesis detallada y exploración física dirigida de los dos niños, que presentaban lesiones perianales y nasales, con el fin de excluir posibles signos de abuso sexual. Se desestimó rectoscopia.
Los padres fueron informados inicialmente sobre las posibles vías de transmisión del VPH y la importancia de excluir un abuso sexual.
Se enviaron a Microbiología frotis de las lesiones perianales y nasales para su estudio; la detección del VPH se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) sobre la región L1 (ORF) con iniciadores de consenso MY09/11 y el genotipado mediante polimorfismo de la longitud de los fragmentos de restricción (RFLP).
RESULTADO Y DISCUSIÓN:
Se detectó en ambos casos ADN de VPH 2, tanto en las lesiones perianales como las nasales; esta determinación fue posible gracias a que el sistema utilizado incluye la detección genérica del VPH.
Se trataron con Imiquinod tópico hasta curación con excelente evolución y resolución.
Se descartó abuso sexual.
Las vías de acceso del VPH al área anogenital infantil son las siguientes:

- Vía perinatal: canal del parto. Genotipos 6, 11, 16 y 18.
- Por auto ó heteroinoculación: verrugas vulgares en las manos de los niños, familiares ó cuidadores. Genotipo 2, transmisión inocente, aunque no excluye necesariamente la posibilidad de un abuso sexual.
- Transmisión sexual. Genotipos mucosos.

CONCLUSIÓN:
Se demuestra la importancia de la determinación del genotipo del VPH en el estudio de las verrugas anogenitales infantiles.
Estos genotipos son indetectables con la mayoría de las técnicas comerciales en uso. Todos los sistemas deberían incluir una determinación genérica de VPH que permita detectar la presencia de un genotipo diferente a los incluidos.
El genotipo 2 lo hemos detectado siempre en niños, todos procedentes del Servicio de Dermatología.

Palabras Clave **Virus Papiloma Humano, Verrugas anogenitales.**

Nombre Clotilde Fernández Gutiérrez del Álamo
Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** Puerta del Mar
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS AÑOS DE LOS RESULTADOS DEL CONTROL SEROLÓGICO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DE LAS GESTANTES**
Autores	**FREYRE C*, MERINO L., SÁNCHEZ M., MARTÍN A., AZNAR J.**
Centro	Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Resumen

OBJETIVO:
El cronograma establecido para el control serológico de enfermedades de transmisión sexual en la mujer embarazada incluye las determinaciones de anticuerpos frente a VIH, sífilis y HbsAg. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar los resultados de las determinaciones serológicas a las gestantes del área sanitaria correspondientes al Hospital Universitario Virgen del Rocío.
MATERIALES Y MÉTODOS:
Se han recogido los datos de las determinaciones serológicas a VIH, sífilis y HbsAg, realizadas a las gestantes en el área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante los años 2007 y 2008. Los datos se obtuvieron mediante el sistema informático estadístico Omnium (Roche) y se analizaron con bases de datos en Excel y Access (Microsoft Office).
RESULTADOS:
Durante el año 2007 se realizaron un total de 8283 serologías de gestantes, pertenecientes a 7199 embarazadas. En todas las gestantes se realizaron las determinaciones a sífilis y VIH, no siendo así en el caso de 415 gestantes donde no se pudo estudiar el HbsAg. En el año 2008 se realizaron 8581 serologías de embarazo de 7421 gestantes y en todas ellas se estudiaron todos los marcadores. En el año 2007 se detectaron 11 casos de embarazadas VIH positiva (0.15%), 20 sífilis positivas (0.28%) y 32 con HbsAg positivas (0.44%). Hubo un caso de coinfección VIH y sífilis. En el año 2008 el número de gestantes con serología positiva a VIH, sífilis y HbsAg fue de 11 (0.15%), 18 (0.24%) y 26 (0.35%) casos respectivamente, encontrándose también 1 caso de coinfección VIH y sífilis. En cuanto a Rubeola y Toxoplasma, hubo 6755 y 963 gestantes con serología positiva respectivamente (93% y 13%), porcentajes que se mantuvieron en el 2008.
CONCLUSIONES:
Hay un ligero incremento en el número de embarazadas en el año 2008 con respecto al año 2007 (3%) que se corresponde con el aumento en el número de determinaciones en ese año. Aunque no se detecta un aumento en el número de ETS diagnósticadas en gestantes, son a tener en cuenta los casos de infectadas por VIH, sífilis ó HbsAg, dado que se suele tratar de embarazos no controlados.

Palabras Clave Gestantes, ETS, serología

Nombre Carolina Freyre Carrillo
Servicio Laboratorio de Microbiología ***Hospital*** HHUU Virgen del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA SEROLÓGICO ESTABLECIDO EN LA MUJER EMBARAZADA**
Autores	**FREYRE C*, MERINO L., MARTÍN A., SÁNCHEZ M., AZNAR J.**
Centro	Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Resumen

OBJETIVO:
La función de realizar un control serológico en las gestantes es prevenir las consecuencias para la salud que se derivan de la transmisión vertical de ciertos agentes infecciosos. El cronograma establecido conlleva una primera analítica durante el primer trimestre que incluye VIH, Rubéola, Toxoplasma, sífilis y HbsAg. Sólo en los casos con factores de riesgo se repetirán sífilis y VIH y se realizará una segunda determinación de HbsAg en el tercer trimestre. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar el cumplimiento en la solicitud de los marcadores serológicos del cronograma establecido a las gestantes del área sanitaria correspondientes al Hospital Virgen del Rocío.
MATERIAL Y MÉTODO:
Se analizaron las solicitudes de serología de gestantes realizadas en el área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante los años 2007 y 2008. Los datos se obtuvieron del sistema informático estadístico Omnium (Roche). Se revisaron los marcadores solicitados, en cuántas embarazadas hubo repetición de alguno de ellos y cuál fue la serología solicitada en tales circunstancias. Estos datos se analizaron con bases de datos en Excel y Access (Microsoft Office).
RESULTADOS:
En el año 2007, llegaron al laboratorio de Microbiología peticiones serológicas de un total de 7199 gestantes.
En el tercer trimestre de embarazo se repitieron 968 solicitudes (13% del total) que incluían VIH, sífilis y HbsAg además de rubeola y toxoplasma. No disponemos de datos para saber si se tratan de gestantes con factores de riesgo. Todas estas gestantes habían sido VIH negativo, 5 fueron HbsAg positivos y 3 sífilis positiva (0%, 16% y 15% frente al total de embarazadas diagnosticadas respectivamente). El 95% de las solicitudes repetidas (929 casos) ya habían presentado resultados de IgG positivos a rubeola y el 13% (126 casos) a toxoplasma. En el año 2008, de un total de 7421 embarazadas, fueron 1074 (14%) las embarazadas con determinaciones repetidas en el tercer trimestre. Todas ellas incluían la solicitud de los 5 marcadores. Todas habían sido VIH negativas, 5 HbsAg positivas y 4 sífilis positiva (0%, 19% y 22% con respecto al total de embarazadas diagnosticadas). En cuanto a rubeola y toxoplasma el 98% de las repeticiones (1052 casos) y el 11% (119 casos) respectivamente habían presentado previamente IgG positiva.
CONCLUSIONES:
En control serológico de las gestantes conlleva las determinaciones de una serie de marcadores en concretos periodos del embarazo. Hemos detectado que prácticamente en el total de gestantes en las que se solicita la repetición en el tercer trimestre de alguno de los marcadores VIH, sífilis o HbsAg, se vuelve a solicitar toda la serología completa correspondiente al primer trimestre independientemente del resultado obtenido en éste, siendo importante revisar este tema con los servicios prescriptores.

Palabras Clave Gestantes, cronograma serológico.

Nombre Carolina Freyre Carrillo
Servicio Laboratorio de Microbiología ***Hospital*** HHUU Virgen del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	DISTRIBUCIÓN DE SEROTIPOS en Streptococcus agalactiae
Autores	Cabrera J, Miranda C, Gonzalez E, Liébana* C, Rodriguez-Granger J, Navarro JM
Centro	MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Proyecto DEVANI EUROPEO Nº 200481 FP7 HEALTH 2007 tiene por objetivo diseñar una vacuna para inmunizar a los neonatos frente a la infeccion por Streptoccoccua agalactiae (EGB). Para el desarrollo de esta vacuna es necesario conocer cuáles son los serotipos circulantes en las mujeres gestantes de nuestro medio y los serotipos implicados en el desarrollo de infecciones neonatales.
OBJETIVO:
Conocer la distribución de los serotipos de EGB en embarazadas y en recién nacidos con enfermedad neonatal.
MÉTODOS:
Se obtuvieron cultivos puros en Agar Sangre de las cepas de EGB obtenidas de 187 muestras vaginorrectales de gestantes entre marzo y agosto de 2008 en el Hospital Virgen de las Nieves y 22 muestras de recién nacidos con enfermedad neonatal por EGB entre mazo de 2008 y Mayo de 2009 aisladas en diferentes hospitales de nuestra Comunidad Autonoma. A partir de estos cultivos puros se determinó el serotipo de las cepas mediante la técnica de coaglutinación con partículas de látex utilizando Strep-B-Latex slide agglutination test (Statenserum Institut,DenMark) con una modificacion sobre las instrucciones del fabricante (Metodo Efstratiou).
RESULTADOS:
Se analizaron 187 cepas de gestantes de las cuales 39 (20.74%) pertenecían al serotipo Ia, 6 (3.19%) al serotipo Ib, 24 (12.77%) al serotipo II, 53 (28.19%) al III, 11 (5.85%) al IV, 29 (15.43%) al V, 2 (1.06%) al serotipo VIII, 10 (5.32%) al IX y 14 (7.45%) fueron consideradas no tipables.Entre las cepas invasivas se obtuvieron 6 pertenecientes al serotipo Ia (27.27%), 13 del serotipo III (59.09%), 2 del serotipo IV (9.09%) y 1 del serotipo V (4.55%). Entre las cepas obtenidas de gestantes los serotipos más frecuentes fueron el Ia, III y V, representando en conjunto un 64.36% del total, mientras que entre las cepas invasivas el serotipo más frecuente fue el III, seguido del Ia y sólo se detectó un caso de enfermedad neonatal causada por una cepa del serotipo V.
CONCLUSIONES:
Comparado con previos estudios de serotipado en nuestra poblacion detectamos un incremento en la circulacion de serotipos IV y V en gestantes.

Palabras Clave EGB, serotipo

Nombre Carmen Liébana Martos
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	HOSPITALIZACIONES INFANTILES POR VARICELA EN EL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES
Autores	Gómez C, Torres E*, Liébana C, Mazuelas P, Rivera MA, Perez Ruiz M, Rodriguez-Granger J, Navarro JM.
Centro	MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Resumen

INTRODUCCIÓN:

La varicela es una enfermedad infecciosa producida por el virus varicela zóster que afecta principalmente a niños. Aunque se clasifica como enfermedad benigna, existen complicaciones que no sólo se desarrollan en niños inmnunodeprimidos, sino también en inmunocompetentes. Cada año la varicela supone en España alrededor de 1000 hospitalizaciones y 5-6 muertes. En Andalucía, el calendario vacunal incluye la vacunación para varicela de niños entre 11 y 12 años.

OBJETIVO:

Analizar las características clínicas y las complicaciones de los casos de varicela infantil que requirieron hospitalización entre los años 2005 y 2008 en el Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de las Nieves.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2005-2008.Se seleccionaron las historias clinicas de los casos de niños entre 0-14 años de edad que se diagnosticaron de varicela y requirieron ingreso hospitalario a través de los datos de CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).Se recopilan datos fecha de declaración del caso, edad, sexo, y patología del paciente (enfermedad de base e inmunosupresión),tratamiento administrado al paciente, las complicaciones de la enfermedad, tiempo de ingreso y el resultado de la enfermedad. El diagnostico de varicela se hizo por inmunofluorescencia, cultivo celular o PCR dependiendo de la muestras enviadas al laboratorio.

RESULTADOS:

En el periodo de estudio se registraron 56 casos de varicela distribuidos de la siguente forma: 9 casos en 2005, 30 casos en 2006, 5 casos en 2007 y 13 casos en 2008. El mayor número de casos se registró entre los meses de Mayo y Julio, representando un 67,9% del total de los casos. Los niños con edades comprendidas entre los 1 y los 5 años fueron los que se vieron afectados más frecuentemente por la enfermedad: 25/56 casos (44,6%), no existiendo diferencias entre los dos sexos (50% de casos en niños y en niñas). Se registraron complicacines de la varicela en 39 de los 56 casos (69,6%). Las complicaciones derivadas de la varicela más frecuentes fueron las cutáneas con un 46,15% (18/39 casos), seguidas de las respiratorias y neurológicas con un 20,51%, (8/39 casos). Se detectó un caso de shock tóxico por S.pyogenes y dos casos de sepsis, uno por S.pygenes y otro por coinfección por S. pyogenes y S. aureus, en ambos casos de origen cutáneo. El grupo de edad en que se produjeron mayor número de complicaciones fue el de entre 1 y 5 años (31/39 casos). En este grupo de edad las complicaciones más frecuentes fueron las cutáneas, sin embargo en los >5 años, se registraron más frecuentemente complicaciones neurológicas. En los dos casos en los que existía inmunosupresión no se produjeron complicaciones de la varicela. Tampoco se detectó una relación clara entre ninguna patología de base y el desarrollo de complicaciones. No se produjo ninguna muerte por varicela. En dos casos las complicaciones tuvieron un resultado de curación con secuelas, un caso que requirió rehabilitación tras una complicación neurológica y otro caso en que una lesión en la mandíbula persiste tras un mes desde la curación de la varicela. El resto de los casos se resolvió con la curación de la enfermedad sin secuelas. El tiempo medio de ingreso fue de 5,17 días. En sólo dos casos se dio el alta al paciente el mismo día, sin embargo en 17 casos el ingreso fue de 7 o más días. Recibieron tratamiento antiviral con aciclovir 25 niños (44,6%) del total. Entre ellos, los niños de <1 año, recibieron tratamiento antiviral en un 85,71% (6 de los 7 casos). Los niños mayores de 1 año recibieron tratamiento en un 40,8% (20 de los 49 casos).

CONCLUSIONES:

La vigilancia de los casos de varicela infantil y sus complicaciones en los distintos grupos de edad es necesaria para la evalución de la eficacia de la introducción de la vacuna en el calendario vacunal, y el establecimiento de estrategias alternativas si fuera necesario.

Palabras Clave varicela, hospitalizaciones.

Nombre Carmen Liébana Martos

Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ENSAYO DE MODIFICACIÓN DEL VALOR UMBRAL EN UN SISTEMA DE CRIBADO DE UROCULTIVOS BASADO EN UN MODELO DE PREDICCIÓN DE RESULTADOS NEGATIVOS**
Autores	**MC MARTÍNEZ-RUBIO*, MJ ESPINOSA, MJ CASTRO, S PEREZ-RAMOS, MA RODRÍGUEZ-IGLESIAS**
Centro	Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitario de Puerto Real.

Resumen

Introducción.
El estudio diagnóstico de la infección urinaria genera en los laboratorios de Microbiología un elevado número de muestras para cultivo. Esto hace que se considere interesante un cribado previo al cultivo que sea fiable y tenga el mayor valor predictivo negativo posible. El sistema UF1000i (Sysmex) está basado en técnicas de citometría, lo que proporciona alta sensibilidad en todos sus canales. Como ventaja adicional incluye trabajar con tubo primario y una conexión bidireccional a "tiempo real" con el sistema informático instalado en nuestro laboratorio (Omega y eMicro, Roche). En un estudio previo se ha realizado un modelo para valorar un punto de corte en el parámetro que mide la presencia de bacterias de modo que se obtengan un valor predictivo negativo aceptable a la vez que reduce el número de muestras procesadas con cultivo convencional. De este modo se obtuvo un valor máximo de verosimilitud de 770 para el parámetro bacteria ("bac"), por encima del valor 500 considerado como convencional por el fabricante. En este trabajo se evalúa este nuevo valor de corte entre febrero y septiembre de 2009, estableciendo dos periodos de tiempo (A:feb-abr y B:may-sep) con un número de muestras similar en los cuales existieron condiciones de trabajo variables en función del número de muestras recibidas y operadores del sistema, con el fin de establecer la solidez del procedimiento.
Métodos.
Se han estudiado un total de 8.784 muestras de orina recibidas en el laboratorio para estudio bacteriológico. Dichas muestras se han mantenido refrigeradas a 4ºC hasta su procesamiento en el UF1000i. Las muestras han sido divididas en dos periodos de tiempo, correspondiendo 4473 al periodo A y 4311 al periodo B. Los puntos de corte establecidos, en función de los resultados previos obtenidos en el modelo, fueron 52 para leucocitos, 75 para hematíes y 54 para células epiteliales y 770 para bacterias. El rendimiento global de cada determinación se ha valorado mediante el cálculo del área bajo la curva ROC usando como patrón de referencia el resultado del cultivo.
Resultados.
Un total de 464 muestras presentaron un valor "bac" entre 500 y 770 (5,2%), de las cuales 377 (81,2%) dieron cultivo negativo y 53 (11,4%) cultivo mixto no valorable clínicamente. Las 23 muestras restantes (4,9%) presentaron cultivo positivo. Diez de ellas (2,1%) presentaban todos los parámetros de medición por debajo del modelo propuesto y pueden considerarse como verdaderos falsos negativos, aislándose *E. coli* (5), *Enterococcus* spp (3) y *Staphylococccus aureus* (2). Las 13 muestras restantes (2,8%) aunque dieron un valor "bac" por debajo de 770 presentaban otros parámetros positivos. En este grupo las bacterias aisladas fueron *E. coli* (6), *Streptococcus agalactiae* (4), *Staphylococcus saprophyticus* (2) y *Enterococcus* spp (1). No se observaron diferencias significativas entre los periodos estudiados en la proporción de muestras incluidas entre 500 y 770 (4,9% vs 5,6%) y tampoco se observaron diferencias en el número de falsos negativos (5 en cada periodo).
Conclusiones.
Elevar el valor "bac" al valor 770 en el cribado de orinas mediante UF1000i incrementa el número de falsos negativos únicamente en un 0,2% con una disminución del 5,2% en muestras procesadas. Consideramos que estos resultados validan nuestra propuesta y permiten reducir el número de muestras de orinas procesadas de pacientes con infecciones urinarias no complicadas.

Palabras Clave UROCULTIVOS, UF1000, CRIBADO

Nombre Carmen Martínez Rubio
Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario de Puerto Real
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

***Título*:**	INCIDENCIA Y SENSIBILIDAD DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE UCI. H. U. NEUROTRAUMATOLÓGICO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Autores	C. Roldán*, J. Gassó, T. Martinez-López, F. Capiscol y R Arroyo
Centro	Unidad Microbiologia Hospital Universitario Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Pseudomonas aeruginosa es un microorganismo oportunista frecuentemente implicado en infecciones nosocomiales, en especial en pacientes con enfermedades graves y con tratamiento antimicrobiano previo. Debido a la capacidad de adquirir nuevos mecanismos de resistencia, en los últimos años se ha producido un aumento en la detección de *P. aeruginosa* multirresistente, lo que conlleva un aumento en la morbi-mortalidad.
OBJETIVO:
EL propósito de este estudio es conocer la incidencia de infección por *Pseudomonas aeruginosa*, así como el estudio de la sensibilidad de los aislamientos procedentes de muestras clínicas de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Neurotroaumatológico del Complejo Hospitalario de Jáen durante los últimos 36 meses
MATERIAL Y MÉTODOS:
Hemos realizado un estudio retrospectivo durante los últimos tres años, de los aislamientos de *P. aeruginosa* obtenidos de muestras clínicas de pacientes ingresados en la UCI cuyo origen: 53.3% muestras respiratorias, 43.1% exudados de heridas, 2% orina, 0.5% catéter y 1% LCR. La identificación y pruebas de sensibilidad se realizaron con el sistema semiautomático (microdilución) MicroScan® Siemens siguiendo las normas CLSI.
RESULTADOS:
Los aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa* realizados han sido 2007: 116, 2008: 89 y en 2009: 57
Se ha observado una disminución progresiva de la incidencia de infecciones por *P. aeruginosa* en los aislamientos de pacientes de UCI. 2007: 13.8%; 2008: 12.8% y en 2009: 10.16% suponiendo dentro de las infecciones por gramnegativos 20.13%, 19.3% y 16.4% respectivamente.
P. aeruginosa resistentes a Imipenem se detectaron en 2007: 31.8% ,2008: 33.8% y 2009:46.7%
El perfil de sensibilidad de *P. aeruginosa* resistente a Imipenem, actualmente es de 38% Ciprofloxacino, 57% Cefepime, 62% Ceftazidima, Aztreonam y Piperacilina/tazobactam y 86% Tobramicina y 81% Amicacina, siendo para las cepas imipenem sensibles: 92% Ciprofloxacino, 62% Aztreonam, 100% Cefepime, Ceftazidima, Piperacilina/tazobactam, Amicacina y Tobramicina.
CONCLUSIONES:
Se observa una disminución de infecciones por *P. aeruginosa* en la UCI del HNT.
Existe un importante aumento de cepas resistentes a Imipenem.
P. aeruginosa resistente a Imipenem muestra un nivel de resistencia significativamente superior a fluorquinolonas y betalactámicos antipseudomónicos.
Los aminoglucósidos se muestran como los antibióticos mas efectivos in vitro para estas cepas.

Palabras Clave *Pseudomonas aeruginosa.* Infección UCI. Resistencia Carbapenemas

Nombre Carolina Roldán Fontana
Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** Neurotraumatológico. C.H.Jaén
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE N*eisseria gonorrhoeae* EN EL PERIODO 2000-2009.**
Autores	GARCIA MORENO, E.; MORALES TORRES, M.; RODRÍGUEZ MARESCA, M.; SÁNCHEZ-YEBRA ROMERA, W.; CABRERA VALIDO, H.; GRAU GALVEZ, M.; EXTREMERA GARCIA, M.J.
Centro	C.H.Torrecárdenas. Almería.

Resumen

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS

Neisseria gonorrhoeae (NG) ha mostrado una gran capacidad para desarrollar resistencia frente a los antimicrobianos (1). En la década de los 90 se empezaron a describir cepas resistentes a quinolonas, sobre todo en el sureste asiático(2), lo que desaconsejó el uso de las fluoroquinolonas como antibióticos de primera elección (3). Recientemente, se han documentado fracasos terapéuticos con cefalosporinas orales de 3ª generación (4), tratándose de cepas con CMI aumentada frente a cefalosporinas de 3ª generación incluyendo ceftriaxona, aunque en la actualidad no se han descrito fracasos clínicos con el uso de esta última.

Hemos analizado los datos de sensibilidad antibiótica de las cepas de gonococo aisladas en nuestro laboratorio desde el año 2000 con el fin de conocer la sensibilidad de NG a los antibióticos en nuestro medio.

MÉTODOS

Aislamientos de NG. Se analizaron de 42 cepas aisladas consecutivamente en el periodo 2000-2009 provenientes de Atención Primaria y 3 cepas en el periodo 2005-2009 provenientes de nuestro hospital. Los datos de los pacientes fueron: edad media de 40.2 años (rango 24, 72); sexo: 38 hombres (84.4 %) y 7 mujeres (15.6%); procedencia: autóctonos 32 (71.1%) y extranjeros 13 (28.9%).

Estudio de sensibilidad antibiótica. Se realizó mediante difusión disco-placa siguiendo las recomendaciones del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). La presencia de β-lactamasa se investigó con discos de nitrocefina (Cefinase™, BBL).

RESULTADOS

Los resultados de sensibilidad antibiótica fueron (antibiótico cepas ensayadas/cepas sensibles (% sensibles): penicilina 44/20 (45.4%); ceftriaxona 45/45 (100%); ciprofloxacino 44/31 (70.4%); tetraciclina 20/10 (50%); trimetoprim-sulfametoxazol 38/18 (47.4%). Todas las cepas resistentes a penicilina fueron productoras de β-lactamasa.

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos confirman el abandono de las fluoroquinolonas como alternativa al tratamiento con ceftriaxona.
- La descripción en la literatura de fracasos terapéuticos con el uso de cefalosporinas de 3ª generación, nos obligaría en lo sucesivo a incluir en el antibiograma de rutina frente a NG la realización de CMI frente a estas cefalosporinas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Workowski KA, Berman SM, Douglas JM. Emerging antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae: Urgent need to strengthen prevention strategies. Ann.Intern.Med. 2008;148(8):606-613.

(2) Vazquez F, Otero L, Ordas J, Junquera ML, Varela JA. Up to date in sexually transmitted infections: epidemiology, diagnostic approaches and treatments. Enferm.Infecc.Microbiol.Clin. 2004 Aug-Sep;22(7):392-411.

(3) Tapsall JW. Neisseria gonorrhoeae and emerging resistance to extended spectrum cephalosporins. Curr.Opin.Infect.Dis. 2009;22(1):87-91.

(4) Muratani T, Akasaka S, Kobayashi T, Yamada Y, Inatomi H, Takahashi K, et al. Outbreak of cefozopran (penicillin, oral cephems, and aztreonam)-resistant Neisseria gonorrhoeae in Japan. Antimicrob.Agents Chemother. 2001 Dec;45(12):3603-3606.

Palabras Clave Neisseria gonorrhoeae. Resistencia antibiótica.

Nombre Emilia García Moreno

Servicio Análisis Clínicos ***Hospital*** C.H. Torrecárdenas

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

Título	**DETECCION DE *CANDIDA SPP*, *TRICHOMONAS VAGINALIS* Y *GARDNERELLA VAGINALIS* MEDIANTE HIBRIDACION CON SONDAS DE DNA(AFFIRM VPIII BD)**
Autores	**GONZALEZ E*, TORRES E, SERRANO ML, MIRANDA C, MARTIN E, CABRERA J**
Centro	Servicio de Microbiologia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Resumen

Introducción/Objetivos

El diagnostico de vaginitis por *Candida spp*, *Trichomonas vaginalis* y vaginosis bacteriana se ha realizado habitualmente por cultivo y/o examen microscópico.

Analizamos la detección de *Candida spp* , *T. vaginalis* y *Gardnerella vaginalis* por hibridación con sondas de DNA con el test Affirm VPIII BD respecto al cultivo de *Candida spp* y *T. vaginalis* y a la tinción de Gram como método diagnostico de vaginosis bacteriana.

Métodos

Los exudados vaginales se remitieron de Agosto de 2008 a Marzo de 2009.Se analiza la presencia de *Candida spp* y *T. vaginalis* mediante cultivo y Affirm VP III en 592 y 586 exudados respectivamente. En los 113 primeros exudados se evaluó la detección de vaginosis bacteriana mediante hibridación y de acuerdo a los criterios de Nugent.

El cultivo se realizo según protocolo habitual del laboratorio. El aislamiento de *Candida spp* se hizo en Cromogen Candida y/o Agar chocolate , y el cultivo de *T. vaginalis* en Cultrich Trichomonas Médium. El test Affirm VPIII ,que detecta simultáneamente *Candida spp*, *T.vaginalis* y *G. vaginalis* como indicador de vaginosis bacteriana , se realizo siguiendo las instrucciones del fabricante.

Resultados

Se estudio *Candida spp* por cultivo e hibridación en 592 muestras , en 133 muestras se detecto por ambos métodos , en 8 solo por hibridación y en 20 solo por cultivo en algunas de estas el aislamiento de *Candida spp* fue muy escaso . La sensibilidad y la especificidad fueron 86% y 98.7% respectivamente.

De 113 muestras en las que se evaluó vaginosis bacteriana , en 37 los resultados fueron indicativos de vaginosis por ambos métodos, solo por hibridación en 8 y en 2 solo por los criterios de Nugent. Siendo la sensibilidad y la especificidad 94% y 89% respectivamente.

Se detectaron *T. vaginalis* por cultivo e hibridación en 7 de 586 muestras estudiadas , en las otras 579 el cultivo y la hibridación fueron negativas.

Conclusiones

Candida spp , *T. vaginalis* y vaginosis bacteriana son la causa mas habitual de vaginitis infecciosa en la población adulta, por sus características el test Affirm VPIII es un método alternativo a la tinción de Gram y al cultivo para detección de estas vaginitis. Otros métodos diagnósticos se utilizaran adicionalmente cuando exista indicación para ello.

La técnica es rápida y no compleja, permite disminuir el tiempo de emisión del resultado y es accesible a la mayoría de los laboratorios.

Palabras Clave Vaginitis, Candida, Trichomonas, Vaginosis, Diagnostico

Nombre Eva González Cid

Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	EVALUACIÓN DE UNA TÉCNICA COMERCIAL DE PCR EN LA IDENTIFICACIÓN DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (SA) RESISTENTE A METICILINA (SAMR) EN MUESTRAS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.
Autores	GONZALEZ E*, TORRES E, MIRANDA C, ROJO MD, SERRANO ML, CABRERA J, GARCÍA M, NAVARRO JM.
Centro	Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:

La identificación rápida de SAMR es fundamental en una época en la cual las infecciones comunitarias por este microorganismo están aumentando y en la que se está documentando la inferioridad de los tratamientos con antibióticos no betalactámicos. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de Xpert MRSA-SA SSTI (Cepheid Innovation), una técnica de PCR a tiempo real capaz de detectar en una hora SA/MRSA en muestras de piel y tejidos blandos, comparándola simultáneamente con los métodos convencionales de cultivo y de sensibilidad a cloxacilina.

MÉTODOS

Se estudiaron 30 muestras (16 exudados de herida, 5 abscesos, 5 líquidos articulares, 3 líquidos periprotésicos y 1 líquido abdominal) correspondientes a un mismo número de pacientes, en las se sospechaba o se conocía la presencia de *Staphylococcus sp*. La técnica de PCR Xpert MRSA- SA SSTI (Cepheid Innovation) se realizó siguiendo las instrucciones del fabricante y dentro de un periodo de 24 horas desde la recepción de la muestra en el laboratorio. Los métodos convencionales utilizados para la identificación y el estudio de susceptibilidad a antibióticos se llevaron a cabo con el sistema comercial WIDER. Los resultados que mostraron discrepancia en cuanto a la sensibilidad a meticilina se compararon con la técnica de difusión en agar con disco de cefoxitina 30µg, siguiendo los criterios del CLSI (anteriormente NCCLS).

RESULTADOS

Un total de 28 muestras fueron positivas para SA tanto con el cultivo convencional como con la técnica de PCR y 2 fueron negativas con ambos métodos. Por los métodos convencionales, 10 de los 28 SA fueron SAMR (35,7%)).La PCR identificó como SAMR 8 (80%) de ellos. Los 18 SA sensibles a meticilina (SAMS) por los métodos convencionales fueron también identificados como SAMS por la técnica de PCR.

CONCLUSIONES

La técnica de PCR Xpert MRSA- SA SSTI es rápida, con muy poca carga de trabajo y parece eficaz para la identificación de infecciones de piel y tejidos blandos por SAMR y SAMS, aunque hay que continuar el estudio con un mayor número de muestras.

Palabras Clave SAMR, Infección de piel y tejidos blandos, PCR

Nombre Eva González Cid

Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

Título	**EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD *IN VITRO* DE HONGOS FILAMENTOSOS MEDIANTE EL SISTEMA VITEK2® VS MICRODILUCIÓN EN CALDO (CLSI M38-A2)**
Autores	Vega. S[1], Romero. A[2], Martos. A[2], Castro. C[2], González. A[2], González. T[2], Martín-Mazuelos. E[2].
Centro	1. Servicio Microbiología. H. Clínico Salamanca.2. UGC H.U.V.Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción

El incremento de infecciones fúngicas invasoras a nivel hospitalario se debe fundamentalmente a un mayor número de pacientes con patologías de riesgo. Dado que estas infecciones se asocian a una alta mortalidad, es necesaria la existencia de métodos reproducibles para medir la susceptibilidad antifúngica. Nuestro objetivo es comparar el sistema comercial automatizado Vitek 2 ®(bioMerieux S.A) con el método de referencia de microdilución en caldo (CLSI M38-A2) para el estudio de la sensibilidad *in vitro* de hongos filamentosos frente a Voriconazol, Anfotericina B, Fluconazol y 5-Fluorcitosina.

Material y Métodos

Ensayamos 57 cepas de hongos filamentosos aislados de muestras clínicas::14 *A.fumigatus,* 14 *A.terreus* , 12 *A.flavus*. 11 *Scedosporium* spp y 6 *Fusarium* spp Las cepas de referencia fueron *A.flavus* ATCC 204304, *A.fumigatus* ATCC 204305; y como control de calidad se utilizaron *Candida krusei* ATCC 6258 y *Candida parapsilosis* ATCC 22019. La microdilución (MD) se realizó siguiendo las directrices del CLSI (M38-A2) y se determinó la CMI a las 48h. La determinación de la CMI por el sistema Vitek2 se hizo utilizando tarjetas YST-S01, siguiendo las normas del fabricante. Los resultados se expresaron en Rango de CMI, CMI_{90} (µg/ml) y en % de correlación (± 2 diluciones).

Resultados

Todos los valores de CMI_{90} por Vitek2 para todos los asilados estudiados fueron superiores que por MD, siendo éstos mayores de 2 diluciones para Voriconazol, mientras que para Anfotericina B, Fluconazol y 5Fluocitosina, estas diferencias estuvieron entre 1 y 3 diluciones para todas las cepas estudiadas (*Aspergillus* spp, *Fusarium* spp y *Scedosporium* spp). Todos los aislados mostraron altos valores de CMI_{90} con Fluconazol por ambos métodos. Igual ocurrió con 5Fluorcitosina, con resultados de $CMI_{90} \geq 16\mu g/ml$ por ambos métodos. La correlación global de Aspergillus spp fue de 57% para Voriconazol, 67% para Anfotericina B, 53% para Fluconazol y 60% para 5-Fluorcitosina. La mejor correlación se alcanza para *Fusarium* spp y *Scedosporium* spp, 86% y 70% respectivamente con Voriconazol, 57% y 33% para Anfotericina B, 29 y 70% para Fluconazol y 86% y 83% para 5Fluorcitosina.

Conclusiones

El sistema ha sido capaz de detectar la resistencia intrínseca a Fluconazol de los hongos filamentosos, mostrando CMI>32 para todos los *Aspergillus* spp y *Scedosporium* spp, excepto para *Fusarium* spp cuyos valores fueron variables. Es necesario un estudio más amplio para confirmar o descartar el diseño de la tarjeta YST-S01 en la determinación de la sensibilidad de este tipo de hongos. Para Anfotericina B los valores de CMI también fueron dispersos en ambos métodos, por lo que el Vitek2 tampoco parece ser útil para la determinación de resistencias frente a este antifúngico.

Palabras Clave Vitek2, microdilución, hongos filamentosos

Nombre Estrella Martín Mazuelos

Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** H.U.Valme

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**SUBTIPADO DE PAPILOMAVIRUS HUMANO TIPO 16 MEDIANTE SECUENCIACION DE LOS GENES E2 Y E6.**
Autores	**F GALÁN-SÁNCHEZ*, M ROMÁN-ENRI, MA RODRÍGUEZ-IGLESIAS**
Centro	Lab. de Microbiología y Unidad de Investigación. Hosp. Univ. de Puerto Real. Universidad de Cádiz.

Resumen

INTRODUCCIÓN.
El virus del papiloma humano (VPH) es el agente etiológico del cáncer de cuello uterino y está relacionado con el desarrollo de otras neoplasias. Se conocen más de 100 tipos, de los cuales al menos 42 se asocian con infecciones del tracto genital. De todos ellos VPH16 es el más importante por su prevalencia a nivel mundial y capacidad oncógenica. Se han descrito heterogeneidad en la secuencia de sus genes L1, L2, E2 y E6 y la región LCR y que están asociados a una distribución geográfica diferente, de modo que junto al linaje europeo (E), con diversas variantes, se reconocen variantes asiática (A), asiática-americana (AA) y africana (Af) con diversas clases en cada variante. Se ha relacionado la variantes del virus con la capacidad oncogénica del mismo, de ahí el interés de determinar su agrupamiento. En este trabajo se plantea la optimización de una PCR para la amplificación de las regiones E2 y E6 de VPH16 y la determinación del agrupamiento filogenético de un grupo de muestras siguiendo la secuencia prototipo correspondiente a la variuante Ep-350T.
MÉTODOS.
Se seleccionaron 18 pacientes atendidas en la Consulta de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix del Servicio de Ginecología y Obstetricia del H.U. de Puerto Real (Cádiz). Previamente habían sido diagnosticadas de infección por VPH16 mediante captura de híbridos (Hybrid Capture II, Qiagen) y genotipado por PCR+hibridación reversa (Linear Array HPV, Roche). La muestra fue obtenida con cepillado cervical y mantenida en medio de transporte (STM, Qiagen) a -20ºC hasta su procesamiento. La extracción del ADN se realizó con 800ul de medio de transporte de forma automatizada (Ampliprep, Roche). Se amplificó mediante PCR las regiones E2 y E6 con los primers descritos por Giannoudis et al. Las variantes fueron identificadas por secuenciación directa, utilizando como secuencia de referencia la Ep-350T del linaje europeo de Seedorf et al.
RESULTADOS.
De las muestras secuenciadas, 14 corresponden al linaje europeo (85,7%). De éstas, 6 fueron Ep-350G, 4 corresponden a Ep-350T y dos a E-C 109G. Tan solo dos muestras fueron idénticas al prototipo utilizado como referencia. También fueron identificadas una variante AA (clase AAa) y otra africana (AF2a). Dos muestras no pudieron ser secuenciadas por falta de material de amplificación y otras dos no amplificaron la región E6.
CONCLUSIONES.
La detección de las variantes de VPH-16 puede ser un marcador epidemiológico de interés que permita describir la distribución de los clones víricos de este tipo oncogénico, más aún si pueden relacionarse con un comportamiento evolutivo diferente. La generalización de estos estudios contribuirá a dibujar un mapa que ayude a comprender el flujo geográfico que siguen las variantes, teniendo en cuenta que la heterogenidad del VPH no es excesivamente alta. En España solo existe un estudio publicado con un mayor número de muestras y obtiene resultados similares en cuanto al predominio de cepas de linaje europeo y aparición esporádica de cepas AA y Af. Otros estudios europeos también establecen un claro predominio de las cepas europeas con incremento de variantes AA. La secuenciación del gen E6 es especialmente relevante ya que puede detectar cambios que afectan a la interacción con p53. Aunque la proporción encontrada en nuestro entorno es similar a otros estudios, estos datos son escasos y preliminares, estando en curso la ampliación a una población mayor.

Palabras Clave PAPILOMAVIRUS HUMANO, VPH-16, SUBTIPADO E6

Nombre Fátima Galán Sánchez
Servicio Unidad de Investigación ***Hospital*** Hosp Univ de Puerto Real
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**APLICACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE SECUENCIACIÓN MASIVA DE GENOMAS (ULTRA DEEP SEQUENCING) PARA LA DETERMINACIÓN DEL TROPISMO VIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH.**
Autores	F. GARCIA, N. CHUECA, M. ALVAREZ, V. GUILLOT, I. CORREA, A. PEÑA, F. GARCIA JR, F. CODOÑER[1], LÓPEZ-BUENO MJ[2].
Centro	Hospital Universitario San Cecilio, [1]Irsi Caixa, Badalona, [2]Facultad de Medicina, Granada.

Resumen

Introducción y Objetivo:
Las nuevas tecnologías para la secuenciación de ácidos nucléicos permiten la detección masiva de genomas en una misma reacción. Este hecho es de especial utilidad en virología, sobre todo en aquellos virus con una elevada variabilidad genética, ya que estos coexisten en un mismo paciente en forma de un elevado número de genomas muy relacionados entre sí, conocidos como cuasiespecies. En este trabajo hemos aplicado esta nueva tecnología para determinar la presencia de cepas que no usan el coreceptor CCR5 (X4 o DM) para la entrada viral en pacientes infectados por VIH.

Pacientes y Métodos:
Se han estudiado muestras de 25 pacientes con infección VIH seleccionados mediante ensayos fenotípicos de tropismo (Standard Trofile) para iniciar tratamiento con el antagonista de CCR5 Maraviroc. En todas las muestras se ha analizado la secuencia de V3 mediante técnicas convencionales de RT-PCR y posterior secuenciación bidireccional utilizando la plataforma Trugene (Siemens NAD) y, simultáneamente, se ha procedido a la secuenciación masiva (454-UDS, Roche). Brevemente esta tecnología requiere: a) marcar los amplicones con un código de barras y un oligo de amplificación, b) realizar una PCR en emulsión (em-PCR), c) generar las secuencias individuales, d) analizar todas las secuencias generadas para corregir errores de secuenciación. Para analizar las secuencias obtenidas por UDS, sólo se seleccionaron las secuencias con > 70% identidad, que fueron las que se alinearon con la secuencia de referencia para obtener el número final de secuencias por paciente. Tras validar las secuencias, el tropismo viral se estimó utilizando las herramientas bioinformáticas web $PSSM_{sinsi}$ y $PSSM_{X4R5}$.

Resultados:
Con la utilización de 454-UDS hemos conseguido generar un total de 208723 secuencias. Tras eliminar los residuos, obtuvimos un total de 203582. Presentamos los resultados de 18 de los 25 pacientes en los que se ha completado el análisis bioinformático hasta este momento. En estos, la tecnología 454-UDS ha permitido detectar un total de 90563 secuencias. Tras la validación con >70% de identidad, hemos podido analizar un total de 54556 secuencias de los 18 pacientes. Se han analizado una mediana de 2892.5 secuencias por paciente [rango, 869-4854; RIQ: 2186-3378]. La mediana de secuencias diferentes por paciente ha sido de 202 [rango, 111-403, RIQ: 154-245]. La mediana de uso de coreceptores no-CCR5 (X4 ó DM) fue del 1.69%, rango 0.7 a 3.3% [RIQ: 1,24 -2,34].

Conclusiones:
Hemos aplicado con éxito las técnicas de secuenciación masiva de genomas para la determinación del uso de coreceptores de entrada viral en pacientes infectados por VIH. La sensibilidad de esta técnica para detectar cepas no CCR5 ha superado a las técnicas fenotípicas (Standard Trofile) y a la secuenciación de poblaciones. Este hecho puede tener importantes implicaciones clínicas, a la hora de la selección de antagonistas de CCR5 en el régimen de antirretrovirales.

Palabras Clave UDS, Tropismo, VIH

Nombre Federico García

Servicio Microbiología ***Hospital*** San cecilio

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ALTA VARIABILIDAD DE LA REGIÓN V3 DEL VIH-1 ASOCIADA A RESISTENCIA A ANTAGONISTAS DE CCR5. ¿POLIMORFISMOS O MUTACIONES DE RESISTENCIA?**
Autores	N. CHUECA[1], V. GUILLOT[1], M. ALVAREZ[1], A. PEÑA[2], I. CORREA[1], J. LÓPEZ-BUENO[3], C. COSTELA[1], C. HITA[1], J. HERNÁNDEZ-QUERO[2], F. GARCÍA[1]
Centro	Hospital Universitario San Cecilio, [1] Servicio de Microbiología; [2] Enfermedades Infecciosas

Resumen

Introducción y Objetivo:
La región V3 de la envoltura de VIH es la principal determinante del tropismo viral, y en la actualidad algunos grupos están utilizándola para inferir el tropismo viral a la hora de iniciar tratamiento con Maraviroc. Se han descrito cambios en esta región que pueden estar asociados a la resistencia intrínseca del virus con tropismo R5 al antagonista de CCR5. En este estudio hemos evaluado la prevalencia de dichos cambios en población naïve a Maraviroc.

Pacientes y Métodos:
Se ha estudiado la secuencia de la región V3 de 171 pacientes naïve para Maraviroc, mediante el empleo de una RT-PCR y posterior secuenciación bidireccional "in house", utilizando la plataforma Trugene (Siemens NAD). Se han recogido los cambios en las posiciones 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25 & 26, las inserciones en 15 &24, y las delecciones en posición 18. Todos los pacientes disponían de un resultado fenotípico de Tropismo (Standard Trofile).

Resultados:
La distribución del tropismo viral en la muestra estudiada, en base a los resultados de Standard Trofile, ha sido de un 61,4% de virus R5, un 21,6% de virus X4 ó Dual Mixtos (D/M) y un 17% de No Reportables. El porcentaje de subtipos no-B en la población osciló entre el 6,4% y el 33%, según el método de subtipado empleado (gen2pheno ó Stanford, respectivamente). La prevalencia de cambios en las posiciones asociadas a resistencia en la región V3 fue: **11**:43.9%, **13**:49.1%, **14**:35.7%, **15**:12.8%, **16**:4.6%, **18**:33.3%, **19**:32.2%, **20**:23.9%, **21**:17.5%, **22**:45.6%, **24**:25.1%, **25**:90.6% & **26**:9.9%, no se han detectado inserciones en **15,24** ni delecciones en **18**. Sin embargo, hemos detectado deleciones en **24**(9.9%) y 2**2** (1.7%). Se han detectado 2 ó más mutaciones a la vez en el 91.8%, en tres posiciones en el 22.8% y en 4 posiciones en el 18.1% patients. Los cambios fueron más prevalentes en las cepas X4 &D/M respecto de las R5 (average rank X4: 97.2, R5: 62.5; p< 0.0001), así como en los subtipos no-B en base a la predicción de Stanford (average rank Non-B: 103.7, B: 77.17; p< 0008).

Conclusión:
Nuestros resultados muestran una elevada variabilidad genética en la región V3 de VIH, significativamente más elevada en las cepas con tropismo X4 ó D/M y en los subtipos no-B. En el momento actual se debe cuestionar la asociación entre estos cambios y resistencia a los antagonistas de CCR5.

Palabras Clave VIH, antagonistas de CCR5, Región V3, Resistencia

Nombre Federico García

Servicio Microbiología ***Hospital*** San Cecilio

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **URETRITIS MENINGOCÓCICA EN UN HOMBRE HETEROSEXUAL**

Autores **GIL DESOLA F*, AZNAR-MARÍN P, BLANCO MT, GARCÍA-MARTOS P, GARCÍA-TAPIA A, MARÍN-CASANOVA P**

Centro Servicio de Microbiología y Parasitología del H.U. Puerta del Mar, Cádiz

Resumen

Introducción/Objetivos:
Neisseria gonorrhoeae es la especie del género *Neisseria* habitualmente aislada en las uretritis agudas, mientras que *Neisseria meningitidis* es responsable de meningitis, bacteriemia, meningoencefalitis y, con menos frecuencia, de infección respiratoria, uretritis, epididimitis y salpingitis aguda. Presentamos un caso de uretritis meningocócica en un varón joven heterosexual.
Método:
Paciente de 26 años de edad, de origen magrebí, que acude al hospital por presentar disuria de 24 horas de evolución, acompañada de una abundante secreción uretral al iniciar la primera micción; no presenta fiebre ni otra sintomatología. Relata una relación orogenital esporádica con una mujer española, no profesional del sexo, unos días antes de comenzar la sintomatología. El paciente no refiere antecedentes personales o familiares de interés. Con el diágnostico presuntivo de uretritis se realizaron varias tomas de exudado uretral para su estudio microbiólogico: tinción de Gram, cultivo, investigación de *Chlamydia*, *Mycoplasma* y cultivo para *Trichomonas*. En la tinción se observaron diplococos gramnegativos extracelulares. La investigación de *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* fue negativa, así como la detección de *Chlamydia trachomatis*. El cultivo de *Trichomonas* en medio de Roiron también fue negativo. Las muestras se sembraron en placas de agar sangre Columbia, agar chocolate, medio de Thayer-Martin-Lewis y medio de CHROMagar. Las placas se incubaron a 35-37 ºC con 5-10 % de CO_2 durante 24 horas.
Resultados:
Tras el período de incubación se observaron colonias pequeñas, translúcidas, lisas, catalasa positiva, oxidasa positiva y productoras de betalactamasas. Ante la sospecha *Neisseria gonorrhoeae*, se procedió a su identificación mediante el sistema comercial NEISSERIA 4H BIO-RAD y sensibilidad. Se identificó el microorganismo como *Neisseria meningitidis*, perteneciente al serotipo B, presentando resistencia a penicilina y sensibilidad a ciprofloxacino, levofloxacino, cefotaxima, ceftriaxona y azitromicina. El paciente fue tratado con ciprofloxacino, 500 mg./12 h., durante 5 días. En el control de revisión los cultivos, tras tratamiento, resultaron negativos. Se comentó al paciente la necesidad de contactar con la pareja sexual para investigar el estado de portador orofaríngeo de *Neisseria meningitidis* pero los intentos por localizarla fueron infructuosos.
Conclusiones:
El caso que presentamos de uretritis por *Neisseria meningitidis* no es habitual en la literatura aunque cada vez se describen con más frecuencia debido al cambio en los hábitos sexuales. Por ello, ante la observación microscópica de diplococos gramnegativos en el exudado uretral de un varón, hay que sospechar que podría tratarse de una especie de *Neisseria* distinta a N. *gonorrhoeae*, por lo que es necesario llegar a la identificación detallada de la especie. Igualmente sería conveniente el estudio nasofaríngeo de la persona que actúa de reservorio para evitar otros posibles contagios.

Palabras Clave *Neisseria meningitidis*, uretritis, exudado uretral

Nombre Fernando Gil de Sola Letang
Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** H.U. Puerta del Mar
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

***Título*:** **PREVALENCIA DE GENOTIPOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LESIONES MALIGNAS Y PREMALIGNAS DE CUELLO DE ÚTERO, EN MUJERES DEL ÁREA NORTE DE LA PROVINCIA DE HUELVA.**

Autores **Franco-Álvarez de Luna, F., Hierro Guilmain, C., Duque Calero, A., García Vela, J.H., García Valdivia, M., Rodríguez Iglesias, M.**

Centro **Unidad de Microbiología y Unidad de Anatomía Patológica de UGC de Laboratorios Clínicos, Hospital General Básico de Riotinto. Servicio de Microbiología, Hospital de Puerto Real, Cádiz.**

Resumen

OBJETIVOS:
Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo para conocer la prevalencia de los genotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH) en las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino en la población de mujeres del área norte de la provincia de Huelva.
MATERIAL Y MÉTODO:
Durante el año 2008 se estudiaron 154 muestras de cepillado endocervical procedentes de la consulta de Ginecología en el marco del proceso de prevención del carcinoma de cuello de útero. El método de cribado para la detección de VPH se realizó mediante la hibridación con sondas de captura (Digene HC2®), y el genotipado se realizó con Linear Array HPV (Roche®). La Unidad de Anatomía Patológica visualizó la correspondiente citología y detectó aquellos pacientes que presentaron lesiones citológicas o histológicas malignas o premalignas, según los criterios del Sistema Bethesda. Se seleccionaron las muestras procedentes de pacientes con lesión y detección de VPH de alto riesgo.
RESULTADO:
Un total de 38 pacientes cumplieron estos criterios (Lesión citológica + HPV alto riesgo). El promedio de edad fue de 36 años, con un rango de edades comprendido entre los 17 y 50 años. Los niveles de alteración citológica en la población estudiada fueron los siguientes: 23 (60,5%) LSIL, 11 (28,9%) ASCUS, 4 (10,5%) HSIL. La media de edad según el tipo de lesión fue de 34 años para ASCUS, 33 años para LSIL y 33 años para HSIL. La frecuencia de lesiones con un solo genotipo fue de 12 (31,6%) y en 26 (68,4%) se detectaron múltiples genotipos. La frecuencia de genotipos según la lesión fue la siguiente: en el ASCUS los genotipos más frecuentemente detectados fueron 16 (33,3%), 58 (20%), 31, 51, 68 y 53 (13,3%). En el LSIL, 16 (29,2%), 31 (25%), 56 (20,8%), 53, 52 y 39 (16,6%). En el HSIL 16 (40%) y 51 (40%).
CONCLUSIONES:
Los genotipos 16 y 31 son los que se detectan con una mayor frecuencia en nuestra muestra. Destacamos la ausencia de los genotipos que están incluidos en la vacuna frente al VPH como son el 6 y 11. El genotipo 18 sólo se detectó en 4 muestras.

Palabras Clave VPH, genotipo, carcinoma.

Nombre Francisco Franco Álvarez de Luna
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital General Básico de Riotinto, Huelva
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ESPONDILODISCITIS POR *ENTEROBACTER CLOACAE* EN PACIENTE PORTADORA DE RESERVORIO VENOSO**
Autores	**DURO G, ROLDAN C, HERRERO C, OMAR M, GEA I, ARROYO A, GALVEZ E, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ**
Centro	**Complejo Hospitalario de Jaén**

Resumen

Introducción: La incidencia de espondilodiscitis está aumentando en los últimos años debido a la mayor frecuencia de procedimientos quirúrgicos vertebrales y de bacteriemia nosocomial, así como el envejecimiento de la población. Presentamos un caso de espondilodiscitis por *Enterobacter cloacae* en una paciente portadora de un reservorio venoso para administración de quimioterapia como tratamiento de un adenocarcinoma de mama.

Método: Descripción de caso clínico

Resultados:

Caso clínico: Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, apendicectomía y carcinoma de mama por el que se le practicó tumorectomía y linfadenectomía axilar en 2001. En Enero de 2002 se colocó reservorio venoso Bard Port® (Bard Access Systems, USA)) en subclavia derecha para la administración de seis ciclos de quimioterapia adyuvante. Desde 2002 se encontraba en remisión y seguía revisiones por el Servicio de Oncología, en las que se la había recomendado la retirada del reservorio, que aún no se había efectuado. Ingresa en Abril de 2009 por cuadro de dolor lumbar de dos meses de evolución, con febrícula ocasional y pérdida de seis kilos de peso. En la analítica destacaba una VSG de 110 mm/h y PCR de 295 mg/l. La radiología de columna lumbar y una RMI mostraban imágenes compatibles con espondilodiscitis L2-L3. Durante el ingreso no presentó fiebre en ningún momento. La serología brucelar y el test de mantoux fueron negativos. Se tomaron hemocultivos, urocultivo y cultivo del reservorio venoso tras su retirada, que se procesaron según los protocolos del laboratorio de microbiología. Se realizó el aislamiento en todas muestras de *Enterobacter cloacae.* La identificación y el antibiograma (microdilución) se realizó mediante método automático de MicroScan (Siemens). Un ecocardiograma transtorácico no detectó vegetaciones ni alteraciones valvulares. Se trató con Ceftriaxona intravenosa durante 4 semanas, añadiendo amikacina intravenosa durante las dos primeras. Ante la favorable evolución clínica y analítica se dio de alta con tratamiento antibiótico vía oral con ciprofloxacino durante otras 4 semanas. En revisiones posteriores la paciente permanece asintomática y con VSG y PCR normales.

Discusión: La espondilodiscitis representa un 2-4% del total de osteomielitis. Su incidencia oscila entre 0.5 y 2.5 casos por 100.00 habitantes y año y parece estar aumentando en los últimos años por el envejecimiento de la población, el uso de drogas por vía parenteral y el incremento de bacteriemias nosocomiales y procedimientos quirúrgicos vertebrales. *Staphylococcus aureus* es en todas las series el microorganismo más frecuentemente aislado (40-65%). En nuestro medio son también frecuentes la espondilodiscitis tuberculosa y brucelar. Los bacilos gramnegativos causan un 25-30% de los casos, sobre todo *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa.* En las dos series de espondilodiscitis más amplias publicadas hasta el momento, con 255 y 235 casos, en sólo una ocasión se aisló *Enterobacter cloacae* (ninguno en la serie española). En la literatura hay publicados casos aislados (tras litotricia, en un paciente en hemodiálisis, en un paciente ADVP, en relación con una enfermedad de Crohn), pero ninguno de ellos en relación con la infección de un reservorio venoso. En una reciente revisión sobre las complicaciones de 473 reservorios venosos durante un periodo de 7 años, no se describe ningún caso de espondilodiscitis

Conclusiones:

- Describimos un caso de espondilodiscitis causada por un microorganismo muy poco habitual y relacionada con una bacteriemia por infección de reservorio venoso.
- En pacientes portadores de reservorios venosos con clínica de dolor raquídeo sería conveniente descartar una espondilodiscitis asociada a bacteriemia, aunque el paciente no tenga fiebre.
- Creemos que se debe insistir en la retirada de reservorios (y en general de cualquier dispositivo intravascular) una vez que dejan de usarse, por el riesgo de complicaciones infecciosas graves.

Palabras Clave ESPONDILODISCITIS, *ENTEROBACTER CLOACAE,* RESERVORIO VENOSO

Nombre GASPAR DURO RUIZ

Servicio MEDICINA. INTERNA ***Hospital*** COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**AISLAMIENTOS DE ESTAFILOCOCOS COAGULASA-NEGATIVOS RESISTENTES A LINEZOLID EN PACIENTES CRITICOS**
Autores	**ROLDAN C, DURO G, BREA F, GASSO J, GEA I, OMAR M, HERRERO C, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ**
Centro	**Complejo Hospitalario de Jaén**

Resumen

Introducción:
La resistencia de los estafilococos a linezolid se considera infrecuente. Sin embargo, en los últimos meses se están describiendo con más frecuencia casos aislados y brotes producidos por cepas con resistencia a este antibiótico. Presentamos nuestra experiencia con los aislamientos de estafilococos coagulasa-negativos (SCN) resistentes a linezolid en muestras clínicas de pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro en el presente año.

Método:
Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de aquellos pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro entre Enero y Septiembre de 2009 y en los que se aisló en alguna muestra clínica un SCN resistente a linezolid. Se consideró un solo aislamiento por cada paciente y episodio. La identificación y el antibiograma (microdilución) se realizó mediante método automático de MicroScan (Siemens). La resistencia a linezolid se confirmó mediante E-test.

Resultados:
Durante el periodo de estudio se produjeron en 11 pacientes un total de 12 episodios de aislamiento de SCN resistente a linezolid, Fueron 8 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 57.2 ± 15.4 años (rango 35-77). El motivo más frecuente de ingreso en UCI fue el traumatismo craneoencefálico grave (5 casos), seguido de procesos vasculares cerebrales hemorrágicos (3 casos), infarto cerebral (un caso), insuficiencia respiratoria aguda (un caso) y traumatismo torácico grave (un caso). La media de estancia en UCI antes del aislamiento resistente fue de 23.5 ± 13.9 (rango 7-50). Todos los pacientes habían recibido tratamiento antibiótico en los días previos al aislamiento del SCN resistente a linezolid. En 9 casos (75%) se les había administrado previamente linezolid de forma empírica o para tratamiento de otra infección por grampositivos. En 8 episodios el SCN resistente a linezolid aislado fue *S. epidermidis*; en tres episodios, *S. hominis-hominis*; y en un episodio *S. haemolyticus.* La mayoría de los aislamientos se realizaron en hemocultivos (6 episodios). En dos episodios el aislamiento se efectuó en muestras de secreciones respiratorias mediante broncoaspirado (BAS). En un caso, el aislamiento fue en punta de catéter, y en otro caso, en exudado de herida. Por último, en los dos episodios restantes existió aislamiento simultáneo en dos muestras clínicas distintas (hemocultivos y BAS en un caso, y hemocultivos y punta de catéter en el otro).
El fenotipo de sensibilidad es idéntico en los casos de *S.epidermidis* sólo sensibles a glucopéptidos, tetraciclina, Synercid y trimetropim-sulfametoxazol, *S.hominis-homnisis* mostraron sensibilidad a aminoglucósidos, glucopéptidos, rifampicina, Synercid y variable a fluorquinolonas y el aislamiento de *S. haemolyticus* mostró sensibilidad a Ácido fusídico, Synercid, tetraciclina y fosfomicina.
Fallecieron 3 pacientes durante su estancia en UCI, si bien sólo uno de los tres exitus se consideró directamente relacionado con la infección por SCN resistente a linezolid.

Conclusiones:
- Describimos los primeros casos de aislamiento de SCN resistentes a linezolid en nuestro centro
- Creemos necesaria la vigilancia de la evolución de la resistencia de los SCN (y grampositivos en general) a linezolid en nuestro centro
- Es importante incidir en la necesidad de realizar una correcta política de uso de antibióticos, adecuando los tratamientos empíricos y modificando el tratamiento antibiótico definitivo tras recibir los resultados microbiológicos.

Palabras Clave LINEZOLID, ESTAFILOCOCOS COAGULASA-NEGATIVOS, RESISTENCIA.

Nombre GASPAR DURO RUIZ

Servicio MEDICINA. INTERNA ***Hospital*** COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**EVALUACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO DE PCR EN TIEMPO REAL PARA LA DETECCIÓN DE *Bordetella pertussis* y *B. parapertussis* EN MUESTRAS CLÍNICAS**
Autores	**MAZUELAS P, PEDROSA I*, BAUTISTA MF, PÉREZ-RUIZ M, PÉREZ-OLMO C, RIVERA MA, RODRÍGUEZ-GRANGER J, RODRÍGUEZ M[2], NAVARRO-MARI JM**
Centro	Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2. Vitro S.A. Madrid.

Resumen

Introducción/Objetivos

Históricamente, las infecciones por *Bordetella pertussis* han sido una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños. La implantación de la vacunación sistemática de la población, a mediados del siglo pasado, consiguió un descenso significativo de la incidencia, así como de las complicaciones graves y muertes asociadas. En los últimos años han aumentado los casos de tos ferina incluso entre poblaciones con gran cobertura vacunal, sobre todo a expensas del incremento de casos declarados en niños mayores, adolescentes y adultos. Para el diagnóstico microbiológico el método de referencia sigue siendo el aislamiento en cultivo. Sin embargo, la sensibilidad del cultivo es limitada y no hay rapidez en los resultados, ya que un cultivo debe mantenerse al menos 7 días antes de considerarlo negativo. La reciente introducción de técnicas de PCR en tiempo real ha demostrado que, además de permitir un diagnóstico mucho más rápido y presentar una buena especificidad, la sensibilidad con respecto al cultivo supera el 200%. El objetivo de este trabajo fue evaluar una nueva técnica de PCR en tiempo real, Simplexa *Bordetella pertussis/parapertussis* (Focus Diagnostics), para la detección de *B. pertussis* comparando con otra PCR en tiempo real (técnica de referencia), además de investigar la presencia de *B. parapertussis* en muestras previamente negativas para *B. pertussis*.

Métodos

Se analizaron un total de 39 muestras (23 exudados nasofaríngeos y 16 aspirados nasofaríngeos) desde enero 2008 a enero 2009 de pacientes en los que existía una sospecha clínica de tos ferina. Estas muestras habían sido previamente analizadas mediante la técnica de referencia y se conservaron a -80ºC. Seguimos los procedimientos validados de extracción de ácidos nucleicos de forma automatizada con el extractor NucliSens® easyMAG (BioMérieux España). La amplificación se realizó con el test Simplexa *Bordetella pertussis/parapertussis* utilizando el termociclador SmartCycler II (Cepheid). La técnica de referencia fue una PCR en tiempo real que amplifica un fragmento de la *IS*481 de *B. pertussis* y utiliza sondas FRET como formato de detección, que permite el análisis postamplificación de las curvas de disociación y la determinación de la Tm específica. Esta técnica se realizó en un instrumento LightCycler II (Roche Diagnostics).

Resultados

De las 39 muestras, 17 (43,6%) habían sido positivas por la técnica de referencia. De éstas, 13 dieron un resultado positivo utilizando el test de Simplexa. Ninguna de las muestras negativas por la técnica de referencia dio resultado positivo mediante el test de Simplexa. La sensibilidad y especificidad de la técnica evaluada fue del 76,5% y 100%, respectivamente. El análisis semicuantitativo del ciclo umbral de detección de fluorescencia o "crossing point" (Cp) reveló que 6 muestras positivas daban un Cp mayor por la técnica de referencia y 7 dieron Cp mayor por la técnica de Simplexa.. Las 4 muestras negativas por la técnica de Simplexa que habían sido positivas mediante la técnica de referencia, habían dado en ésta Cp superiores a 35. No detectamos en ningún caso positividad para *Bordetella parapertussis*.

Conclusiones/Discusión

1. La técnica Simplexa *Bordetella pertussis/parapertussis* es sencilla de realizar, ofrece una buena sensibilidad y tiene marcado CE (a diferencia de la técnica de referencia de carece de éste). 2. El empleo de muestras congeladas pudo ocasionar un efecto deletéreo en la detección de *B. pertussis*, especialmente en muestras con poca carga bacteriana, dado que los 4 falsos negativos habían dado Cp superiores a 35 con la técnica de referencia. 3. El empleo de sistemas automáticos de extracción con formatos de PCR en tiempo real proporcionan a esta técnica una gran utilidad clínica.

Palabras Clave Bordetella pertussis, tos ferina

Nombre **Irene Pedrosa Corral**

Servicio **Servicio de Microbiología** ***Hospital*** **Hospital Universitario Virgen de las Nieves**

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	FRECUENCIA Y SENSIBILIDAD DE AISLAMIENTOS DE PEPTOSTREPTOCOCCUS EN H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCÍO
Autores	PUPO LEDO MI, GÓMEZ GÓMEZ MJ, IRAURGUI ARCARAZO P, PINTO FERNÁNDEZ SY, LIRÓ ARMENTEROS J, LEPE JIMÉNEZ JA, AZNAR J.
Centro	Servicio de Microbiología y Parasitología. H.H.U.U. Virgen Del Rocío. Sevilla

Resumen

Objetivo:
Describir las especies de *Peptostreptococcus* aisladas en el servicio de Microbiología de los H.H.U.U. Virgen del Rocío y evaluar su sensibilidad antibiótica.
Métodos:
Se realizó un análisis restrospectivo de los aislamientos de *Peptostreptococcus* realizados en el periodo 2006-2009. El cultivo se realizó mediante metodología convencional (CBL-agar, agar Schaedler (SCH) y agar con alcohol fenil-etílico (FEA)), la identificación se realizó mediante API 20A y MicroScan Rapid Anaerobe, y la sensibilidad antibiótica fue determinada mediante E-test según la metodología del fabricante e interpretada según las normas de CLSI. Los antibióticos estudiados fueron amoxicilina/clavulánico, clindamicina, imipenem, metronidazol, moxifloxacino y penicilina. Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa Omnium SIM y WHONE 5.1.
Resultados:
El total de *Peptostreptococcus* aislados fue de 204 (*Peptostreptococcus sp.:* 138, *Peptostreptococcus asaccharolyticus*: 46 y *Peptostreptococcus magnus*: 20), procedentes de muestras de abscesos de piel y partes blandas y heridas (150), líquidos estériles (7), sangre (10), abscesos intraabdominales (21), abscesos cerebrales (5) y biopsias osteoarticulares (7). Las sensibilidades a imipenem y amoxicilina/clavulánico fueron del 100% y 96% respectivamente, a penicilina y metronidazol del 89% en ambas, a clindamicina del 72% y a moxifloxacino del 69%.
Conclusiones:
La mayoría de los aislamientos proceden de muestras de abscesos de piel/partes blandas y heridas (73%). En un alto porcentaje de casos el método de identificación no permitió la identificación a nivel de especie. En general muestran una excelente sensibilidad a los antibióticos estudiados; principalmente imipenem y amoxicilina/clavulánico.

Palabras Clave anaerobios, P*eptostreptococcus*, sensibilidad

Nombre Inmaculada Pupo Ledo
Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** H.H.U.U. Virgen del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título ACTIVIDAD DE DAPTOMICINA FRENTE A AISLADOS INVASIVOS DE Enterococcus faecium

Autores Pinto S, Lepe JA*, Aznar J.

Centro Microbiología. HH. UU. Virgen del Rocío.

Resumen

Introducción:
Daptomicina se considera un tratamiento alternativo a vancomicina en la infección grave por Enterococcus spp, sobre todo en cepas con resistencia a glucopéptidos. Sin embargo no hay consenso respecto a los puntos de corte empleados entre las distintas guías, de modo que mientras el CLSI considera el punto de corte de sensiblilidad en <=4 mg/L, EUCAST considera que no existen evidencias suficientes para recomendar un punto de corte para este género. En base a lo anterior, nuestro objetivo fue evaluar la actividad de daptomicina frente a aislados invasivos de Enterococcus faecium.
Material y métodos:
Se estudiaron 42 cepas de E. faecium pertenecientes a episodios de bacteremia de pacientes individuales obtenidas durante los años 2008 y 2009. El estudio de sensibilidad se realizó mediante Epsilon test (AB biodisk-Biomerieux) según las instrucciones del fabricante. Para el estudio de actividad se calculó la CMI50, CMI90 y el Área Bajo la Curva libre / CMI50-90 (ABClibre/CMI50/90) poblacional para una dosis de 6 mg/Kg/día. Adicionalmente se realizó una simulación de Monte Carlo para valorar la probabilidad de éxito de dicha dosis y calcular el punto de corte de sensibilidad/resistencia basado en parámetros PK/PD.
Resultados:
La CMI50/90 poblacional fue de 3 y 4 mg/L respectivamente y el ABClibre/CMI50/90 de 21 y 26 respectivamente. Mediante el estudio de Monte Carlo se constató que la probabilidad de conseguir el objetivo experimental de un ABC/CMItotal de 42 era del 10% y el punto de corte de sensibilidad / resistencia obtenido en base a dicho método de 1 mg/L.
Discusión:
En base a los resultados obtenidos para nuestros aislados, daptomicina no parece ser un tratamiento adecuado, a dosis de 6 mg/Kg/día, para la infección invasiva por E. faecium. El punto de corte obtenido mediante simulación de Monte Carlo difiere del propuesto por el CLSI (4 mg/L) y es similar al propuesto para Staphylococcus spp tanto por EUCAST y el CLSI (1 mg/L).

Palabras Clave Daptomicina, Enterococcus, ABC/CMI

Nombre José Antonio Lepe Jiménez
Servicio Microbiología ***Hospital*** HH. UU. Virgen del Rocío.
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título ANÁLISIS PRELIMINAR DE LAS CEPAS DE *LISTERIA MONOCYTOGENES* ENVIADAS AL PROYECTO LISAND

Autores Lepe JA, Torres MJ, López-Prieto MD, Porras J, De Cueto M, Carazo C, Aller A, de la Iglesia A, Pérez JA, Causse M, García MV, Miranda C, Saavedra JM, Tejero R, Franco F, García-Tapia A, Rodríguez-Iglesias M, Martínez-Lirola M, López-Rodriguez I, Domínguez MC, Cabezas MT, Serrano C.

Centro Servicio de Microbiología. HH. UU. Virgen del Rocío, Sevilla. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio LISAND.

Resumen

OBJETIVO:
Realizar un análisis preliminar de las cepas de *Listeria monocytogenes* enviadas al proyecto LISAND con idea de conocer los serotipos circulantes, su relación con el sitio de aislamiento y su posible relación clonal.
MATERIAL Y MÉTODOS:
El estudio se ha realizado en 125 de las 144 cepas remitidas (87% de las cepas). El serotipado se realizó mediante dos técnicas: tipado fenotípico: mediante el esquema propuesto en el Bacteriological Analytical Manual (FDA-CFSAN 1998) para antígenos somáticos usando antisueros comerciales BBL-Difco y tipado por PCR multiplex según la técnica descrita por Doumith et al (J Clin Microbiol 2004). Adicionalmente, las cepas fueron genotipadas por PFGE de acuerdo con el protocolo estandarizado propuesto por Pulsenet Europe y publicado por Graves et al (Int J Food Microbiol 2001). Se estudió la sensibilidad antibiótica a cotrimoxazol y ampicilina por E-test y se interpretaron según los criterios CLSI 2009.
RESULTADOS:
Los serotipos encontrados fueron los siguientes: 1/2a (23 cepas, 18%), 1/2b (25, 20%), 1/2c (2, 2%), 4b (75, 60%). Según el tipo de muestra, el serotipo 4b fue el mas prevalente en todas las localizaciones (sangre, LCR, líquido articular y líquido pleural), excepto en líquido ascítico donde el serotipo 1/2a fue el mas prevalente. Se identificaron, 45 pulsovariedades identificándose entre 1 y 20 cepas por pulsovar para un índice de discriminación del 90%. No se observaron diferencias en los perfiles de sensibilidad de las cepas, siendo el 100% sensibles a ampicilina (CMI_{90} 0,38) y cotrimoxazol (CMI_{90} 0,032).
DISCUSIÓN:
Del análisis de los resultados se deduce que el serotipo 4b es el mas prevalente en los casos humanos en Andalucía, seguido del 1/2b, sin embargo el 1/2a es el principal serotipo en líquido ascítico. Muchas de las cepas podrían estar relacionadas clonalmente y este aspecto podría reflejar la existencia de agrupaciones espaciales o temporales de casos que podrían tener un origen alimentario común. No se constata problemas de resistencia antibiótica en las cepas estudiadas.

Palabras Clave Listeria, serotipos, PFGE, LISAND

Nombre José Antonio Lepe Jiménez
Servicio Microbiología ***Hospital*** HH. UU. Virgen del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA EN EL PERIODO 2006-2009**

Autores *JA.PÉREZ*, A DE LA IGLESIA, M. DE LA IGLESIA*

Centro *SECCIÓN DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA*

Resumen

Introducción y objetivos:
El HIE es un comarcal de 300 camas que da cobertura a un área geográfica de 150.000 habitantes. No se ha publicado anteriormente sus datos de bacteriemias. Con este estudio buscamos averiguar la tasa de positividad de hemocultivos, la frecuencia de presentación de los distintos patógenos y la distribución de estos patógenos en los distintos servicios de nuestro hospital en los últimos 4 años.. Así como la incidencia de BLEE y MRSA.

Material y métodos:
Se trata de un estudio retrospectivo llevado a cabo
durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y junio de 2009. Utilizamos el sistema automático Bactec 9240 de lectura continua. La identificación y la sensibilidad de los aislados se realizó siguiendo los métodos bacteriológicos estándar y el sistema automatizado WalkAway de acuerdo con las normas de la NCLSI. El tiempo de incubación de los hemocultivos fue de 7 días excepto en la casos de sospecha de brucelosis y endocarditis que se prolongó a 30 días, y en sospecha de hongos 20 días..En la mayor parte de los casos, extraemos sets de 4 ó 6 frascos en adultos y 1 frasco en pediátricos. Respecto a los habituales contaminantes (S.coagulasa negativos, difteroides, *Bacillus.spp*, *S.viridans*), los hemos considerado positivos cuando han crecido más de 2 frascos con el mismo germen. Hemos considerado que son contaminantes cuando han crecido 2 ó más frascos con gérmenes diferentes, y hemos informado hemocultivo negativo cuando estos gérmenes crecieron sólo en un frasco. Hemos tenido en cuenta también, en algunos casos, la situación y clínica del paciente, por ej.endocarditis.

Resultados:
En estos 3 años y medio se han extraído un total de 4510 tandas de hemocultivos, de los cuales fueron positivos 471 (10,4%) .El germen mas frecuente fue *E.coli* (104), seguido por *S.aureus* (66), *S.pneumoniae* (42), *S.epidermidis* (39), *K.pneumoniae* (23), *N.meningitidis* (19), *E.faecalis* (17), *S.hominis* (15), *P.mirabilis* (13), *Salmonella enterica* (10), *S.agalactiae* (9), *P.aeruginosa* (8), *S.marcescens* (7), *Candidas* (7), *S.pyogenes* (5), y otros con menos de 2 casos hasta 52 gérmenes más. 12 hemocultivos fueron multibacterianos, en todos ellos se aisló anaerobios, siendo ésta la flora predominante. La tasa de contaminación, según los criterios arriba expuestos, fue del 3,7%. Si analizamos por años no hubo diferencia significativa en los gérmenes o en los servicios con mayor incidencia de positivos. Analizando por servicios el mayor numero de hemocultivos positivos procedían de Medicina Interna (49% de los positivos), seguido por UCI (21%). Las BLEE subieron del 0% en 2006, 10% en 2007 al 15,5%% en 2008-jun09. Los MRSA pasaron de 36,8% en 2006, 29,4 en 2007 y 3,3% en 2008-jun09.

Conclusiones:
En nuestro centro se observa un gran predominio de bacteriemias producidas a *E.coli*, con un incremento significativo de las BLEE positivas en los últimos dos años. También encontramos una asociación de enterococos y la estancia en UCI (62% de todos los hallados procedían de este servicio).Los MRSA en cambio permanecieron estables o incluso disminuyeron en el período. Cabe destacar la alta proporción de episodios de bacteriemia nosocomial por estafilocos coagulasa negativos relacionada a catéteres (10,8% de los positivos) superior al de las series descritas por otros autores.

Palabras Clave bacteriemia, hemocultivos, contaminación, MRSA, BLEE

Nombre Juan A Pérez Cáceres

Servicio Laboratorio microbiología ***Hospital*** Infanta Elena de Huelva

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **¿ES REALMENTE POSIBLE BAJAR LA TASA DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS POR DEBAJO DEL 8%?**

Autores *JA,PÉREZ*,M DE LA IGLESIA,A.DE LA IGLESIA.*

Centro *SECCIÓN DE MICROBIOLOGÍA.HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA.*

Resumen

Introduccion y objetivos:
La contaminación de botes de hemocultivos por flora cutánea es uno de los problemas más usuales a los que se enfrentan los laboratorios de microbiología. En los últimos años el Servicio Andaluz de Salud ha introducido como objetivo una tasa de contaminaciones menor del 8% . La tasa de contaminación puede variar en función de si consideramos contaminado un hemocultivo (2 ó 3 sets) ante el crecimiento de un agente considerado contaminante en un sólo frasco. Ó de si el recuento y porcentaje se realiza sobre el total de botes. En la mayoría de publicaciones, y también en nuestro caso, se considera la primera opción. En nuestro hospital teníamos una tasa de contaminaciones para el periodo 2007-2008 del 19,7%. Como descartamos la contaminación de frascos en la manipulación del laboratorio, nos enfocamos en la labor de enfermería en el momento de la extracción y manipulación de la sangre. Nuestro objetivo era aproximar nuestra tasa de contaminaciones a los datos publicado en nuestro entorno: hasta un 1%.
Material y métodos:
En el HIE se extraen hemocultivos en todo el área de hospitalización, UCI y Urgencias. Durante varios meses dimos cursos de formación a todo el personal del hospital con responsabilidad en extracciones. Para conseguir un contacto lo más directo posible con enfermería, repetimos el minicurso en los distintos turnos de cada uno de estos lugares, de modo que tuvimos un contacto personal directo con el 94% del personal de enfermería implicado en extracciones a lo largo de esos meses. Igualmente se editaron unos esquemas de extracción y manipulación asépticas de los frascos de hemocultivos que se colgaron en la pared de las distintos puestos de enfermería. Se hizo hincapié en desinfectar 2 veces y esperar 1 min. tras desinfección de la piel, no manipular los tapones de los frascos, no extraer de vías, cambiar agujas en caso de repetir el pinchazo, etc.
Resultados:
En los meses posteriores a nuestros cursos de formación, la tasa de contaminación descendió hasta un 17,4 %, todavía a gran distancia de los estándares de contaminación publicados por otros centros de nuestro entorno.
Conclusiones:
Tras nuestro estudio e intervención, podemos concluir que la tasa de contaminaciones en hemocultivos es mucho más “resistente” de lo que puede parecer a primera vista. También consideramos que las bajas tasas publicadas por algunos centros españoles quizás son debidas al tipo de contabilidad estadística de contaminados, o a otros factores que puede que no aparezcan adecuadamente reflejados en dichas publicaciones, ya que hay una gran homogeneidad del personal de enfermería entre los hospitales de nuestra región También consideramos que los criterios microbiológicos de contaminación deben completarse con criterios clínicos y que sería conveniente que la extracción de hemocultivos sea realizada por personal especialmente dedicado a esa función.

Palabras Clave bacteriemia, contaminación, hemocultivo

Nombre Juan A. Pérez Cáceres
Servicio Laboratorio microbiología ***Hospital*** Infanta Elena de Huelva
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**DISTRIBUCION DE LOS SEROTIPOS Y FAGOTIPOS DE SALMONELLAS AISLADAS EN HIE DE HUELVA DE 2000 A 2008**
Autores	*J.A.PÉREZ*, M. DE LA IGLESIA, A. DE LA IGLESIA*
Centro	*SECCIÓN DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA*

Resumen

Introducción:
Las Salmonellas son las principales causantes de gastroenteritis en la provincia de Huelva, seguidas de campilobacter. Hoy en día se reconocen 2 especies de *Salmonella*, S.*enteritidis y S.bongori*; siendo la serotipificación y fagotipificación el método usual de tipificar estas cepas. El conocimiento de los serotipos circulantes nos permite trazar el origen y la distribución de esta patología.

Objetivos:
En este trabajo se presenta la incidencia, en los últimos 9 años, de los distintos serotipos y fagotipos de *Salmonella* aislados en el Hospital Infanta Elena de Huelva que cubre la zona rural de la costa y el Condado de la provincia de Huelva.

Material y métodos:
Las cepas estudiadas fueron serotipadas en nuestro laboratorio para antígenos somáticos en aglutinación en porta siguiendo el protocolo de la casa Difco. Posteriormente se enviaron al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda CNMVIS para su tipificación definitiva mediante aglutinación flagelar y estudios de fagotipia.

Resultados:
Se tipificaron 383 cepas de *Salmonella* aisladas de 2000 a 2008. Los aislados pertenecían a enfermos que acudían al urgencias del hospital o que fueron ingresados. Las cepas procedían de cultivos de heces en el 98% de casos. El mayor numero de *Salmonellas* se aisló en pacientes mayores de 15 años (58,8%), predominando los mayores de 50, seguidos del grupo de niños de < 5 años (29,4%) y el tramo 5-15 años (11,7%). La distribución de serotipos en el periodo ha sido 248 cepas de *S.enteritidis,* 83 *S.tiphymurium* y 52 del resto. La distribución por años sufrió un cambio significativo desde el comienzo al final del estudio, predominando claramente el serotipo enteritidis hasta el año 2005, desplazándose a tiphymurium en los 3 últimos años (el 45% del total en 2008).. Igualmente los serotipos predominantes de *S.enteritidis* han variado con los años, siendo predominantes los fagotipos 1 y 4 en los primeros años, desplazándose al fagotipo 21 hacia el final del estudio. En general percibimos una marcada disminución del numero de *Salmonellas* aisladas a partir del año 2006 (60% menos).

Conclusiones:
En nuestra área, la incidencia por edades de serotipos de *S.enterica* difiere de los datos publicados a nivel nacional por el Centro Nacional de Epidemiología, al corresponder la mayoría de los casos a adultos. Así mismo se observa que el serotipo enteritidis esta siendo desplazada en los últimos años por *S.tiphymurium*. Aunque esto parece tener relación con el fuerte descenso del serotipo enteritidis más que un aumento de casos de tiphymurium.

Palabras Clave Salmonella, gastroenteritis, coprocultivo.

Nombre Juan A Pérez Cáceres

Servicio Laboratorio microbioolgía ***Hospital*** Infanta Elena de Huelva

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **INCIDENCIA DE LOS GENOTIPOS DE VPH EN INFECCIONES PREMALIGNAS**

Autores ***GUTIÉRREZ-AROCA J B, CAUSSE M, CASAL M.**

Centro **Serv. de Microbiología del Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**

Resumen

Introducción/Objetivos:
Teniendo en cuenta la relación entre el VPH y el Cáncer de Cuello de Útero, pretendemos saber la prevalencia de este virus la distribución de sus distintos genotipos, considerados de alto riego, en nuestro medio.
Material y Métodos:
Se estudiaron los genotipos en 354 muestras de Ex. Endocervix, que comprende un periodo de 2 años (2007 y 2008)
Inicialmente se realizo un cribado para determinar la existencia de genotipos de Alto Riesgo de Producir el Cáncer, mediante la técnica Amplicor HPV (Roche) y en aquellas muestras que dieron positivos se les hizo el genotipado mediante Inno-Lipa v2 (Innogenetics).
Resultados:
Palabras Clave: VPH, Genotipos, Papilomavirus
Los genotipos que mas frecuentemente se identificaron fueron el 16 (36.36%) 51 (17,42%) los 52(13.6%) 56(12.1%) 31(11.4%) 18 y 39 (10,6%) y el resto 33-35-45-53-58-66-68-73-82 con porcentajes muy inferiores. Del 26 y 59 no se encontraron ningún caso.
Se encuentran mayor número de muestras con un solo genotipo que infecciones múltiples (con dos genotipos o más).
Si relacionamos el genotipo con las lesiones citológicas se vio que en todos los casos en que se identifico al genotipo 16 hubo lesiones CIN 3 y en una paciente había Cáncer de cuello.
Comentario:
El genotipo 16 es el más frecuentemente encontrado.
El genotipo 16 aparece en las lesiones más evolucionadas (CIN 3 o Cáncer) cuando va aisladamente y cuando este genotipo va asociado a otros genotipos las lesiones que presentan son menos evolucionadas
En las lesiones premalignas, nos han aparecido un porcentaje mayor con un solo genotipo que cuando van asociados dos o más.
De las 354 pacientes 132 (37,28%) dieron positivo en el cribaje, y de estos 84 (63.63%) dieron positivo a un solo genotipo y 48 (36.36) a dos o mas.

Palabras Clave Papilomavirus, genotipe

Nombre Juan Bautista Gutiérrez Aroca
Servicio Microbiología ***Hospital*** Reina Sofía
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**MUTACIONES DE RESISTENCIA EN PACIENTES VIH NAÏVE EN EL AREA DE JEREZ.**
Autores	**Alados JC., García-Figueras C, Tocón G, Bancalero P*, De Miguel C, Palomares JC**, Terrón JA, López MD**
Centro	S. Microbiología. *S. Infecciosos. Hospital del SAS de Jerez .** S. Microbiología Hospital de Valme (Sevilla)

Resumen

OBJETIVO:
La presencia de mutaciones que confieren resistencia en las cepas del VIH presentes en pacientes no tratados previamente (naïve) compromete seriamente el manejo de estos. El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de resistencias en los pacientes infectados por VIH naïve atendidos en el Area Sanitaria de Jerez durante el periodo noviembre 2006- julio de 2009 así como definir las mutaciones más frecuentes.
MATERIAL Y METODOS:
Estudio retrospectivo que incluye a 77 pacientes naïve (63 varones, 14 mujeres) atendidos en nuestro hospital desde Noviembre de 2006 a Agosto de 2009. El test de resistencias se realizó en pacientes con carga viral superior a 1000 copias/ml. La carga viral se determinó mediante el equipo Cobas TaqMan HIV (Roche Diagnostics). La presencia de mutaciones que confieren resistencia a antirretrovirales se detectó por secuenciación directa del *gen pol* mediante Trugene HIV genotyping kit (Siemens).
RESULTADOS:
Los pacientes estudiados tenían una edad media de 38.5 años (13-61), tan sólo 6 eran inmigrantes. De acuerdo con la clasificación del CDC 37 pacientes (48%) se encontraba en estadío A, 5 (6.5%) en el B y 14 (18%) en el C. La vía de infección más frecuente fue el contacto sexual (52%), heterosexual 19 casos y homosexual 21 casos. El subtipo más prevalente fue el B, siendo diferente a este en sólo dos pacientes. Se detectaron mutaciones en 88% de pacientes (68/77) afectando mayoritariamente a la región de la proteasa, detectamos en esta región en 61 ocasiones polimorfismos sin transcendencia en cuanto a resistencia. Las mutaciones más frecuentes fueron K103N/S para los ITINAN y I62V, L63P para los IP.
Se detectó resistencia primaria o actividad disminuida a antirretrovirales en 12 pacientes (15.6%), afectando a inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) en 8 casos (ITINAN: 5 resistencias y 2 actividad disminuida; ITIAN: 1 resistencia) y a Inhibidores de la Proteasa (IP) en tres ocasiones, todos estos con actividad disminuida. En tan sólo un paciente (1.3%) se detectó resistencia conjunta a los ITIAN, ITINAN e IP. Descartando los casos de actividad disminuida la prevalencia de resistencia es del 9% (7/77).En dos pacientes no se pudo realizar el test de resistencias a IP por no amplificar la región genética correspondiente.
Detectamos un descenso en el número de pacientes naïve con resistencias/actividad disminuida a lo largo del tiempo, así durante el primer año de nuestro estudio encontramos 10 de los 12 casos, y en el último año sólo 1, pasando de una alta prevalencia del 45% a una baja prevalencia 2.5%; en sendos periodos los niveles medios de CD4 fueron 229 y 301/mm^3, respectivamente.
CONCLUSIONES:
La prevalencia en pacientes naïve de cepas multirresistentes a antirretrovirales en nuestra área es baja. La tasa de resistencias primarias en el periodo estudiado es similar a otras descritas en Andalucía, aunque observamos a lo largo de dicho periodo un importante descenso en la prevalencia de resistencias. Si esta tendencia se mantiene, situándose por debajo del 5%, límite en el que algunos expertos establecen el coste-beneficio de la realización del test de resistencias en naïve, se debería de replantear la recomendación de realizar el estudio genotípico de resistencias en todos los pacientes naïve en nuestro área.

Palabras Clave VIH. Resistencias. Naïve.

Nombre Juan Carlos Alados Arboledas
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital del SAS de Jerez
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**COMPARACIÓN DE VPIII versus CULTIVO-TINCIÓN DE GRAM EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN VAGINAL EN MUJERES ADULTAS**
Autores	**De Miguel C., Alados JC., De Francisco JL., Serrano E., Lopez MD.**
Centro	S. Microbiología. Hospital del SAS de Jerez (Cádiz).

Resumen

INTRODUCCION:
La infección vaginal es causa de numerosas consultas ginecológicas. El diagnóstico basado solamente en el tipo de secreción vaginal no siempre es suficiente y puede conducir a un error diagnóstico y fracaso terapéutico, con el consecuente perjuicio a la paciente. El diagnóstico microbiológico de la infección vaginal mediante cultivo y tinción de la secreción vaginal requiere al menos de 48 horas mientras las técnicas de ADN recombinante proporcionan resultados en menos de 2 horas.
OBJETIVO:
Comparar el método semiautomático Affirm VP III (Becton Dickinson) para la detección de patógenos vaginales con el método tradicional (cultivo y tinción de Gram).
MATERIAL Y METODOS:
Se revisaron, de forma retrospectiva, los resultados microbiológicos de 3533 muestras vaginales de mujeres adultas. Durante el primer periodo, enero-junio de 2008, se procesaron 1885 muestras mediante tinción de Gram y cultivo (agar sangre y agar chocolate incubados a 36ºC en atmósfera de CO_2; Cromogen Albicans-Biomedics y Cultrich-Trichomonas médium-Biomedics, incubados a 36ºC). En el segundo periodo, enero-junio de 2009, las muestras (n=1648) fueron procesadas mediante el sistema Affirm VP III, capaz de detectar e identificar *Trichomonas vaginalis, Candida spp* y *Gardnerella vaginalis,* Cuando la prueba era positiva para Candida spp y se disponía de un segundo escobillón de muestra, éste se sembró en Cromogen Albicans.
RESULTADOS:
Las muestras positivas (aislamiento/detección de *T. gaginalis, G. vaginalis* o/y *Candida spp*) en el primer y segundo periodo fueron 706 (37%) y 647 (39%), respectivamente. Mediante el método convencional se diagnostican 255 (34.7%) vaginosis, se aisló Candida spp en 449 (64%) y T vaginalis en 2 (0.3%). Mediante el sistema Affirm VP III, se detectó *G. vaginalis* en 306 (47%) muestras, *Candida spp* en 335 (52%) y *T. vaginalis* en 6 (1%). La especie de Candida detectada con más frecuencia en ambos periodos fue *Candida albicans* (84% en el primer periodo y 76% en el segundo).
CONCLUSIONES:
Si consideramos homogéneas las muestras estudiadas en ambos periodos, podemos concluir que aunque ambas metodologías tienen una rentabilidad diagnostica global similar, el sistema Affirm VP III es capaz de detectar más *G. vaginalis* y *T. vaginalis*, esta última posiblemente debido a que su detección no depende del mantenimiento de la viabilidad del parásito. Por otro lado, el mayor numero de aislamiento de *Candida spp* diagnosticadas en el primer periodo es debido a que se consideró positivo el aislamiento escaso de levaduras, que estaría por debajo del umbral del la técnica Affirm VPIII .

Palabras Clave Affirm VPIII, Vaginitis, Vaginosis.

Nombre Juan Carlos Alados Arboledas
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital del SAS de Jerez
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	EVALUACIÓN DE DOS SISTEMAS DE EXTRACCIÓN AUTOMÁTICA DE ARN PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INFLUENZA H1N1 "NUEVA" EN MUESTRAS CLÍNICAS
Autores	Palomares J.C., Bernal, L. Pérez, S. M Parra y E. Martín-Mazuelos.
Centro	Unidad de Gestión Clínica de Microbiología, H.U.Valme, Sevilla

Resumen

OBJETIVOS:
Comparar la utilidad y la sensibilidad de dos sistemas de extracción automática de ácidos nucleicos, para la detección del Virus de la Influenza A/H1N1 "nueva" en muestras clínicas.
MATERIAL Y MÉTODOS:
La sensibilidad de los sistemas de extracción automática (AmpliPrep TNAI y MagNApure Compact, Roche Diagnostic) se determinó analizando 5 diluciones seriadas de Control Positivo (concentración inicial 10.000 copias de ARN del virus de la gripe A/H1N1) por triplicado. En cada caso se determinó el ciclo (Ct) en el que comenzó la amplificación exponencial de ARN.
Posteriormente se compararon los resultados obtenidos con 68 muestras clínicas recibidas en la UGC de Microbiología del Hospital de Valme para la detección del Virus de la Influenza A/H1N1 "nueva" mediante la determinación de dicho Ct.
En ambos casos la determinación se realizó utilizando el kit Real Time Ready Influenza A/H1N1 Detection Set (Roche Applied Science) que utiliza un control interno en cada muestra para descartar inhibición por componentes de la misma.
RESULTADOS:
Los resultados comparando las diluciones de Control Positivo reflejaron en todo momento la base cuantitativa de la RT-PCR a tiempo real. El Ct de la amplificación de 10.000 copias/capilar fue 26, el de 1000 copias de 28, 100 copias 32 y 10 copias 35. El resultado obtenido con una concentración de 1 copia/capilar fue errático dando en una ocasión negativo (Ct> 45) y en otras un Ct excesivamente elevado (>40) por lo que no consideramos adecuado emplear este dato en el análisis. Por tanto consideramos que la técnica de detección presenta un límite de detección de 10 copias/capilar, lo que equivaldría a la presencia de 2000 copias/ml en la muestra.
Analizando los datos obtenidos con las muestras clínicas cuyos resultados fueron positivos, observamos que todos ellos presentaron un Ct entre 28 y 36, por lo que entrarían en el rango de detección de la técnica. Ninguna de ellas mostró una amplificación superior a 36, indicando que el número de copias presente en las muestras es superior al límite de detección.
Los resultados obtenidos comparando los dos sistemas de extracción fueron similares con un ligero retraso en la amplificación en la extracción con Ampliprep de 2 ciclos de media, posiblemente reflejando una dilución del ARN extraído, ya que este último sistema eluye el ARN en 150 µL, mientras que MagNApure lo hace en 50 µL. Esta diferencia desapareció cuando en lugar de usar 5 µL de extraído/capilar, usamos 10 cuando la muestra se extrae con Ampliprep.
CONCLUSIONES:
1 – El límite de detección segura del kit empleado está en la presencia de 2000 copias de ARN por ml de muestra.
2 – Ambos sistemas de extracción son seguros, no mostrando diferencias significativas en la obtención de los resultados.

Palabras Clave H1N1

Nombre JOSE CARLOS PALOMARES FOLIA
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** H.U.VALME
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**MUTACIONES DE RESISTENCIA A DARUNAVIR Y ETRAVIRINA EN ANDALUCIA. IMPACTO EN LA SENSIBILIDAD ANTIVIRAL DE LA INTERPRETACION MEDIANTE DIFERENTES ALGORITMOS.**
Autores	**M. ALVAREZ[1], S BERNAL[2], F FERNANDEZ CUENCA[3], I VICIANA[4], V. GUILLOT[1], M PARRA[2], N CHUECA[1], F.GARCIA[1] y JC PALOMARES[2].**
Centro	1-H San Cecilio(Granada),2-H. de Valme (Sevilla).3-H. V. Macarena(Sevilla) y 4-H V de la Victoria (Málaga).

Resumen

Introducción: Darunavir y Etravirina son dos nuevas moléculas pertenecientes a los inhibidores de la proteasa y no análogos de nucleósidos, respectivamente, que han demostrado en los ensayos clínicos DUET una gran actividad anti-VIH. Ambas moléculas son las más recientes y potentes de sus respectivas familias. Aunque Darunavir está aprobado para el tratamiento en terapia de inicio, generalmente, al igual que Etravirina, se reserva para pacientes con fracasos terapéuticos avanzados en los que la terapia de rescate es, en ocasiones, difícil, principalmente debido a las numerosas mutaciones acumuladas que no permiten construir un régimen con al menos dos o tres fármacos plenamente activos. En este contexto estos dos fármacos juegan un papel esencial, y es por tanto fundamental la correcta interpretación del genotipo de resistencia. Para Darunavir, el score internacionalmente aceptado se ha derivado de los ensayos DUET, e incluye a las mutaciones V11I, V32I, L33F, I47V, I50V, I54LM, T74P, L76V, I84V y L89V en la proteasa. Para Etravirina, también se ha derivado un score, en este caso ponderado, ya que se asignan distintos pesos a las mutaciones, en los ensayos DUET, que incluye las mutaciones V90I, A98G, L100I, K101EHP, V106I, E138A, V179DFT, Y181CIV, G190AS y M230L en la transcriptasa reversa. El **objetivo** de nuestro estudio ha sido valorar la interpretación a estos dos fármacos por estos sistemas y por los de la base de datos de Stanford, un sistema de muy amplia difusión entre los médicos que manejan pacientes VIH. Para Etravirina, además se ha comparado con el score ponderado de Monogram.

Pacientes y Métodos: Se han recogido los datos de 3952 genotipos de resistencia realizados en los 4 centros autorizados por la consejería de salud. 252 genotipos se habían realizado en el Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de la Victoria, 392 en el Virgen Macarena, 981 en Nuestra Señora de Valme y 2327 en el Hospital San Cecilio. Los genotipos se obtuvieron en todos los casos siguiendo la metodología propuesta en el HIV Genotyping Kit, Siemens NAD. Todos los genotipos se han interpretado utilizando los scores ya descritos de DRV y ETV y los propuestos por la base de datos de Stanford (http://hivdb.stanford.edu/pages/algs/HIVdb.html).

Resultados: En el total de la muestra estudiada, el 37.9% tenían experiencia con Inhibidores de la Proteasa (IPs) y el 34.2% con no análogos de nucleósidos (NNRTIs). La mediana de carga viral (copias/mL) fue de 14427.5 (IQR 2212.25-71650.00) y de CD4s (células/µl) de 283 (IQR 148-460.5). La prevalencia de las mutaciones de resistencia recogidas en el score de DRV fue de 10.4% en el global de pacientes, y del 16.7% en aquellos pacientes que habían sido previamente tratados con IPs. Los porcentajes de sensibilidad, actividad disminuida y resistencia fueron del 98.2, 1.0 y 0.7 en toda la muestra, y del 97.2, 1.5 y 1.3 en los que habían tomado IPs. Estos porcentajes se modifican hasta 82, 17.5 y 0.6%, cuando se utiliza la base de datos de Stanford para la interpretación de la resistencia, en pacientes con experiencia previa con IPs. De un modo similar, para Etravirina, observamos una prevalencia de las mutaciones de resistencia recogidas en el score del 16.3% en el global de pacientes, y del 23.9% en aquellos pacientes que habían sido previamente tratados con NNRTIs. Los % de sensibilidad, actividad disminuida y resistencia fueron del 91.9, 6.8 y 1.3 en toda la muestra, y del 86.8, 10.7, y 2.5 en los que habían tomado NNRTIs. Estos porcentajes se mantienen en niveles similares cuando se analizan mediante el score propuesto por Monogram, pero se incrementan hasta 78, 21, y 1 utilizando la base de datos de Stanford en los pacientes con experiencia con NNRTIs.

Conclusión: Para Darunavir y Etravirina, se sobreestima la resistencia cuando se utiliza para la interpretación la base de datos de Stanford. Este hecho es de especial relevancia para construir un régimen de tratamiento en pacientes multitratados con escasas posibilidades de rescate.

Palabras Clave Darunavir, Etravirina, Resistencia, Interpretación.

Nombre José Carlos Palomares Folía

Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario Virgen de Valme

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**COINFECCIÓN DE *AEROMONAS HYDROPHILA* GRUPO *Y CAMPYLOBACTER SPP.* EN GASTROENTERITIS AGUDA**
Autores	**DE FRANCISCO J.L.*, ALADOS J.C., DE MIGUEL C., LOPEZ M.D., CALBO L.**
Centro	S. MICROBIOLOGÍA . HOSPITAL DE JEREZ. JEREZ DE LA FRONTARA

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La enteropatogenicidad de *Aeromonas spp*. actualmente es controvertida. Aunque no forma parte de la flora normal se ha demostrado su presencia en personas asintomáticas. La gastroenteritis por *Aeromonas spp*. varía desde diarrea acuosa aguda o disentería a infección crónica. Solo 4 de las 23 fenoespecies se aislan con frecuencia significativa a partir de heces: *A. hydrophila, A. caviae, A. veronii* y *A. trota.*
OBJETIVO:
Describir las características de los aislamientos de *Aeromonas hydrophila* de heces en el área del hospital de Jerez de la Frontera durante un año, en relación con las demás bacterias enteropatógenas.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se estudiaron retrospectivamente las bacterias enteropatógenas aisladas de los coprocultivos procesados en la Sección de Microbiología del Hospital de Jerez de la Frontera durante el periodo comprendido entre septiembre de 2008 y agosto de 2009. Las muestras se sembraron en agar sangre, agar MacConkey, agar XLD, agar campylobacter Blaser, agar CIN y caldo de Selenito, desde este último se hizo una resiembra a las 6 horas al medio de agar Hektoen. Se incubaron durante 18-24 horas en atmósfera aerobia a 35º C., excepto agar CIN que se incubó a 25º C. y el medio de agar campylobacter Blaser que se incubó a 42º C. en atmósfera microaerófila. La identificación de los microorganismos se realizó siguiendo las técnicas habituales de nuestro laboratorio.
RESULTADOS:
Durante el periodo del estudio se procesaron 3.366 coprocultivos de los que se aislaron 306 bacterias enteropatógenas procedentes de 289 pacientes, 167 varones (57,79%) y 122 mujeres (42,21%). La distribución de los pacientes por edad fue: 205 (70,94%) menores de 14 años, 73 (25,26%) de 15 a 65 años y 11 (3,81%) mayores de 65 años. La procedencia de las muestras fue de origen extrahospitalario en 182 casos (62,98%), de consultas externas en 7 casos (2,42%), de urgencia general en 10 casos (3,46%), de Urgencia Materno-Infantil en 64 casos (22,15%) y de pacientes hospitalizados en 26 casos (9,00%). Los enteropatógenos aislados, por orden de frecuencia, fueron: *Campylobacter spp*. 129 (42,16%), *Salmonella enterica* 116 (37,91%), *Aeromonas hydrophila* 52 (16,99%) y *Yersinia enterocolitica* 9 (2,94%). En 17 pacientes se aislaron dos enteropatógenos simultáneamente, en 14 casos uno de los aislados fue *Aeromonas hydrophila* y en 12 de ellos el patógeno coinfectante fue *Campylobacter spp.*
CONCLUSIONES:
Aeromonas hydrophila es el microorganismo que se aisló con más frecuencia asociado a otros enteropatógenos, en especial con *Campylobacter spp.* El cual fue es el microorganismo más prevalente en nuestro medio, seguido muy de cerca por *Salmonella enterica.*

Palabras Clave Coprocultivos, *Campylobacter spp*., *Aeromonas spp*.

Nombre José Luis De Francisco Ramírez
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital de Jerez
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**PLEURITIS TUBERCULOSA. DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO. ESTUDIO CITOLOGICO Y BIOQUIMICO DEL LIQUIDO PLEURAL**
Autores	**SAAVEDRA J*, DOMINGUEZ A, MARQUEZ A, LUQUE C, OMARI Y**, VAZQUEZ I****
Centro	Servicio Microbiología y **Análisis Clínicos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen

OBJETIVOS:
Estudiar los datos demográficos y microbiológicos de los pacientes diagnosticados de pleuritis tuberculosa. Investigar la citología y bioquímica características del líquido pleural. Comparar la rentabilidad del diagnóstico microbiológico e histológico.
METODOS:
Diagnóstico retrospectivo de las pleuritis tuberculosas de nuestra área hospitalaria en el periodo 2002 (enero) y 2009 (septiembre). En los líquidos pleurales se han revisado la citología (recuento y fórmula) y la bioquímica (glucosa, proteinas, LDH, A.D.A. y pH). Diagnóstico microbiológico: tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de micobacterias en medio sólido (Lowenstein Jensen) y medio lïquido (MGIT o BACTEC, Becton Dickinson), con incubación de seis semanas, para muestras de líquido y biopsia pleural. Se han revisado los diagnósticos histológicos en las biopsias pleurales.
RESULTADOS:
Se han diagnosticado 34 pacientes (23 varones y 11 mujeres) de pleuritis tuberculosa. Según grupos de edad: <14 años:1, 15-50:28, 51-65:2, >65:3. Once casos correspondían a inmigrantes.
Rendimiento de técnicas diagnósticas (número de resultados positivos/número de muestras analizadas):
-Cultivo Líquido pleural: 22/34.
-Cultivo Biopsia pleural: 18/20.
-Histología: 19/25.
Características del líquido pleural (rango;media)
-Recuento leucocitos: 500-6700; 2900.
-Linfocitos (%): 70-96 ;87.
-Proteinas(g/dL): 4-6.2; 4.85.
-A.D.A.(U/L): 42-101; 67.3.
Aproximadamente un 10% de los líquidos pleurales con exudado linfocitario (>600 leucocitos; >70% linfocitos) corresponden en nuestro medio a pleuritis tuberculosa.
El parámetro bioquímico que mayor utilidad tiene como marcador de tuberculosis pleural sería el A.D.A. con un valor de corte de 44.85 U/L (sensibilidad: 95.2%; especificidad: 99.63%). El valor de las proteinas es menos significativo; una cifra de 4.63 tendría una sensibilidad: 81% y una especificidad: 96.5%.
CONCLUSIONES:

1) La mayoría de los pacientes con pleuritis tuberculosa son adultos entre 15 y 50 años (28/34). Hay predominio de varones (23/34). Los inmigrantes suponen un tercio del total de casos en los últimos ocho años.
2) La técnica diagnóstica más rentable ha sido el cultivo de la biopsia pleural (90%). El cultivo del líquido pleural (65%) y el estudio histológico de la biopsia pleural (76%) han sido menos rentables.
3) La citobioquímica característica del líquido pleural sería un exudado (>600 leucocitos) de predominio linfocitario (>70%), con cifras elevadas de proteinas (>4 g/dL) y A.D.A. (>42).
4) Un valor de A.D.A. mayor de 45 U/L en un exudado linfocitario sería en nuestro medio el mejor parámetro bioquímico para el diagnóstico de tuberculosis pleural con una buena sensibilidad y excelente especificidad

Palabras Clave Tuberculosis, Pleuritis

Nombre José María Saavedra Martín

Servicio Microbiología ***Hospital*** Juan Ramón Jiménez

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LOS HH.UU VIRGEN DEL ROCÍO ENTRE LOS AÑOS 2006 -2008**
Autores	**MERINO. L, FREYRE. C, MARTÍN. A, SÁNCHEZ. M Y J. AZNAR.**
Centro	Hospital Universitario Virgen del Rocío. SEVILLA

Resumen

OBJETIVOS:
Debido al posible incremento de la incidencia de algunas ETS en los últimos años, nos planteamos conocer los casos de sífilis activa diagnosticados en los HH.UU Virgen del Rocío entre los años 2006-2008, para comprobar si realmente existía un aumento de la incidencia en estos tres años.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Revisamos retrospectivamente las peticiones de serología sifilítica que llegaron a nuestro laboratorio entre los años 2006-2008. En este periodo de tiempo se procesaron un total de 55.685 sueros (año 2006 = 16.199, año 2007 = 18.644, año 2008 = 20.842). A todos los sueros se les realizó un primer screening basado en una técnica de quimioluminiscencia y usando antígenos treponémicos (Diasorin). En las peticiones sin orientación diagnóstica, si el screening era negativo, se informaron como tal y no realizamos ninguna prueba más. Todos los sueros que resultaron positivos en el screening; así como los que resultaron negativos en el screening pero venían orientados como posibles sífilis, se confirmaron por FTA Ab IgG e IgM (Análisis genética) y se determinaron anticuerpos anticardiolipina con RPR carbón (Becton-Dickinson), cuantificada. Se consideró como sífilis activa la presencia de screening positivo, FTA IgG positivo, FTA IgM positivo o negativo y RPR mayor o igual a 1/8.

RESULTADOS:
En este periodo de tiempo de tres años, se diagnosticaron sífilis activa en un total de 205 pacientes: 43 pacientes en al años 2006, 73 en el 2007 y 89 en el 2008. El 88,5% de los casos fueron hombres y el 11,2 % mujeres. De estos 205 pacientes 41 (20%) estaban coinfectados con VIH y de estos 41 pacientes, 7 (3,4%) fueron primoinfecciones conjuntas de VIH y sífilis. El 58% de los 205 pacientes se encontraban en el rango de edad de 30-50 años, el 23,4% entre 18-29 años, el 17,6 % entre 70-90 años y solo un 1% entre 70-90 años. Aunque hubo 2 embarazadas entre los casos de sífilis activa, no se diagnóstico ningún caso de sífilis congénita. Como complicación de la sífilis se diagnosticaron 2 casos de neurosífilis en el año 2006 y ninguno en los años 2007 y 2008.

CONCLUSIONES:
- Con estos datos, hemos observado un incremento en los casos de sífilis activa a lo largo de estos tres años.
- Existe un alto porcentaje de pacientes que estaban coinfectados con VIH y sífilis, lo que concuerda con los últimos estudios realizados.
- Un 3,4% de los casos fueron primoinfecciones conjuntas de VIH y sífilis, lo que confirma la estrecha relación que entre infección VIH y sífilis, a la hora de adquirir estas enfermedades.

Palabras Clave Sífilis activa, VIH.

Nombre Laura Merino Díaz
Servicio Microbiología ***Hospital*** HH.UU Virgen del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS URETRITIS DURANTE CUATRO AÑOS EN LA ZONA OESTE DE MÁLAGA.**
Autores	**L. MORA*, A. INFANTE, MV. GARCIA, A GUTIERREZ, I. VICIANA, M. ORTEGA, A. PINEDO.**
Centro	HOSPITAL C.U. "VIRGEN DE LA VICTORIA"

Resumen

INTRODUCCION/OBJETIVOS:
Las infecciones transmisión sexual (ITS) han pasado, sin duda alguna, por épocas y períodos muy distintos, conociendo a lo largo de la historia momentos más o menos álgidos. Las ITS son bastante frecuentes en el adolescente y adulto joven. Su importancia radica en la trascendencia de tipo social, ya que son enfermedades muy frecuentes y de fácil contagio. Tanto las uretritis como las cervicitis son una de las formas de presentación clínica más habituales. Los gérmenes más frecuentes implicados en las uretritis son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, Mycoplasma genitalium, *Trichomonas vaginalis* entre otros. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la etiología de las uretritis en la zona este de Málaga a partir de los aislamientos microbiológicos, durante un período de 4 años.
METODOS:
Estudio descriptivo de los aislamientos de *N. gonorrhoeae*, *U. urealyticum*, *M. hominis* y C trachomatis en exudados uretrales desde Enero de 2006 a Agosto de 2009. Las muestras se sembraron en: Agar sangre, Agar chocolate, Agar MckConkey, Agar Thayer-Martin y en la Galería Mycoplasma IST2 de BioMériux® (*U.urealyticum* y *M.hominis*). A todas se les realizó fresco y tinción Gram. La identificación de *N.gonorrhoeae* se realizó con API NH y tarjetas VITEK NH (BioMériux®). Para el estudio de sensibilidad se utilizó difusión disco-placa para *N. gonorrhoeae* y microdilución mediante Galería Mycoplasma. Para la realización de la betalactamasa de *N. gonorrhoeae* se utilizó discos de cefinasa (BBD BBL™). Para *C. trachomatis* utilizamos una técnica de IFD mediante el kit Chlamydia Direct IF (BioMérioux) que solo se realizó en 23 muestras.
RESULTADOS:
Durante este período se han procesado 555 muestras siendo 34% (189) positivas. En general, los aislamientos por orden de frecuencia fueron en primer lugar *Ureaplasma/Mycoplasma* en el 62.4% (118), le seguía *N.gonorrhoeae en el 3*7.6% (71). En relación a la distribución de *N.gonorrhoeae* por año, en 2006 fue del 19.6% (13), en 2007 del 8% (13), 2008 14% (28) y en 2009 13.4% (17). El 97.2% de los casos eran hombres con una edad media de 30 años. El porcentaje de betalactamasa fue de 21.2% positivas y 78.8% negativas. El 20% de los casos, de *N.gonorrhoeae* fueron resistentes a ciprofloxacino. En relación a los aislamientos de *Ureaplasma/Mycoplasma* el 89.8% fueron *U.urealyticum* y 10.2% *M.hominis*. La distribución de *U. urealyticum* por año, en 2006 fue del 42.4% (28), en 2007 14.8% (24), 2008 16.4% (33) y en 2009 16.6% (21). La sensibilidad a quinolonas (ciprofloxacino) de *U. Urealyticum* fue del 18%, a Doxiciclina en el 100%, siendo un 81.4% con recuento $>10^4$ UFC/ml. Solamente un caso (4.3%) fue positivo para *C trachomatis*.
CONCLUSIONES:

1. El porcentaje de muestras positivas es muy alto (34%), si se tiene en cuenta que no se ha realizado la selección de muestras con criterios clínicos, sino un estudio retrospectivo de todas las peticiones analíticas de exudados uretrales.
2. En nuestro medio los microorganismos aislados más frecuentes en uretritis fueron: *Ureaplasma*/*Mycoplasma* seguido de *N. gonorrhoeae*.
3. En el 21.2% de *N gonorrhoeae* fueron productora de B-lactamasa. La resistencia a quinolonas en un 20% en *N. gonorrhoeae* y un 82% en *U.urealyticum*, hace que no esté indicado en el tratamiento de elección de UG y UNG.
4. La elevada frecuencia de *Ureaplasma urealyticum* en personas asintomáticas hace pensar que en muchos casos no esté asociado a UNG.

Palabras Clave Uretritis, Ureaplasma, Gonococo

Nombre LAURA MORA NAVAS
Servicio MICROBIOLOGIA ***Hospital*** HCU "VIRGEN DE LA VICTORIA"
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**
Autores	**ANDRADES M*, BATISTA A, OLVERA-PORCEL MC, ARIAS T, CASTILLO ,LIÉBANA JJ**
Centro	**FACULTADES DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**

Resumen

Introducción / Objetivos:
Helicobacter pylori (Hp) es una bacteria que se puede encontrar en la mucosa gástrica humana y se relaciona con diferentes enfermedades digestivas. Sin embargo, son numerosos los individuos que están colonizados sin presentar sintomatología alguna. Se estima que la prevalencia de Hp en la población mundial es del 50% y de ésta en torno al 7% de las personas podrán verse afectadas por patología gastroduodenal relacionada con la bacteria. Estas cifras revelan la importancia de esta infección y justifican el interés despertado por el conocimiento de su epidemiología.
Se considera que su adquisición es por contacto interpersonal, no se conoce con exactitud cuál es su reservorio, aunque parece ser que la cavidad oral podría ser uno de ellos.
Se persigue ver si las actividades prácticas que desarrollan los estudiantes de la Facultad de Odontología suponen un factor de riesgo de colonización por Hp. De ser cierta esta hipótesis deberá establecerse nuevas barreras mecánicas para evitar su transmisión.
De acuerdo con lo expuesto, se propone para nuestro trabajo el objetivo de determinar la prevalencia de colonización de Hp en estudiantes de Odontología comparándola con otro grupo poblacional de similares características no relacionado con el área odontológica.
Material y Métodos:
Se analizaron 3 grupos poblacionales: 53 alumnos de la facultad de Odontología de la Universidad de Granada de primer curso (18-19 años), 41 alumnos de quinto (23-24 años) de la misma facultad y 40 alumnos de otras facultades de la Universidad de Granada no relacionadas con el ámbito sanitario como grupo control con edades similares a los de quinto curso. A todos los participantes que se ofrecieron voluntariamente a colaborar en el trabajo de investigación, se les informó del propósito del estudio y de las condiciones necesarias para formar parte de él. Ellos dieron su consentimiento por escrito. En todos los casos se contó con la autorización expresa de los diversos decanatos implicados.
La colonización por Hp en los participantes en el estudio se determino mediante el test del aliento, se utilizó el kit comercializado UBTest de Otsuka Pharmaceutical S.A. (ref. 918615)
Los resultados fueron sometidos al tratamiento estadístico oportuno mediante el test de chi cuadrado.
Resultados:
La prevalencia de Hp encontrada en los distintos grupos mediante el test del aliento fue del 32,1% en los alumnos de primero de la Facultad de Odontología, del 41,5% en los de quinto curso y del 35% en los del grupo control.
Conclusiones:
La prevalencia de Hp en los estudiantes de quinto curso de Odontología es superior a los alumnos de primero y a los del grupo control; pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. La gran motivación en higiene bucodental de estos alumnos podría ser la causa de que el porcentaje de colonización de los mismos sea inferior al esperado.

Palabras Clave : *Helicobacter pylori,* estudiantes de odontología, prevalencia

Nombre MARÍA ANDRADES ORTEGA
Servicio Departamento de Microbiología ***Hospital*** Facultades de Medicina y Odontología de Granada
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	EPIDEMIOLOGIA MOLECULAR DE M. TUBERCULOSIS RESISTENTES MEDIANTE REP-PCR
Autores	CAUSSE, M[1]., RUIZ, P[2]., LOPEZ-RODRIGUEZ, MI[1]., LOPEZ-ALCARAZ, MC[1]., CASAL, M[1,2].
Centro	1.-SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA H.U. REINA SOFÍA. CORDOBA (ESPAÑA) 2.-MICOBACTERIA REFERENTE CENTER, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (ESPAÑA)

Resumen

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Genotipar micobaterias responde a los objetivos de detectar brotes de forma rápida y eficaz, discriminar posibles contaminaciones en el laboratorio, detectar mecanismos de transmisión no habituales en pacientes con una relación no sospechada y evaluar la expansión interterritorial de cepas.

Habitualmente se realiza mediante técnicas como Spoligotyping, MIRU-VNTR y RFLP IS6110. Entre ellas la capacidad de discriminación entre cepas varia, utilizándose las dos primeras para encontrar cepas con alto porcentaje de similitud y realizando la última para confirmar esta relación.

Nuestro objetivos fue realizar el genotipado y por lo tanto probar la relación entre cepas con alguna resistencia en el antibiograma de primera o segunda línea. En estos casos intentar probar mediante estudio de campo la posible relación entre los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han probado 15 cepas del año 2009 en las que se encontró alguna o varias resistencias en el antibiograma de primera o segunda línea. 6 de estas cepas eran resistentes a Streptomicina, 2 a Etambutol, 3 a Rifampicina, 2 a Rifampicina e Isoniacida, otra a Etambutol, Streptomicina e Isoniacida. En último caso una era resistente a Etionamida, Streptomicina, Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida.

Se empleó una técnica basada en tecnología rep-PCR denomina Diversilab (Biomérieux®). La extracción se realizó mediante una modificación del protocolo del Ultra Clean Microbial DNA Isolation Kit. A continuación se procedió a la rep-PCR en el termociclador Applied 9700 y el análisis de los fragmentos se realizó en un chip mediante electroforesis capilar en el Agilent 2100 Bioanalyzer. Estos datos eran analizados en mediante el sistema informático de Diversilab a través de página web que permite la comparación entre las cepas probadas en el laboratorio, así como cepas procedentes de librerías.

RESULTADOS

Entre las 15 cepas testadas no se encontró un porcentaje de acuerdo de más del 75%, mientras que para ser consideradas un clon se necesita un 95%. Se analizaron para el correcto funcionamiento de la técnica una cepa obtenida del mismo paciente que si resultó en un 99% de similitud

CONCLUSIONES

A pesar del pequeño número de cepas utilizadas el sistema de tipado, Diversilab parece distinguir correctamente entre clones de cepas.

Existe una amplia variabilidad entre las cepas con algún patrón de resistencia, no habiendo encontrado ninguna clonalidad entre las cepas testadas.

Palabras Clave

Nombre MANUEL CASSE

Servicio SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** H.U. REINA SOFÍA. CORDOBA (ESPAÑA)

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**EVALUACIÓN DEL TEST RÁPIDO SPEED-OLIGO NOVEL INFLUENZA A H1N1 PARA LA DETECCIÓN ESPECIFICA DE LA NUEVA VARIANTE PANDEMICA DE GRIPE A H1N1**
Autores	**BAUTISTA-MARÍN MF[1], PEDROSA-CORRAL I[1], PÉREZ-RUIZ M[1]*, ROJAS J[2], CAMACHO AG[2], CEBALLOS R[1], RUIZ-ORTIZ J[2], RODRÍGUEZ-GRANGER J[1], NAVARRO-MARÍ JM[1], CARRILLO JA[2],**
Centro	**1. Servicio de Microbiología, H.U. Virgen de las Nieves. 2. Vircell, S.L. Granada.**

Resumen

Introducción/objetivos

En abril de 2009, la OMS informó de casos de infección en humanos en Méjico por una nueva variante de virus gripe A H1N1 (AnH1N1). La diseminación de casos de gripe por esta nueva variante por diversos países ha conducido a una situación de pandemia. La confirmación de laboratorio de estos casos se realiza mediante técnicas de RT-PCR, la mayoría de las cuales usa formatos de PCR en tiempo real. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad del nuevo test oligocromatográfico SPEED-OLIGO NOVEL INFLUENZA A H1N1 (S-O nH1N1; Vircell, S.L.) para la detección específica de AnH1N1. Este test se basa en la amplificación mediante PCR de un fragmento del gen de la hemaglutinina de AnH1N1, y posterior detección mediante oligocromatografía; por tanto, no requiere instrumentación para PCR en tiempo real.

Métodos

La técnica S-O nH1N1 emplea un sistema de RT-PCR convencional, y detección de los productos de amplificación mediante oligocromatografía. El formato de detección consiste en una tira de nitrocelulosa en la que se visualizaría una banda específica de gripe AnH1N1, la banda correspondiente a la amplificación del control interno, y una tercera banda en la parte superior como control de migración del líquido. La amplificación se realiza en 1 h y la detección se lleva a cabo en 5 min. La especificidad del ensayo se determinó usando cepas adenovirus, gripe A H5N1, H1N1 estacional y H3N2, gripe B, parainfluenza 1, 2 y 3, y virus respiratorio sincitial (VRS). La sensibilidad analítica del test se determinó con concentraciones conocidas de un plásmido (pH1) que contenía un fragmento (diana para la PCR del nuevo test) del gen de la hemaglutinina de AnH1N1. La utilidad clínica se determinó con ARN de 103 muestras respiratorias de pacientes con sospecha de gripe AnH1N1, y con ARN y ADN de 150 muestras respiratorias positivas para otros virus (2 adenovirus, 2 bocavirus, 1 metapneumovirus humano, 3 coronavirus, 30 gripes A H1N1 estacional, 47 gripes A H3N2, 63 gripes B, 1 parainfluenza 3 y 1 VRS). Como técnica de referencia se usó una PCR en tiempo real dual para detección específica de AnH1N1 que incluye los cebadores y sonda (marcada con VIC) recomendados por los CDC para detección espcífica de AnH1N1, así como cebadores y sonda (marcada con FAM) diseñados en el laboratorio. El nuevo test incluye control interno.

Resultados

El límite de detección de la técnica, determinado con diluciones seriadas de pH1 fue de 1 copia/reacción de ADN plasmídico. Ninguna de las cepas de otros virus respiratorios dio resultado positivo. De las 103 muestras analizadas para determinar la presencia de AnH1N1 mediante la técnica de referencia, 40 habían dado un resultado positivo, y todas fueron confirmadas por la técnica S-O nH1N1. La banda específica correspondiente a la amplificación de AnH1N1 fue claramente visible en 39 casos. Sólo en un caso positivo, se observó una banda muy débil con el sistema S-O nH1N1; en este caso, el ciclo umbral de detección obtenido con la técnica de referencia fue de 35,21. El hecho de utilizar ARNs previamente congelados y de contener esta muestra una baja carga viral pudo influir en este resultado positivo débil. Por tanto, la sensibilidad y especificidad de la nueva técnica fue del 100%. El análisis de secuencias de nuevas cepas de AnH1N1, aparecidas con posterioridad al diseño de la nueva técnica, demostró que no había variabilidad a nivel del fragmento complementario a los cebadores utilizados que pudiera afectar a la sensibilidad del test.

Conclusiones

1. El nuevo método es sencillo, rápido y sensible para la detección específica de AnH1N1.
2. Este método es especialmente útil para laboratorios que no estén equipados con instrumentos de PCR en tiempo real.

Palabras Clave H1N1, test rápido

Nombre MERCEDES PÉREZ RUIZ

Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ETIOLOGIA DE LAS MENINGITIS Y ENCEFALITIS VIRALES EN NUESTRO MEDIO**
Autores	**BAUTISTA MF, PÉREZ-RUIZ M*, PEDROSA I, DE ORY F[2], RODRÍGUEZ-GRANGER J, GÓMEZ-CAMARASA C, MUÑOZ F, GARCÍA-MALDONADO F, NAVARRO-MARÍ JM**
Centro	**Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2. Centro Nacional de Microbiologia. Instituto de Salud Carlos II. Majadahonda. Madrid.**

Resumen

Introducción/Objetivos

En nuestro medio, los casos de meningitis y encefalitis virales (MEV) agudas son producidos principalmente por enterovirus (EV), virus del herpes simple (VHS), varicela zóster (VVZ) y virus Toscana (vTOS). Los casos por el virus de la parotiditis (VP) han disminuido significativamente desde la introducción de la vacuna triple vírica. Otros virus, aunque de manera minoritaria, que pueden ser causantes de MEV en nuestro entorno son virus West Nile (VWN) y virus de la coriomeningitis linfocitaria (VCML).

Las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos se han convertido en la técnica de referencia para el diagnóstico de la mayoría de las MEV a partir de muestras de LCR.

El Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada es Centro de Referencia de meningitis y encefalitis de Andalucía desde el año 2007. En este trabajo se presenta un estudio descriptivo de los casos de MEV analizados desde esa fecha hasta la actualidad.

Material y métodos

De septiembre de 2007 a septiembre de 2009 se procesaron en nuestro laboratorio 589 muestras de LCR procedentes de pacientes de la CC.AA. Andalucía para diagnóstico de MEV.

El estudio de EV se realizó por técnica de PCR en tiempo real utilizando el sistema geneXpert EV (Cepheid). Los estudios de VHS y VVZ se llevaron a cabo mediante los sistemas LIghtCycler® HSV 1/2 Qual y LIghtCycler® VZV Qual (Roche Diagnostics), respectivamente. Estas técnicas se basan en una PCR en tiempo real que emplea sondas "scorpions" como formato de amplificación y detección. VP y vTOS se analizaron mediante un sistema de RT-PCR en tiempo real con sondas Taqman®, diseñado en el laboratorio. La amplificación y detección de los últimos se realizó en un aparato LightCycler II (Roche DIagnostics), y la técnica fue optimizada para que la determinación de ambos virus pudiera realizarse simultáneamente y con el mismo protocolo de amplificación-detección. La determinación de VWN se realizó, bajo petición expresa, mediante RT-nested PCR utilizando cebadores genéricos para la detección de arbovirus (alphavirus, flavivirus y phlebovirus). Todas las muestras negativas por técnicas de PCR para los virus anteriormente mencionados se inocularon en cultivo celular en líneas Vero, B95a y rabdomiosarcoma, y se incubaron durante 15 días hasta descartarlas como negativas.

Resultados

De las 589 muestras procesadas, 63 (10,9%) fueron positivas. Se identificaron por técnicas de PCR 47 EV (74,6%), 7 VHS (11,1%), 6 vTOS (9,5%), y 3 VVZ (4,8%). De los 7 VHS identificados, 5 correspondieron a VHS 1 y 2 a VHS 2. Ninguna muestra fue positiva para VP. Se realizó determinación de VWN en una muestra que resultó negativa. Además se detectó por primera vez un caso de VCML, mediante cultivo en Vero del LCR (realizado en laboratorio) y técnicas serológicas de detección de IgM específica y RT-PCR del sobrenadante del cultivo (realizadas en Centro Nacional de Microbiología).

De los 47 casos positivos a EV, 7 eran < 2 años, 14 de 2-10 años, 3 de 10-20 años, 9 > 20 años y 14 cuya edad se desconocía (rango de edad: 1 mes-40 años). Treinta y siete de estos casos se concentraron entre los meses de primavera –verano. El caso positivo de VCML se dio en una mujer joven residente en un barrio de bajo nivel sociosanitario y cultural de Granada capital. El curso de la enfermedad fue benigno.

Conclusiones/Discusión

- Los EV son los principales responsables de MEV en nuestro entorno. Aunque la mayoría de los casos predominaron en primavera y verano, se detectan 10 casos durante los meses fríos del año.
- VHS, VVZ y vTOS se asocian a MEV aunque en menor medida.
- No se ha detectado ningún caso de MEV por VP durante el periodo estudiado.
- Se detecta por primera vez un caso de meningitis por VCML en nuestro medio.

Palabras Clave MENINGITIS, ENCEFALITIS, VIRUS

Nombre **Mercedes Pérez Ruiz**

Servicio **Servicio de Microbiología** ***Hospital*** **Hospital Virgen de las Nieves de Granada**

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**COMPARACIÓN DE DOS METODOS DE PCR PARA LA DETECCIÓN DE *N. GONORRHOEAE***
Autores	González A, Bernal S, Sivianes N, Pérez L, García López JL, I. Pueyo I*, Palomares JC, Martín-Mazuelos E.
Centro	U.G.C. de Microbiología Hospital U. de Valme. *Centro ITS de Sevilla.

Resumen

INTRODUCCION:
El cultivo en medios selectivos sigue siendo considerado el "gold standard" para el diagnóstico de las infecciones por *N. gonorrhoeae*; pero el transporte inadecuado, las muestras mal recogidas unido a la labilidad de las Neisserias contribuyen a un elevado número de resultados falsos negativos. Para evitar dichos inconvenientes, en la actualidad se están desarrollando técnicas basadas en la amplificación de ácidos nucleicos (TAN), para la detección de *N. gonorrhoeae*, que no requieren la viabilidad del gonococo.

OBJETIVOS:
Comparar dos técnicas automatizadas basadas en la amplificación de ac. nucleicos para la detección de *N. gonorrhoeae:* una PCR convencional empleando el equipo Cobas Amplicor (Roche®) y una PCR a tiempo real con el equipo SmartCycler (Izasa®).

MATERIAL Y METODOS:
Hemos procesado 110 exudados uretrales de pacientes sintomáticos procedentes del Centro de Infecciones de Transmisión Sexual (CITS) de Sevilla.
Las muestras para PCR son recogidas con el sistema STD Swab Specimen Collectivo and Transport kit (Roche molecular Systems) al que se le añade un reactivo de lisis, manteniéndolas 48h a Tº ambiente antes de ser procesadas. Para la amplificación y detección por el Cobas Amplicor se siguieron las indicaciones del fabricante, utilizando los kits CT/NG Amplification kit y Detection Reagents kit de Roche Diagnostics. La amplificación y detección de *N. gonorrhoeae* con SmartCycler (Izasa®) se realizó utilizando el kit de reactivos DupliCx Real Time *N. gonorrhoeae* detection kit (Euroclone®), según instrucciones del fabricante, realizándose la extracción previa del ADN en el equipo Magna Pure Compact (Roche diagnostics®).
El cultivo se realizó en medio de Thayer-Martin (bioMerieux S.A.) incubándose a 35ªC con un 5% de CO_2 durante 48 h. Para la identificación se utilizó la tarjeta NH del sistema Vitek-2 (BioMerieux).

RESULTADOS:
De las 110 muestras procesadas, hubo 22 que fueron positivas por al menos 2 de los métodos de detección. El resultado de las 2 TAN fue coincidente en 102 muestras (92.72%); siendo negativas 81 muestras (79.41%) y positivas (P) 21 (20,58%).
Hubo 8 (7.27%) resultados discordantes entre ambas técnicas, todas correspondientes a resultados positivas por el Cobas Amplicor y negativas por el SmartCycler. De ellas, 7 fueron cultivo negativo y una cultivo positivo.
Hubo 14 muestras que fueron cultivo positivo (12.72%). De ellas, 13 fueron también positivos por ambas TAN y 1 que fue positiva por Cobas AmpliCor y negativa por SmartCycler.
De los 96 cultivos negativos, 8 pertenecían a muestras con resultados positivos por los dos métodos de PCR.

CONCLUSIONES:
1.- Ambas TAN fueron más sensibles que el cultivo tradicional para el diagnóstico de enfermedad gonocócica en pacientes sintomáticos.
2.-. Existe una buena correlación entre ambos métodos de PCR.
3.-Con el SmartCycler no encontramos ningún falso positivo aunque sí un falso negativo.

Palabras Clave Cobas Amplicor. SmartCycler. Gonococo

Nombre **M. Auxiliadora González Gallego**
Servicio **Microbiología** ***Hospital*** **Universitario Ntra. Sra. de Valme**
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **VIH Y SÍFILIS. ESTADO ACTUAL Y EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.**

Autores González A, Vargas J, González MT, Garcia M, Delgado M, Lopez M, Pueyo I*, Martín-Mazuelos E.

Centro U.G.C. de Microbiología Hospital U. de Valme. *Centro ITS de Sevilla.

Resumen

INTRODUCCION:
En los últimos años se está detectando un aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en España, reflejo de una mayor relajación en el uso de las medidas de protección y una menor percepción del riesgo sobre el SIDA. La incidencia de sífilis y gonorrea ha aumentado en casi toda Europa, especialmente en las grandes ciudades.
Diferentes estudios muestran que una historia previa de ITS se asocia con un mayor riesgo de infección por VIH al favorecer las ulceraciones genitales la adquisición del virus.
OBJETIVOS:
Evaluar el estado actual de las infecciones por VIH y sífilis en un colectivo de nuestra ciudad comparándolo con el de años anteriores y estudiar la correlación del VIH con otras ITS.
MATERIAL Y MÉTODO:
Estudio retrospectivo de los 11992 pacientes atendidos en el Centro de ITS de Sevilla durante el año 2008. A todos se les abrió historial clínico y en su primera visita se les realizó un cuestionario detallado. El número de historias nuevas abiertas en ese año fue de 2527.
A todos los pacientes nuevos se les realizó extracción de sangre y posterior envío al laboratorio de microbiología de nuestro hospital para estudio serológico de sífilis (TPHA y FTA-ABS de BioMerieux® y RPR de bioRAD) y VIH (Advia Centaur® XP de Siemens y Western Blot de BioKit).
Se consideró diagnóstico de sífilis primaria una clínica compatible con serología positiva ó seroconversión posterior. Sífilis secundaria si clínica y serología positiva y sífilis latente ó curada cuando la serología era positiva en ausencia de síntomas.
Se consideró diagnóstico de VIH cuando ambas pruebas fueron positivas.
RESULTADOS:
De los 2527 pacientes nuevos atendidos, 109 (4.31%) eran VIH positivos. De estos 36 (33,0%) fueron de nuevo diagnóstico, de los que 29 eran varones homosexuales (HSH), 4 varones bisexuales, 2 mujeres heterosexuales y 1 varón heterosexual. El grupo HSH constituye el 91,4% de los afectados, lo que significa una prevalencia en este colectivo del 3,86% frente al 0,12% del grupo heterosexual.
Los pacientes VIH presentaban a la vez otras ITS: 20 pacientes (18,34%) condilomas acuminados, 14 (12,8%) sífilis, 12 (11,0%) infecciones por Clamidias y 9 (8,25%) gonococias. Si observamos la evolución de casos nuevos en los últimos 20 años: Tras varios años de máxima incidencia (1992-93) con 52 y 49 casos nuevos al año, se pasó a un mínimo de 18-20 casos en los años 1997-2000; desde el 2006 asistimos a un repunte de la infección, con 25,34 y 36 casos nuevos respectivamente.
Los casos de sífilis diagnosticados fueron 139; de los que 30 correspondieron a sífilis primaria, 39 a secundaria, 32 a latente precoz y 38 a latente tardía. El 72,7% fueron sífilis activas y de éstas el 84% afectaron a HSH.
Doce pacientes (8,6%) presentaban a la vez infección por Clamidias, 8 (5,75%) condilomas acuminados, 7 (5%) infecciones por Herpes, 4 (2,8%) gonococias y 9 (6,47%) eran enfermos VIH.
En cuanto a la evolución en los últimos 20 años asistimos igualmente a un aumento de casos desde el 2006 con 75, 120 y 139 diagnósticos en 2006, 2007 y 2008.
CONCLUSIONES:
1.- El número de casos diagnosticados de sífilis y VIH está aumentando en los últimos años, a expensas fundamentalmente del colectivo HSH.
2.- En este colectivo es frecuente encontrar la presencia de varias ITS asociadas.
3.- Es necesario concienciar a la población en las prácticas de relaciones sexuales protegidas.

Palabras Clave VIH. SIFILIS. AUMENTO INCIDENCIA

Nombre **M. Auxiliadora González Gallego**

Servicio **Microbiología** ***Hospital*** **Universitario Ntra. Sra. de Valme**

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **INCIDENCIA Y ETIOLOGÍA DE LA ARTRITIS SÉPTICA EN NIÑOS**

Autores **M.D. ROJO*, C. MIRANDA, E. TORRES, E. GONZÁLEZ, P. MARTÍNEZ, J. CABRERA.**

Centro Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Resumen

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS
Estudiar la incidencia y la etiología de la artritis séptica en la población pediátrica atendida por el Hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada en los últimos diez años.
MÉTODOS
Se ha realizado un estudio retrospectivo de las muestras de líquido articular recibidas en nuestro servicio y procedentes de niños (menores de 15 años) con sospecha de artritis séptica atendidos en el Hospital Materno Infantil durante el periodo enero/1999-septiembre/2009. Se han estudiado un total de 79 muestras, que pertenecían a 54 pacientes, incluyéndose en el estudio los casos en que se aisló alguna bacteria piógena en el líquido articular y los datos clínicos fueron compatibles con artritis séptica.
RESULTADOS
Se han detectado cuatro pacientes (7,4%) con artritis séptica en la población estudiada, con seis muestras positivas (7,6% de las muestras estudiadas). Dos de los casos fueron artritis séptica de rodilla producidas por *Staphylococcus aureus:* uno apareció en un recién nacido de 15 días que desarrolló osteomielitis de fémur y otro en una niña de 11 años con un traumatismo previo. Se detectó un caso de osteoartritis de codo por *Salmonella typhi* en un niño de 9 años con gastroenteritis y por último, un caso de artritis de rodilla por *Fusobacterium nucleatum* en un niño de 3 años.
La artritis séptica por anaerobios en niños es extremadamente rara. El caso de nuestra serie producido por *F. nucleatum* se produjo en un niño con un traumatismo previo en la rodilla izquierda, aunque no presentaba herida ni hematoma, ni tampoco signos de infección orofaríngea previa ni inmunodepresión. La bacteria se aisló en la primera muestra de líquido articular enviada y en otra de las muestras del paciente solo se detectó por PCR, posterior secuenciación y análisis filogenético de los productos de la PCR. El paciente requirió un mes de ingreso, durante el cual se le realizó artrotomía y se le administró tratamiento parenteral con imipenem y metronidazol, que al alta se sustituyó por clindamicina oral, siendo la evolución satisfactoria.
CONCLUSIONES
- La incidencia de artritis séptica en nuestra población pediátrica es baja.
- La artritis por anaerobios es muy rara en niños, no obstante, se ha detectado un caso producido por *F. nucleatum*.
- En los casos con alta sospecha de artritis séptica y cultivo negativo del líquido articular, con probable etiología por gérmenes de difícil crecimiento, como los anaerobios, la PCR puede ser una importante herramienta para el diagnóstico.

Palabras Clave Artritis séptica, niños, *Fusobacterium nucleatum*

Nombre María Dolores Rojo Martín
Servicio Microbiología ***Hospital*** Virgen de las Nieves
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**AISLAMIENTO DE *Campylobacter jejuni* A PARTIR DE LÍQUIDO BILIAR EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA**
Autores	**M.D. ROJO*, C. MIRANDA, M.I. DE LAS HERAS, E. TORRES, E. GONZÁLEZ, P. GUERRERO, M. GARCÍA**
Centro	Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de las Nieves Granada

Resumen

INTRODUCCION/OBJETIVOS

En el líquido biliar de pacientes con colecistitis suelen aislarse bacterias aerobias entéricas, menos frecuentemente se recuperan bacterias anaerobias y, de manera muy rara se ha aislado *C. jejuni*. Nos hemos planteado conocer la incidencia de la infección por *C. jejuni* en los pacientes con esta patología del sistema biliar atendidos en nuestro hospital durante los últimos diez años (2000-2009).

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con colecistitis, en los que a partir de muestra de líquido biliar intraoperatoria se aisló *Campylobacter spp* durante el periodo Enero/2000-Septiembre/2009. Se han estudiado un total de 938 muestras de líquido de vesícula biliar, a las que se les realizó cultivo para aerobios (agar sangre CO_2, agar chocolate CO_2 y agar MacConkey 37ºC) y cultivo para anaerobios (agar sangre y LK en anaerobiosis, además de caldo de enriquecimiento tioglicolato). No se utilizaron medios selectivos ni atmósfera microaerófila para recuperación de *Campylobacter spp.* La identificación se realizó por los métodos convencionales.

RESULTADOS

Se ha recuperado *C. jejuni* a partir de bilis en cinco casos (0,5% del total de muestras estudiadas) de pacientes con colecistitis aguda litiásica. No se han recuperado otras bacterias enteropatógenas. La presentación clínica se inició con dolor abdominal, no habiendo en ningún caso antecedentes de diarrea. Entre las enfermedades de base que presentaron los pacientes encontramos: anemia, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad de Chron, hipotiroidismo, artrosis, litiasis renal, esofagitis y un paciente tenía serología positiva para VIH y VHC. En todos los casos se realizó colecistectomía, no instaurándose tratamiento específico frente al germen aislado, y siendo en todos los casos la evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES

- Aunque, debido a la baja incidencia, no está justificado el cultivo específico de *Campylobacter pp* en muestras de líquido biliar, sí hay que considerarlo como una posible etiología al examinar muestras de pacientes con colecistitis.
- En los casos descritos no parece existir asociación entre gastroenteritis previa y colecistitis por *Campylobacter spp.*
- Los pacientes de nuestra serie evolucionaron bien sin tratamiento antibiótico específico, pero en pacientes inmunodeprimidos o en colecistitis complicada que no respondan al tratamiento, habría que considerar la administración de antibióticos activos frente a *Campylobacter spp* (eritromicina o ciprofloxacina).

Palabras Clave *Campylobacter jejuni*, colecistitis, líquido biliar

Nombre María Dolores Rojo Martín

Servicio Microbiología ***Hospital*** Virgen de las Nieves

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

Título	**EVALUACIÓN DEL ARCHITECT HCV Ag EN MUESTRAS CON NIVELES DE VIREMIA PLASMÁTICA DE ARN DE VIRUS DE LA HEPATITIS C**
Autores	**MJ CASTRO*, S GARCÍA-VALDIVIA, MA RODRÍGUEZ-IGLESIAS**
Centro	Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La detección de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC) y la determinación de los niveles plasmáticos del ARN del VHC han sido los instrumentos diagnósticos básicos no solo para el diagnóstico de la infección, sino para establecer la evolución de la enfermedad y el seguimiento del tratamiento antivírico. Se han desarrollado diversos ensayos de detección de antígeno del core de VHC con dos finalidades definidas: a) acortar el periodo ventana diagnóstico sustituyendo la detección molecular (más compleja y costosa), por una técnica más sencilla de introducir, especialmente en cribado de bancos de sangre, y b) la posibilidad de disponer de un marcador de seguimiento de la infección de forma análoga a la carga vírica plasmática. En este trabajo evaluamos un nuevo inmunoensayo quimioluminiscente (Architect HCV Ag, Abbott) capaz de detectar antígeno del core de VHC con una sensibilidad de ≤3 fmol/L, en muestras con niveles de viremia plasmática en un rango entre 15 y 87.900 UI de ARN de VHC medidas por RT-PCR en tiempo real.
MÉTODOS:
Se han estudiado 82 muestras de plasma con diferentes niveles de ARN de VHC determinados por RT-PCR en tiempo real (Cobas Taqman HCV, Roche). Las muestras fueron distribuidas en cuatro grupos según los niveles de carga vírica expresado en UI y en escala logarítmica : 1-2log (23), 2-3log (23), 3-4log (20) y >4log (16). La determinación del antígeno del core de VHC se realizó mediante ensayo quimioluminiscente automatizado (Architect HCV Ag, Abbott). La muestra requiere de un pretratamiento para liberar el antígeno que posteriormente es captado por micropartículas revestidas de anticuerpos monoclonales anti-VHC. Finalmente se detecta en una reacción sándwich con otro anticuerpo marcado con acridinio que genera la señal lumínica. La cuantificación del antígeno se expresa en fmol/L.
RESULTADOS:
En el primer y segundo grupo de muestras (1-2log y 2-3log) se obtuvo idéntico resultado: 22 muestras negativas y una en zona gris en cada grupo respectivamente aunque con una media de fmol/L superior en el segundo grupo (0,65 vs 0,59). En el tercer grupo (3-4log) aun se detectaron 8 muestras negativas con una media de niveles de fmol/L superior a los grupos anteriores (0,98), seis muestras se situaron en zona gris y otras seis muestras fueron positivas con una media de 22.63 fmol/L. Finalmente en el cuarto grupo (>4log) todas las muestras fueron positivas y la media fue de 309.8 fmol/L. En nuestra muestra el nivel de sensibilidad de la detección de antígeno se sitúa alrededor de la 1400 UI de ARN de VHC (3,15log).
CONCLUSIONES:
Existe una correcta correlación entre los niveles de antígeno y ARN de VHC plasmático, sin embargo la máxima sensibilidad del antígeno (3 fmol/L) se establece alrededor de las 1400UI con las condiciones experimentales utilizadas. Es necesario realizar estudios en los que se pueda evaluar la estabilidad de la muestra y el efecto de la formación de agregados en el proceso de congelación que pudieran afectar a la sensibilidad del método. Por ello es conveniente repetir el proceso con muestras de plasma refrigeradas. Desde el punto de vista técnico el procedimiento es muy fácil de realizar, el comportamiento de curva de calibración y controles fueron excelentes y la rapidez de la obtención del resultado puede facilitar su utilización como determinación urgente para el diagnóstico de la infección aguda.

Palabras Clave HEPATITIS C, ANTIGENO DEL CORE, ENSAYO QUIMIOLUMINISCENTE

Nombre María Jesús Castro Martínez
Servicio Laboratorio de Microbiología ***Hospital*** Hospital Universitario de Puerto Real
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **DERMATOFITOS AISLADOS EN CÓRDOBA. INCIDENCIA E IDENTIFICACIÓN**

Autores **M. J. LINARES SICILIA*, F. SOLÍS CUESTA, F. C. RODRIGUEZ LÓPEZ Y M. CASAL ROMÁN**

Centro **DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVER. REINA SOFÍA**

Resumen

Introducción/Objetivos

Las dermatofitosis son infecciones de los tejidos queratinizados (pelo, piel y uña) producidos por hongos queratinofílicos los cuales reciben el nombre de dermatofitos. Estas micosis cutáneas se encuentra entre las infecciones mas prevalentes de todo el mundo. Estos dermatofítos incluyen los Generos: *Trichophyton, Microsporum y Epidermophyton*. El Objetivo de este estudio consistió en determinar la incidencia de dermatofitosis en pacientes con sospecha clínica de la misma en el Área de Córdoba capital.

Métodos

Durante un periodo de seis años, 2004 a 2009 se recogieron un total de 4.256 muestras para cultivo de hongos de los cuales 928 eran muestras de tejidos queratinizados. Todos los pacientes era de Área de Córdoba capital tanto ambulatorio como ingresados en el Hospital Universitario Reina Sofía. Todas las muestra se procesaron y se sembraron en Agar Sabouraud Dextrosa mas cloranfenicol y Agar Patata. La identificación se llevo a cabo mediante criterios macro y micoscópicos, para estos últimos se realizó un azul de lactofenol , bien del cultivo directo o después de un microcultivo.

Resultados

De los 928 muestras de tejidos queratinizados en 746 (80,38%) crecieron colonias de dermatofitos, tras la identificación, los porcentajes obtenidos para cada uno de los Genero fueron: *Trichophyton spp*. 539 (72,25%), *Microsporum spp.* 142 (19,03%) y *Epidermophytom floccosum* 65 (8,72%). La distribución por especies fue la siguientes: *T. rubrum* 299 (40,08%), *T.mentagrophytes* 195 (26,14%), *T. tonsurans* 32 (4,29%), *T. violaceum* 7 (0,94%), *T. verrucosum* 6 (0,80%), *M. canis* 107 (14,35%), *M. gypseum* 13 (1,74%), *M. audouinii* 19 (2,54%), *M. distortum* 3 (0,40%), *E. floccosum* 65 (8,72%).

En tres muestras se aislaron simultáneamente dos cepas distintas: En una de ellas *Trichophyton mentagropgytes* y *T. rubrum* y en dos: *Trichophyton rubrum + Candida parapsilosis* .

En cinco muestras se aislaron simultáneamente un dermatofito y un hialohifomiceto: En tres de ellas *Trichophyton rubrum* y *Scopulariosis brevicaaulis* y en dos *Trichophyton mentagop*hytes y *Fusarium oxysporum* .

En dos muestras se aislaron simultáneamente un dermatofito y un feohifomiceto: *Trichophyton rubrum* y *Alternaria alternata*.

La edad media de los casos de dermatofitosis fue de 47,5 años (4 - 82) . Según el sexo el 52% correspondía a mujeres y el 48% a varones.

Conclusiones

1.- Las dermatofitosis siguen siendo una de las infecciones mas prevalentes.

2.- Los dermatofitos mas frecuentemente aislados en nuestro medio fueron las especies del Genero *Trichophyton* y de ellas *Trichophyton rubrum* fue la de mayor incidencia.

3.- *Epidermophyton floccosum* se aísla en escasas ocasiones.

4.- La coexistencia de especies, aunque en un bajo número de casos, habría que tenerlo en cuenta.

Palabras Clave Dermatofitosis. *Trichophyton rubrum. Trichophyton mentagrophytes. Microsporun canis*

Nombre MARIA JOSÉ LINARES SICILIA

Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** FACULTAD DE MEDICINA. H. UNIV. REINA SOFÍA

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **ONICOMICOSIS PRODUCIDAS POR HONGOS FILAMENTOSOS NO DERMATOFITOS**

Autores **M. J. LINARES SICILIA*, F. SOLÍS CUESTA, F. C. RODRIGUEZ LÓPEZ Y M. CASAL ROMÁN**

Centro **DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVER. REINA SOFÍA**

Resumen

Introducción/Objetivos
Se realiza un estudio prospectivo para analizar la etiología de las onicomicosis producidas por hongos filamentosos no dermatofitos diagnosticados en nuestro Hospital Universitario Reina Sofía.
Métodos
Desde Enero de 2007 a 30 de Septiembre de 2009 se ha estudiado las onicomicosis diagnosticadas en nuestro Hospital, tanto de una de manos como de pies, cuando estas están producidas por hongos filamentosos no dermatofitos. Todas las muestra se procesaron y se sembraron en Agar Sabouraud Dextrosa mas cloranfenicol.
La identificación se llevo a cabo mediante: 1.- criterios macroscópicos por cultivo en otros medios como Agar patata y Agar Mycobiotic y 2.- por critérios microscópicos, para estos últimos se realizó un azul de lactofenol , bien del cultivo directo o después de la realización de un microcultivo.
Resultados
Se obtuvo una información valorable en 114 pacientes cuta distribución por localización fue: 47 (26 varones y 21 mujeres) en pies y 67 (48 mujeres y 19 varones) en las manos.
La edad media de los pacientes fue de 45 años (11 - 76).
La distribución por géneros fue la siguiente: *Fusarium spp* 43 (37,72%), *Aspergillus spp* 25 (21,93%), *Scopulariopsis spp* 23 (20,18%), *Alternaria spp* 22 (19,29%), *Acremonium spp* (1 (0,88%).
La distribución por especies fue la siguiente: *Fusarium verticilloides* 23 (20,18%), *Fusarium oxysporum* 17 (14,92%), *Fusarium solanis* 3 (2,63%), *Aspergillus fumigatus* 8(7,02%), *Aspergillus paradoxus* 4 (3,51%) *Aspergillus flavus* 3 (2,63%), *Aspergillus ustus* 3 (2,73%), *Aspergillus nidulans* (*Emericela nidulans)* 2 (1,75%), *Scopulariopsis brevicaulis* 23 (20,18%), *Alternaria alternata* 18 (15,78%), *Alternaria chlamidospora* 4(3,51%), *Acremonium spp* 1 (0,88%).
En algunas muestras se aislaron dos especies diferentes: Un dermatofito y un hialohifomiceto (generalmente *Scopulariopsis breviculis*) o un dermatofito y un feohifomiceto. En otras muestras se aislaron conjuntamente con un hongo levaduriforme, en varias ocasiones *Scopulariopsis breviaculis* y *Candida parapsilosis*.
Conclusiones
1.- Llama la atención la alta incidencia en nuestro medio de onicomicosis producidas por hongos no dermatofitos.
2.- *Fusarium verticilloides* es la especie mayoritariamente aislada.
3.- *Scopulariopsis brevicaulis* se asocia frecuentemente a onicomicosis de pies

Palabras Clave Onicomicosis. Hongos filamentosos septados. *Fusarium, Aspergillus, Scopulariopsis.*

Nombre MARIA JOSÉ LINARES SICILIA
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** FACULTAD DE MEDICINA. H. UNIV. REINA SOFÍA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título

Una estrategia molecular dirigida a la detección y control precoz de tuberculosis resistente.

Reyes A[1], M Martínez-Lirola[1], M Alonso[3], N Montiel[2], M Herranz[3], I. Cabeza[5], P Marín[4], ML Sánchez[6], E García[1] y Grupo INDAL-TB

CHT Torrecárdenas[1] H. Costa del Sol (Marbella)[2], H. Gregorio Marañón (Madrid)[3] D. Provincial de Salud Alm[4]., EPH Poniente (El Ejido)[5], UTB-Poniente[6]

Introducción / Objetivos: El impacto derivado de la detección de resistencias en un aislado del *C. M. tuberculosis* (MTB) ha estimulado el desarrollo de estrategias dirigidas a la identificación precoz de las mismas, caracterizando la presencia/ausencia de mutaciones de resistencia en los bacilos presentes en la muestra clínica, sin necesidad de esperar al cultivo. El presente trabajo se realizó en Almería, un área con elevada tasa de TB en inmigrantes. Se trata de un estudio prospectivo sobre muestra respiratoria bacilífera con el fin de conocer i) si los bacilos presentes en la muestra pertenecen o no al MTB. ii) si los bacilos presentes en la muestra clínica presentan mutación/es asociadas a resistencia a Isoniacida (INH) y/o Rifampicina (RIF) y iii) las pautas de transmisión de las cepas resistentes.

Métodos: Durante el año 2009 se analizó una muestra respiratoria de 52 pacientes bacilíferos (45 esputos, 6 BAS y 1 as. gástrico); de los que 31(59,6%) eran extranjeros: 19 de África 36,5%), 9 del resto de Europa (17,3%), y 3 de América (5,8%). La carga bacilar en las muestras concentradas seleccionadas se distribuyó de las siguiente forma: 7 paucibacilares (de 1-2 BAAR/30 campos a 1-9 BAAR/10 campos (200x)) (13,5%) y 45 multibacilares (de 1-9 BAAR a >90 BAAR/campo) (86,5%). El análisis de la presencia de MTB y la caracterización de mutaciones de resistencia frente a RIF (gen *rpoβ*) e INH (genes *katG*, *inhA*) en las muestras clínicas se realizó mediante hibridación reversa (GenoType ®MTBDRplus). El cultivo se realizó de acuerdo al método estándar del laboratorio (LJ y Bact/ALERT™3D) y los aislados MTB se identificaron mediante hibridación ADN-ARN (Accuprobe™, Gen-Probe). La identificación de micobacterias no tuberculosas (MNT) (GenoType™ Mycobacterium CM/AS) y el antibiograma (sistema MGIT™ 960) se realizaron en el H. Costa del Sol (Marbella). Todos los casos de identificación de mutaciones se confirmaron en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) mediante secuenciación de las regiones genéticas implicadas (ABI-PRISM 3100™, Applied Biosystems) y también se genotiparon los aislados MTB resistentes mediante MIRU-VNTR-15 comparando los genotipos obtenidos con los de una base activa local que incluye 572 cepas genotipadas en el período 2003-2009.

Resultados: DETECCIÓN MOLECULAR DE MTB: válidos 48 de 52 casos (92,3%). Pérdidas 4 casos: 3 por detección génica no realizada, 1 con detección génica negativa y cultivo negativo. Muestras paucibacilares**:** detección génica de MTB en 1 de 3 con cultivo MTB (33%) y en 0 de 2 con cultivo MNT (*M. gordonae* y *M. shimoidei)* (0%). Muestras multibacilares: detección génica de MTB en 40 de 40 con cultivo MTB positivo (100%) y en 0 de 3 con cultivo positivo a MNT (*M. malmoense*, *M. chelonae, M. abscessus*) (0%). Por tanto, si descartamos las muestras paucibacilares los VPP y VPN y las S y E del método fueron del 100%. MUTACIONES R A INH Y RIF : validos 40 casos multibacilares con detección genética de MTB. Pérdidas: 1 caso paucibacilar con detección genética de MTB con resultado no interpretable para esta determinación (bandas muy débiles). Ausencia de mutaciones en 37 de 40 casos con cultivo de cepa MTB sensible a INH y RIF (92,5%). Presencia de alguna mutación en tres casos (7,5%); dos congruentes con el antibiograma: caso 1 (Marruecos) mutaciones frente a RIF (mutación Ser531Leu en rpoβ) e INH (ausencia de banda *katG* WT) y caso 2 (Rusia) mutación frente a INH (mutación Ser315Thr en *katG*) y uno discordante con el antibiograma fenotípico: Caso 3(Brasil) mutación frente a RIF (gen Leu511Arg en *rpoβ*). Las tres cepas con mutaciones asociadas a resistencia a INH y/o RIF presentaron un genotipo MIRU-VNTR huérfano.

Conclusiones: se necesita una carga bacilar mínima en la muestra respiratoria bacilífera concentrada para la detección genética MTB con este método de hibridación reversa. Respecto a la identificación de MTB, el VPP del método es del 100 % y cuando se consideran las muestras con carga bacilar suficiente el VPN también alcanza el 100%. La discrepancia entre el antibiograma molecular y fenotipico observada esta resolviéndose aplicando otros métodos moleculares tanto la muestra como al aislado así como realizando el antibiograma con la técnica de referencia. No observamos transmisión de las cepas resistentes.

Agradecimientos: JA- 080444, FIS: 060882; 061467

Palabras Clave

Nombre Miguel J. Martínez Lirola

Servicio Microbiología ***Hospital*** C.H. TORRECÁRDENAS

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y POR PRÁCTICAS DE RIESGO EN LASERRANÍA DE RONDA (2004-2009). SUMA Y SIGUE
Autores	PÉREZ SANTOS MJ*, MÉRIDA FJ, GUTIERREZ FERNANDEZ MJ, MORENO CAMPOY E
Centro	Laboratorio de Microbiología. UGC Laboratorio. Área Sanitaria Serranía. Ronda

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Estudio retrospectivo de las ITS y de las infecciones transmitidas por vía parenteral desde 2004 hasta la actualidad en el área de influencia del Hospital de la Serranía: Ronda, Serranía de Ronda y parte de la de Cádiz.
MÉTODOS:
Revisión de la incidencia de VIH, VHC, VHB, VHS, VPH, sífilis y gonococia en un área de aproximadamente 100.000 personas.
RESULTADOS:
La distribución fue:

- VIH: 19 casos declarados (2, 3, 7, 0, 2 y 5 casos anualmente desde 2004 a octubre 2009), prevalencia: 0.19 por 1000. De ellos, 7 (36.8%) estaban coinfectados con VHC, 6 (31.6%) con VHB y 2 (10.5%) + sífilis.

Los pacientes se localizaron en una proporción 1:1 en una zona concreta de la provincia de Cádiz respecto a todo el área.

- VHB se declararon sucesivamente desde 2004 hasta octubre de 2009: 37, 38, 12, 33, 23 y 17casos nuevos, con una prevalencia en estos últimos seis años de 0.16 casos / 100 habitantes.
- VHC: Las infecciones declaradas ascendieron para los últimos años a: 63, 62, 50, 45, 21 y 14 casos nuevos sucesivamente, con una prevalencia de 0.25 casos por 100 habitantes.
- Gonococia: En el período aludido se declararon sucesivamente 1 caso cada año excepto en 2008 que se aislaron 5.
- Sífilis: Se declararon en los años revisados 14, 12, 12, 15 , 6 y 7 casos en el año actual.
- En cuanto a Virus Herpes simple y *Chlamydia trachomatis*, la demanda en nuestro centro ha sido escasa. Los datos disponibles se refieren a 2008-2009 y sólo se detectó un caso positivo para *Chlamydiatrachomatis* (IFI).
- En Papilomavirus, del mismo modo, la demanda se generalizó a partir del 2008 y hasta la actualidad se han detectado 35 casos infectados por genotipos de riesgo alto-moderado.

Los datos se refieren mayoritariamente a pacientes españoles. La representación inmigrante resulta intrascendente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES :
Se mantiene la incidencia de sífilis y gonococia.
Disminuyen y se estabilizan en los dos últimos años los casos de Hepatitis B y C.
Los clínicos comienzan a solicitar detección de Chlamydia trachomatis, y VPH. Con la identificación de casos y la vacunación, se podrá prevenir patología grave en un futuro.
Resulta llamativo el repunte que se está produciendo actualmente en la infección por VIH, a expensas sobre todo de la población autóctona, y aunque no documentada en todos los casos, la mayoría de los infectados no pertenecen a grupos de riesgo clásicos.
CONCLUSIONES

- ❖ A pesar de las campañas emprendidas para implementar el sexo seguro y evitar los riesgos de compartir material, parece detectarse una fatiga en estas precauciones, como recogen también otros autores, y por tanto sería necesario insistir en medidas de educación y promoción de la salud que lleguen y motiven a la población.
- ❖ Es importante controlar con serologías periódicas los pacientes a los que se detecte alguna ITS u otra infección transmitida por vía parenteral para controlar de forma temprana posibles coinfecciones.

Palabras Clave INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL, INFECCIONES TRANSMISIÓN PARENTERAL

Nombre Mª JESÚS PÉREZ SANTOS
Servicio LAB. MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** SERRANÍA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	NEISSERIA GONORRHOEAE; SENSIBILIDAD IN VITRO FRENTE A ALGUNOS ANTIBIÓTICOS
Autores	PALANCA M., COBO F., CABEZAS T., CABEZA M.I., GONZALEZ A., AVIVAR C.
Centro	E.P. HOSPITAL DE PONIENTE

Resumen

INTRODUCCIÓN
La gonorrea, al igual que otras infecciones de transmisión Sexual (ITS), es un problema de salud pública que se agrava con la aparición de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* productoras de beta-lactamasas confiriéndole resistencia a la penicilina y a otros beta-lactámicos. Asimismo, en otros países se ha detectado un incremento progresivo de la resistencia frente a las quinolonas, macrólidos y otros antibióticos que se recomiendan para el tratamiento de la gonorrea.
OBJETIVOS
Estudiar la sensibilidad in vitro de las cepas de *N. gonorrhoeae* aisladas en el Hospital de Poniente frente a beta-lactámicos y tetraciclina, asi como documentar el aumento de incidencia de esta infeccion.
MATERIAL Y METODOS
Las muestras enviadas al Laboratorio Clínico para investigación de *N. gonorrhoeae*, durante el período comprendido entre enero de 2005 a agosto de 2009, fueron procesadas siguiendo el protocolo habitual en nuestro laboratorio; se cultivaron en agar VCA (biomerieux R), incubándose durante 48 horas a 37°C, con una atmósfera de CO2 de 3 a 10 por ciento.
Después del período de incubación, se revisaron las placas, en busca de colonias sospechosas de *N. gonorrhoeae*. A éstas, se les realizó inicialmente la prueba de la oxidasa y, a las colonias positivas, se les realizó una tinción de GRAM para confirmar la presencia de diplococos gram negativos. La identifiación se realizó mediante pruebas bioquímicas utilizando el API NH (biomerieux). Finalmente, se realizaron pruebas de sensibilidad mediante el método de difusión en agar (disco-placa) en medio de agar chocolate (biomerieux). a los siguientes antibióticos: penicilina, ampicilina, amoxicilina-clavulánico, cefotaxina, tetraciclina y detección de beta-lactamasasa (Oxoid).
RESULTADOS
Durante el período del estudio se obtuvo un total de 57 cultivos positivos por *N. gonorrhoeae*; 6 en el 2005, 9 en el 2006, 14 en el 2007, 14 en el 2008 y 14 en tan solo 7 meses estudiados del 2009. De los cultivos positivos por Neisseria gonorrhoeae, el 8,77% (5) resultó ser B-lactamasa positivo.
Todas las cepas productoras de B-lactamasa mostraron resistencia in vitro a penicilina. En cuanto a las cepas aisladas no productoras de B-lactamasa, un 7,01% (4) fue resistente a la penicilina pudiendo indicar resistencia intrínseca. Un total de 12 cepas (21,05%) resulto ser sensible para todos los antibioticos estudiados. Entre las cepas resistentes, 14 lo fueron para tetraciclina(24,56%)y 9 para la peniclina (15,78%.)
DISCUSIÓN
La resistencia de los gonococos a los antibióticos es un problema creciente, en muchas partes del mundo particularmente por el incremento de organismos productores de penicilinasa mediado por plásmidos,
También puede ser como resultado de una resistencia intrínseca (cromosómica) a la penicilina, ya sea por alteración de las proteínas que se enlazan con la penicilina, o por una disminución en la permeabilidad de la membrana externa de la bacteria a los antibióticos.
Debido a la alta tasa de resistencia para penicilina y tetraciclina se recomienda el uso de ceftriaxona y ciprofloxacino para el tratamiento de la gonorrea.

Palabras Clave	ITS, BETA-LACTAMICOS

Nombre MATILDE MARIA PALANCA GIMENEZ
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** PONIENTE
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	UTILIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE CITÓMETRO UF1000I DE SYXMEX®
Autores	PALANCA M., ALVAREZ G, CABEZA M.I.,CABEZAS T.,COBO F.,GONZALEZ A., AVIVAR C.
Centro	E.P. HOSPITAL DE PONIENTE

Resumen

Introducción:
La infección urinaria es la infección más común tanto a nivel hospitalario como extra-hospitalario. Los métodos rápidos de recuento bacteriano para detectar dicha infección son de gran importancia para la obtención de resultados rápidos y así poder eliminar tratamientos innecesarios.
Objetivo:
Evaluar el citómetro UF1000I de Syxmex® (Roche Diagnostics SL) como screening del recuento bacteriano en muestra directa (con punto de corte óptimo de recuento bacteriano previamente establecido) y la utilidad de los filtros informáticos.
Materiales y Métodos:
Se han evaluado un total de 3306 muestras de orina durante los meses de Octubre y Noviembre de 2008 procedentes de pacientes de Atención Primaria y Hospitalización. Todas las muestras de orina se analizaron en el citómetro UF100I con un punto de corte del recuento bacteriano establecido en 100 UFC/ml). Todas la muestras de orina positivas por el citómetro se cultivaron mediante inoculación con un asa calibrada en agar cromogénico CPS3 de Biomerieux® (lectura a las 24 de incubación a 37ºC). Se aplicaron unos filtros informáticos a las orinas negativas por el citómetro (orinas procedentes de pacientes de nefrología y urología, gestantes y niños menores de 12 años) y se les realizo el cultivo en medio agar cromogénico CPS3.Las orinas restantes se consideraron negativas y no procedió el urocultivo.
El análisis estadístico ha sido realizado mediante el programa SPSS 11.0.
Resultados:
De las 3306 muestras de orina estudiadas se consideraron positivas 1578 orinas, de las cuales una vez sembradas solo resultaron ser positivas 441; (27,9% de falsos positivos). Aplicando los filtros en las orinas negativas del citómetro; 489 orinas fueron cultivadas de las cuales 90 resultaron ser positivas en los pacientes seleccionados; (18,4% de falsos negativos). No procedió el urocultivo en 37,47% de las orinas teniendo en cuenta los filtros.
La sensibilidad del citómetro UF100i sin aplicar ningún tipo de test reflexivo fue del 83% y la especificidad del 59 % con un valor predictivo positivo (VPP) de 0,28 y un valor predictivo negativo (VPN) de 0,95.
Al aplicar los test reflexivos (filtros informáticos antes descritos) se obtuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad ligeramente superior: 60,3 % con un VPP de 0,27 y un VPN de 1.
Se obtuvieron un total de 90 falsos negativos (FN) de los cuales 47 (52,20%) correspondieron a muestras de orina procedentes de niños menores de 12 años, 13 (1,25%) muestras pertenecían a mujeres gestantes y 30 (33,33%) pacientes de los servicios de Urología y Nefrología. De estos FN el patógeno más frecuentemente aislado en niños y pacientes de Urología fue *E.coli* y en mujeres gestantes *E.faecalis* y *S.agalactiae*.
Conclusiones:
Se deben cultivar las muestras de esta población independientemente del resultado del citómetro, ya que detectamos falsos negativos y son pacientes con intervenciones urológicas propensas a infecciones, embarazadas por el screening de *S.agalactiae* y en niños que son la población con más falsos negativos.
Aumentando el punto de corte del citómetro tendríamos menos falsos positivos, sembrando de esta manera menos y dando mas resultados inmediatos; siempre y cuando, se utilicen los filtros para evitar el aumento de falsos negativos. Mejorando por tanto la especificidad y el VPP.

Palabras Clave UROCULTIVOS, UF1000,

Nombre MATILDE MARIA PALANCA GIMENEZ
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** PONIENTE
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES TRAS EL ANÁLISIS DE MUESTRAS FECALES EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE
Autores	M. Palanca, F. Cobo, T. Cabezas, MI Cabeza, J. Salas, J. Vázquez, A. González, C. Avivar.
Centro	EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE, EL EJIDO, ALMERÍA

Resumen

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades producidas por parásitos intestinales constituyen las infecciones más comunes a nivel mundial. El área sanitaria que abarca el Hospital de Poniente es una zona con alta prevalencia de estas infecciones debido fundamentalmente a la alta tasa de inmigración. Debido al incremento de la patogenicidad de estos microorganismos en ciertos grupos (individuos inmunocomprometidos y malnutridos), es crucial un diagnóstico más exacto para el apropiado manejo clínico de los individuos infectados. En la actualidad, el examen microscópico de muestras de heces tras concentración, continúa siendo la principal herramienta diagnóstica. Además, es necesaria la diferenciación entre verdaderos patógenos y aquellos no patógenos de cara a la instauración o no de tratamiento.

OBJETIVOS

El principal objetivo de este trabajo fue estudiar el número de muestras fecales idóneas que se deberían analizar de cada enfermo para la visualización de los parásitos intestinales con el propósito de optimizar el diagnóstico. Como objetivo secundario, se ha descrito la prevalencia de infecciones por parásitos intestinales en nuestra área considerando toda la población, incluyendo tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios con sospecha de parasitosis intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio se examinaron 2500 muestras fecales desde el 1 de mayo hasta el 15 de septiembre de 2009. Como está actualmente recomendado, se analizaron 3 muestras fecales por paciente recogidas en días consecutivos, si bien en algunos casos solo se pudieron analizar 1 ó 2 muestras dependiendo de diversas circunstancias (no envío o envío en malas condiciones). Las muestras fecales fueron observadas al microscopio tras concentración mediante el método difásico de Ritchie (BIOMEDICS). Tras la visualización, se recogieron los datos y se realizó un análisis estadístido descriptivo.

RESULTADOS

De las 2500 muestras fecales analizadas se visualizaron 131 parásitos intestinales considerados patógenos frente a 337 no patógenos. De entre los primeros, el parásito aislado más frecuentemente fue *Giardia lamblia* (66- 50,3%) seguido de Uncinarias (34-25,9%) y de *Vampirolepis nana* (*Himenolepis nana*, 8-6,1%). Otros parásitos patógenos aislados fueron *Strongyloides stercoralis* (7-5,3%), *Schistosoma mansonii* (6-4,5%), *Trichuris trichiura* (5-3,8%), *Ascaris lumbricoides* (3-2,2%) y *Dicrocoelium dendriticum* (2-1,5%). De los no patógenos, el más frecuentemente observado fue *Entamoeba coli* (156-46,2%).

Analizando la tasa de observación en 3, 2 o 1 muestra, de los 131 parásitos patógenos obtenidos solo 45 (34,35%) se aislaron en todas las muestras. Algunos parásitos como *S. stercoralis* y *T. trichiura* solo se observan en 1 muestra de las 3 y *S. mansonii* solo se observó en un caso en el 100% de las muestras analizadas. Analizando los datos globalmente, el rendimiento diagnóstico con tres series es de 468 positivos (18,72%), mientras que utilizando una sola muestra por paciente sería de 184 positivos (7,36%), disminuyendo claramente el diagnóstico de parásitos intestinales.

CONCLUSIONES

1- Tras el análisis de los resultados obtenidos, seguimos recomendando el envio y análisis de 3 muestras para cada enfermo obtenidas en días consecutivos para descartar la presencia de parásitos intestinales, ya que el porcentaje de recuperación de una sola muestra es muy bajo (7,36%) y pueden quedar determinados parásitos sin diagnosticar como *T. trichiura*, *S. stercoralis* y *S. mansonii*.

2- Los parásitos intestinales patógenos diagnosticados más frecuentemente fueron *G. lamblia*, *Uncinarias* y *V. nana*.

Palabras Clave PARÁSITOS INTESTINALES - MUESTRAS FECALES - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO

Nombre MATILDE PALANCA GIMÉNEZ

Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** E.P. HOSPITAL DE PONIENTE

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	EVALUACIÓN *IN VITRO* DE LA CAPACIDAD DE SOLUCIONES IRRIGADORAS PARA ERRADICAR BIOPELÍCULAS DE *ENTEROCOCCUS FAECALIS*.
Autores	ARIAS-MOLIZ MT *, FERRER-LUQUE CM, GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ MP, CASTILLO F, ANDRADES M, BACA P.
Centro	FACULTADES DE ODONTOLOGÍA Y MEDICINA, UNIVERSIDAD DE GRANADA

Resumen

Introducción/Objetivos:
En la infección endodóntica secundaria se aíslan pocas bacterias, siendo *Enterococcus faecalis* una de las más frecuentes. Su habilidad para crecer formando biopelículas en las paredes del conducto radicular le confiere gran resistencia al tratamiento endodóntico. La matriz polimérica extracelular de las biopelículas actúa como una barrera mecánica dificultando la acción de los antimicrobianos. Cetrimida es un surfactante catiónico que, además de su actividad bactericida, desestabiliza las fuerzas cohesivas de la matriz facilitando la eliminación de las biopelículas. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar *in vitro* la eficacia de cetrimida y clorhexidina, aplicadas solas o alternadas, para erradicar biopelículas de *E. faecalis.*

Métodos:
Las soluciones irrigadoras evaluadas solas fueron diez diluciones seriadas a la mitad de cetrimida al 1% y de clorhexidina al 4%. Cuando se asociaron ambas soluciones se alternaron diez diluciones seriadas a la mitad de clorhexidina al 4% y 2 concentraciones de cetrimida (0,02% y 0,01%). Las biopelículas de *E. faecalis* crecieron en superficies de poliestireno durante 24 horas a 37ºC y se expusieron a las soluciones durante 30 segundos y 1 minuto. El 100% de muerte bacteriana fue considerado como erradicación.

Resultados:
Clorhexidina no erradicó las biopelículas a ninguna de las concentraciones y tiempos probados. Cetrimida las erradicó a concentraciones del 0,5% y 0,0312% tras 30 segundos y 1 minuto, respectivamente. Cuando se alternaron ambas soluciones la erradicación se consiguió a partir de concentraciones de cetrimida al 0,0313% con clorhexidina al 0,01%, tras 30 segundos. Todas las asociaciones de cetrimida y clorhexidina eliminaron el 100% de las biopelículas después de 1 minuto exposición.

Conclusiones:
El uso alternado de cetrimida y clorhexidina fue más eficaz que su aplicación por separado en la erradicación de biopelículas de *E. faecalis*.

Palabras Clave Biopelícula, cetrimida, clorhexidina, *Enterococcus faecalis*.

Nombre Mª Teresa Arias Moliz

Servicio Facultad de Odontología ***Hospital***

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **ENFERMEDAD DE CHAGAS: SCREENING PRENATAL EN GESTANTES LATINOAMERICANAS**

Autores **MTCABEZAS, J SALAS, MI CABEZA, J VAZQUEZ, I, F COBO, M PALANCA.**

Centro EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL PONIENTE

Resumen

Introducción:
La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica de Centro y Sudamérica, y que en su evolución puede condicionar fundamentalmente la aparición de graves problemas cardiacos y digestivos. La importancia de un programa de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes radica en que posibilita un diagnóstico precoz de la enfermedad en recién nacido. El tratamiento de la enfermedad en el primer año de vida tiene unas tasas de curación próximas al 100% de los casos.
Objetivo:
Describir los resultados de un programa de detección de enfermedad de Chagas en mujeres gestantes de origen latinoamericano controladas en el Hospital de Poniente
Material y métodos:
En Mayo Se está realizando un estudio de carácter prospectivo desde Mayo del 2007 de diagnóstico de enfermedad de Chagas en todas las mujeres latinoamericanas controladas durante su gestación en el Hospital de Poniente.
El diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando existe positividad de dos test serológicos distintos (ELISA e IFI). Esta solicitud se realiza por los facultativos de Ginecología y Obstetricia, con seguimiento posterior de los resultados en la Unidad de Medicina Tropical (UMT). En el caso de positividad de alguna de las muestras de forma asilada, se avisa a la gestante para repetir la determinación. Si se realizara el diagnóstico de la enfermedad, se solicitaría PCR a la gestante y se controlaría de forma estrecha a la madre. Al recién nacido de madre chagásica se realizaría una técnica de diagnóstico directo (microhematocrito modificado de Strout), serología y PCR. En el caso de transmisión congénita, se realizaría tratamiento con benznidazol.
Resultados:
Sobre un total de 183 gestantes a las que se ha solicitado la serología, en 166 se dispone de datos serológicos. Los países de origen más frecuentes fueron Ecuador (n=47), Argentina (n=36), Colombia (n=32), Perú (n=29), Bolivia (n=14) y Brasil (n=11). Sólo una paciente natural de Bolivia fue diagnostica de la enfermedad, no existiendo transmisión vertical a su recién nacido. Otras 5 pacientes han presentado positividad aislada a alguno de los test serológicos (2 con IFI positiva, 3 con ELISA positivo). En todos los casos la PCR de Chagas fue negativa.
Conclusiones:
Los programas de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes permiten un diagnóstico y tratamiento precoz en los casos de transmisión vertical, posibilitando en los niños tasas de curación próximas al 100%. Dado el incremento de población inmigrante procedente de zonas endémicas y el riesgo real de transmisión en nuestro país, sería necesario establecer protocolos de diagnóstico de la enfermedad en las mujeres gestantes de origen latinoamericano.

Palabras Clave CHAGAS, GESTANTES, SEROLOGIA

Nombre Mª Teresa Cabezas Fernández
Servicio Microbiologia ***Hospital*** EP HOSPITAL PONIENTE
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **DIAGNÓSTICOS PARASITOLÓGICOS EN EL HOSPITAL PONIENTE DE ALMERIA**

Autores **MTCABEZAS, MI CABEZA, F COBO, J SALAS, J VAZQUEZ, M PALANCA, R. LOPEZ, L. LORENTE, C. AVIVAR**

Centro HOSPITAL PONIENTE

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Los extranjeros representan en nuestro país, según datos del Padrón Municipal a 1 de Enero del 2008, el 11,4% de la población, superando los 5,2 millones de personas.En Almería este número representa un19,7% del total de la población lo que representa que 1 de cada 5 habitantes de nuestra provincia ha nacido en el exterior, la mayoría en países de renta baja. Este hecho ha conllevado a realizar un esfuerzo de nuestra actividad asistencial dirigida a la atención de las patología propia de esta población ,fundamentalmente parasitosis. Se trata de una población de origen muy diverso (p.e. en Roquetas de Mar hay empadronadas personas de más de 100 nacionalidades distintas), procedentes de Europa del Este, Magreb, África Subsahariana predominando los procedentes de países del Oeste de África, como Senegal, Malí, Ghana o Mauritania y Latinoamérica.Se trata de una población joven, con predomino masculino, y en general con baja cualificación profesional y bajo nivel de estudios, aunque este hecho es variable con respecto a la inmigración del Este de Europa y en parte de Latinoamérica.
OBJETIVOS:
Análisis descriptivo del número de estudios de parasitosis realizados en el Laboratorio de Microbiología en Hospital Poniente durante el año 2008.
Material y Métodos: El diagnóstico de parasitosis intestinal conlleva el estudio de 3 muestras de heces tras concentración según el método de Ritchie. La investigación de párasitos en orina se realizó tras concentración mediante centrifugación, la búsqueda de microfilarias en sangre total seún método de Nott.
RESULTADOS:
En el año 2008 se han realizado 20.067 estudios de parásitos en heces, lo que supone un incremento del 92% respecto al año anterior (2007), 877 estudios de parásitos en orina y 366 estudios de búsqueda de hemoparásitosl. El número de aislamientos realizado es: *Crystosporidium (2), E.vermicularis (15), V.nana (24), Plasmodium falciparum(4), Mansonella perstans (20), Giardia lamblia(155), Dicrocoelium dendriticum (49), Trichuris trichura(53), E. hystolítica/dispar(279), Blastocystis hominis (349), Taenia spp.(12), Ascaris lumbricoides (13), Schistosoma mansoni (26), Schistosoma haematobium (50), Uncinarias (206), Strongyloides stercoralis (14).*
CONCLUSIONES:
El elevado número de población extranjera atendida en nuestra área sanitaria implicado un esfuerzo a nivel de personal (ha sido necesario la formación de TEL en la visualización microscópica de parásitos), formación específica en esta área de conocimiento y la mejora en la metodología de diagnóstico de parasitosis.

Palabras Clave Parasitosis, inmigración, tropical

Nombre Mª Teresa Cabezas Fernández
Servicio Microbiologia ***Hospital*** EP HOSPITAL PONIENTE
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**UTILIDAD DEL ESTUDIO DE COLONIZACIÓN PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANDIDIASIS INVASORA EN PACIENTES CRITICOS.**
Autores	MT GONZALEZ, C. CASTRO, A. ROMERO, A. LOZA*, F. LUCENA*, A. GONZALEZ, E. MARTIN-MAZUELOS
Centro	*UGC de Microbiología.* Unidad de Cuidados Intensivos. HOSPITAL DE VALME. SEVILLA*

Resumen

INTRODUCCION

La candidiasis invasora es de difícil diagnóstico en el paciente crítico y se asocia a una elevada mortalidad, siendo la instauración precoz del tratamiento antifúngico fundamental para obtener buenos resultados. El riesgo de candidiasis invasora se asocia a varios factores entre ellos la colonización por *Candida* spp. Por ello nuestro objetivo consistió en estudiar la colonización-infección en pacientes no neutropénicos ingresados en una unidad de cuidados intensivos con una estancia superior a una semana.

MATERIAL Y METODOS

Se han estudiado 12 pacientes ingresados en UCI durante un periodo superior a 7 días. El intervalo de tiempo estudiado está comprendido entre Abril y Septiembre de 2009. Las muestras clínicas fueron recogidas entre la 2ª y la 5ª semana de ingreso e incluyen orina, exudado faríngeo, exudado rectal, sangre, aspirado bronquial y líquidos estériles. Las muestras se cultivaron en medio Chromagar *Candida* (Teclaim SA) y en caso necesario se realizó la identificación a nivel de especie mediante la tarjeta YST del sistema VITEK 2 (bioMerieux SA).

RESULTADOS

Del total de pacientes del estudio, el 83.3% estaba colonizado por una o varias especies de *Candida* spp. Obtuvimos 68 cultivos positivos (12 orinas, 13 aspirados bronquiales, 22 rectales, 2 exudados de herida, 13 faríngeos, 1 absceso, 2 líquidos peritoneales, 2 drenajes y un hemocultivo). Tres pacientes desarrollaron candidiasis invasora y dos de ellos estaban colonizados en varias localizaciones por la especie causante de dicha infección. Las candidiasis documentadas fueron 2 peritonitis, una causada por *C. lusitaniae* y otra por *C. albicans* y sepsis por *C. albicans*. La especie más frecuentemente aislada fue *C. albicans* (42.6%), seguida de *C. lusitaniae* (23.5%) y *C. glabrata* (17.6%). Las especies menos frecuentes fueron *C. famata* y *C. parapsilosis.*

CONCLUSIONES

1) Según este estudio la colonización multifocal representó un factor de riesgo para padecer candidiasis invasora.

2) Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para establecer otros posibles factores de riesgo y calcular la probabilidad de padecer una candidiasis invasora en este tipo de pacientes.

Palabras Clave Colonización, pacientes críticos, *Candida* spp.

Nombre MARIA TRINIDAD GONZALEZ CEJUDO

Servicio UGC DE MICROBIOLOGIA ***Hospital*** HOSPITAL DE VALME

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ESTUDIO DE BACTERIEMIAS POR *S. aureus* resistente a meticilina EN LOS ULTIMOS SEIS AÑOS.**
Autores	MT. GONZALEZ*, C. FLOREZ, A.I. ALLER, C. CASTRO, D. MORILLA, E. MARTIN-MAZUELOS.
Centro	UGC DE MICROBIOLOGIA. HOSPITAL DE VALME. SEVILLA.

Resumen

Introducción
En los últimos años se ha producido un aumento en el número de cepas de *S. aureus* resistentes a meticilina (SAMR) no sólo en el medio hospitalario sino también de origen comunitario. Por otro lado la aparición de cepas resistentes o con sensibilidad disminuida a glicopéptidos supone un grave problema para el control y tratamiento de las infecciones por este microorganismo. Es por ello que vamos a estudiar la incidencia de bacteriemias por SAMR en nuestro hospital.

Métodos
Estudio retrospectivo de las bacteriemias por SAMR de los últimos seis años y patrón de sensibilidad a distintos antimicrobianos.
Los hemocultivos se procesaron mediante el sistema BACTEC 9240 (Becton-Dickinson). Los cultivos positivos fueron procesados según el protocolo de trabajo habitual. La identificación y sensibilidad se realizó mediante el sistema automatizado VITEK 2 (bioMerieux SA) mediante la tarjeta GP (identificación) y las tarjetas AST-536 y AST-559 (sensibilidad).

Resultados
La media de hemocultivos procesados al año fue de 7856. El número de bacteriemias al año desde 2003 hasta 2008 fue: 420, 410, 440, 394, 430 y 530, respectivamente.
El porcentaje de resistencia obtenido frente a los distintos antimicrobianos testados es el siguiente:
Meticilina (SAMR): 26.5, 17, 18, 17.3, 14.3 y 23.5%.
Clindamicina: 7.7, 40, 33.3, 22.2, 11.1 y 25%.
Gentamicina: 15.4, 9, 9, 0, 33.3 y 13.3 %.
Ciprofloxacino: 92.3, 90, 90, 100, 87.5 y 87.5 %, desde 2003 hasta 2008.
El número medio de bacteriemias al año asociadas a *S. aureus* fue de 57.
Todas las cepas de SAMR fueron sensibles a linezolid, quinuspristina/dalfopristina, vancomicina (4 cepas, 5.8%, presentaron CMI de 2 mg/L) y teicoplanina (1 cepa con CMI de 2 mg/L, 2 cepas con CMI de 1 mg/L y otra cepa con CMI de 1.5 mg/L).

Conclusiones
1) La resistencia a meticilina disminuyó ligeramente a partir de 2003, permaneciendo estable y observándose un aumento en el último año.
2) El perfil de sensibilidad a clindamicina y gentamicina ha sido variable en el periodo estudiado.

Palabras Clave SAMR, BACTERIEMIAS, SENSIBILIDAD

Nombre MARIA TRINIDAD GONZALEZ CEJUDO
Servicio UGC DE MICROBIOLOGIA ***Hospital*** H. DE VALME
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **VALORACION DE UNA TECNICA DE PCR PARA EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS**

Autores MT GONZALEZ*, S BERNAL, JC PALOMARES, JL CABEZAS, C PABLOS, E MARTIN-MAZUELOS.

Centro UGC. DE MICROBIOLOGIA. HOSPITAL DE VALME. SEVILLA.

Resumen

INTRODUCCION

El diagnóstico microbiológico de la tuberculosis está basado en la observación directa de bacilos ácido-alcohol resistentes y en el cultivo en medios adecuados. Este último, aunque necesario para realizar estudios de sensibilidad in vitro, requiere de al menos dos o tres semanas para obtener un resultado. Por tanto es importante contar con técnicas más rápidas que permitan establecer el diagnóstico e iniciar el tratamiento específico como la PCR.

Nuestro objetivo fue evaluar una técnica de PCR a tiempo real realizada directamente a partir de muestras clínicas.

METODOS

Se analizaron 253 muestras clínicas (77 orinas, 59 esputos, 40 aspirados bronquiales, 21 lavados broncoalveolares, 17 líquidos pleurales, 11 LCR y 29 correspondientes a otras muestras) desde Enero de 2008 hasta Junio de 2009. El cultivo se realizó en medio sólido (Lowenstein-Jensen, bioMerieux SA) y medio líquido (VersaTREK, bioMerieux SA). Se realizó baciloscopia a todas las muestras con excepción de las orinas y LCR. Se llevó a cabo la extracción automática del ADN mediante el sistema MagNAPure Compact Nucleic Acid Isolation kit. La PCR se llevó a cabo mediante el kit INGENIE MOLECULAR para detección de *M. tuberculosis* complex en el instrumento Smart Cycler (Cepheid) siguiendo las instrucciones del fabricante. Se consideró el cultivo como la técnica de referencia para el cálculo de la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN.

RESULTADOS

En el análisis de las muestras se obtuvieron los siguientes resultados: la técnica de PCR fue positiva en 18 de las 26 muestras con cultivo positivo, lo que supone un 69.2 %, siendo negativas por ambos métodos un total de 219 muestras. Ocho muestras fueron positivas mediante cultivo y negativas mediante PCR, y otras ocho fueron PCR + y cultivo -, siete de las cuales corresponden a muestras de pacientes que fueron diagnosticados de tuberculosis e iniciaron tratamiento tuberculostático.

Los valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron: 70%, 96.5%, 70% y 96.5%, respectivamente.

De las nueve muestras con baciloscopia positiva (todas confirmadas mediante cultivo), la PCR detectó 8 de los casos y otro fue negativo.

CONCLUSIONES

1) La alta especificidad de esta técnica junto con la rapidez de sus resultados (3 horas) la convierten en una herramienta útil en la detección precoz del complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

2) Debido a su alto coste, esta técnica debería reservarse para casos con una sospechosa media-alta, complementando al cultivo, que sigue siendo necesario para estudios de sensibilidad in vitro.

Palabras Clave TUBERCULOSIS, DIAGNOSTICO. PCR

Nombre MARIA TRINIDAD GONZALEZ CEJUDO

Servicio UGC DE MICROBIOLOGIA ***Hospital*** HOSPITAL DE VALME

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**EMPLEO DE INNO-LIA™ SCORE PARA CONFIRMAR UNA SEROLOGÍA REACTIVA FRENTE A *TREPONEMA PALLIDUM* EN NUESTRO MEDIO.**
Autores	**Chueca, N., Domínguez, MC., Conde, M., Porras, J., Pardo, S., Roldan, E.**
Centro	Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla

Resumen

Introducción/Objetivos:
Se está haciendo imprescindible en los laboratorios el empleo de técnicas confirmatorias para algunas situaciones, como son los casos títulos bajos, para el diagnóstico de determinadas enfermedades, especialmente si son ETS. En el caso de la sífilis, una de ellas es el empleo de INNO-LIA™ Score (Line inmunoassay) cuyos antígenos presentes son tres proteínas recombinantes (TpN47, TpN17, TpN15) además de un péptido sintético (TmpA) purificado mediante HPLC reversa. Según diferentes estudios presenta una sensibilidad de 99,6 a 100% y especificidad de 99,3 a 99,5% en suero. Esta prueba emplea para su interpretación, un control negativo y tres controles positivos de IgG, que se valoran desde una cruz o débil (1+) a tres cruces o fuerte (3+). La prueba se considera reactiva cuando hay más de dos bandas presentes e indeterminadas cuando sólo hay una banda. Se emplea como prueba confirmatoria de test serológicos positivos pues tiene la ventaja que no presenta reacciones falso-positivas descritas para WB y FTA-ABS. Nosotros nos propusimos introducir esta técnica en nuestro laboratorio y evaluar su aportación así como determinar el valor punto de corte para realizar un test confirmatorio.
Métodos:
6397 muestras de suero fueron remitidos a nuestro laboratorio desde julio 2008 a Octubre de 2009 para estudio de serología de lues, fueron ensayados empleando un test de screening de alta sensibilidad (Syphilis TP Architect I2000sr)(inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas; CMIA). En todos los sueros reactivos (S/CO≥1) se ensayaron además la prueba RPR (Rapid Plasma Reagine, bioMérieux) y para confirmación de los resultados INNO-LIA™ Score (Innogenetics).
Resultados:
6299/6397 (98.5%) muestras fueron no reactivas para el screening de sífilis. 98/6397 (1.5%) fueron reactivas para el período investigado. 24/6397(0.37%) son nuevos diagnósticos. Los anticuerpos reagínicos (*rapid plasma reagin* -RPR-) mediante aglutinación fueron positivos en 12/36 (33%) presentando títulos superiores a 1/8 la mitad de los casos. En cuanto al estudio confirmatorio con INNO-LIA™ Score, 24/36 (66%) pacientes se confirma la serología positiva de sífilis, presentando en estos casos un S/CO de media 18,1838, con una desviación estándar de ±9,6175 unidades; mediana de 16,3850 ; valor más alto de 33,6700; valor más bajo de 2,6100), 4/36 (11.11%)pacientes presentaron un test indeterminado (2 con banda aislada TpN17 (3+), 2 con banda aislada TpN15 (3+); S/CO de media 3,7375, con una desviación estándar de ±3,0645unidades; mediana de 3,4950; valor más alto de 6,9300; valor más bajo de 1,0300) y 8/36 (22.22%) fueron negativos; S/CO de media 1,9750, con una desviación estándar de ± 0,8356unidades; mediana de 1,9650; valor más alto de 3,5600; valor más bajo de 1,0000). Las diferencias de valores S/CO entre sueros positivos y negativos son significativas (p<0.0001). En nuestro estudio un score <5.5 necesitaría confirmación con INNO-LIA™ con una sensibilidad y una especificidad del 100%.
Conclusiones:
La técnica de INNO-LIA™ Score podría permitir confirmar pacientes con serología positiva frente a *Treponema pallidum,* y para nuestro estudio un S/CO <5.5 podría ser el punto de corte para realizar un ensayo de confirmación con una sensibilidad y una especificidad del 100%.

Palabras Clave Sífilis, *Treponema pallidum*, anticuerpos, immunoblot, RPR,

Nombre Natalia Chueca
Servicio Microbiología ***Hospital*** Hospital de la Merced. Osuna
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**FORMACIÓN DE BIOFILM DE *Escherichia coli* EN MALLAS DE POLIPROPILENO DE UN DISEÑO EXPERIMENTAL DE REVESTIMIENTO DE PARED ABDOMINAL EN CONEJOS**
Autores	**N ERQUÍNIGO*, A DÍAZ, MA RODRÍGUEZ-IGLESIAS**
Centro	Laboratorio de Microbiología y Servicio de Cirugía. HU de Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Introducción:
Los biofilms son comunidades sésiles con microorganismos incrustados dentro de una matriz adherida a una superficie. La formación de biofilms es un mecanismo patogénico que permite la protección de la bacteria de los mecanismos locales de defensa y obstaculiza la erradicación del microorganismo. Se ha demostrado que cepas de *Escherichia coli* causantes de prostatitis producen biofims in vitro más frecuentemente que aquellos causantes de infecciones del tracto urinario. Además es conocido que la presencia de material abiótico favorece la producción de biofilms bacterianos, consiguiendo que las infecciones asociadas a algún dispositivo sean más difíciles de tratar, con un riesgo elevado de cronificar el proceso infeccioso o evolucionar a sepsis. En este trabajo se plantea la capacidad para formar biofilm "in vitro" en cepas aisladas de material inerte protésico (mallas de polipropileno) en un modelo experimental desarrollado en conejos.
Métodos:
Se han utilizado tres tipos de mallas: a) Prótesis de polipropileno de bajo peso molecular, 48 g/m^2, con un tamaño de poro de 3,6x2,8 mm y con un tamaño standard de 10 x 5 cms (Optilene^R Mesh Elastic, BRAUN), b) Prótesis de polipropileno de bajo peso molecular, 60 g/m^2, con un tamaño de poro de 1,5 mm y con un tamaño standard de 10 x 5 cms (Optilene^R Mesh, BRAUN) y c) Prótesis de polipropileno de alto peso molecular, 82 g/m^2, con un tamaño de poro de 800 micras y un tamaño standard de 10 x 5 cms (Premilene^R Mesh, BRAUN). Se realizó un modelo experimental en conejos (10 animales por tipo de malla) en los que se insertó la malla a nivel peritoneal. Quince conejos fueron sacrificados a los 21 días y los 15 restantes a los 90 días, aislándose 4 y 6 cepas de *E coli* respectivamente. Como control se estudiaron tres cepas de *E coli* obtenidas de materia fecal de los animales. El ensayo de formación de biofilms se realizo siguiendo el método de Danese et al. con modificaciones. Para el ensayo de adherencia se utilizaron placas de microtitulación de poliestireno (16 pocillos por cepa), utilizando 16 pocillos con medio de cultivo no inoculado como control. Se utilizó azul de metileno como colorante y se midió la absorbancia por espectrofotometría. La producción de biofilm fue calculada mediante la fórmula SBF = (AB-CW)/G, donde SBF es la formación específica de biofilm, AB es la densidad óptica de la bacteria teñida y CW es la densidad óptica de los pocillos control teñidos, y G es la densidad óptica del crecimiento celular en cultivo. Valores de SBF fueron clasificados en dos categorías: fuertes productores de biofilm (>0,42) y débiles productores de biofilm (≤0,42).
Resultados:
Se obtuvieron 5 cepas fuertes productoras de biofilm y 5 cepas débiles productoras de biofim, 7 cepas se correlacionaron con hallazgos en la macroscopía, 3 y 4 respectivamente. El 70 % de las cepas productoras de biofilm se asociaban al uso de la malla de polipropileno de alto peso molecular y con un tamaño de poro más pequeño (Premilene^R Mesh, BRAUN) que las otras 2 mallas utilizadas en el estudio. Las cepas control obtenidas de muestras fecales fueron todas débiles productoras de biofilm.
Conclusiones:
Las cepas productoras de biofilm se adhieren al poliestireno de poro pequeño con más facilidad, lo que resulta lógico debido a que encuentra mayor superficie de fijación. La producción de biofilm no se correlacionó con la evolución de la lesión, ya que algunos de los conejos desarrollaron infecciones producidas por otro tipo de bacterias y no por productoras de biofilm. Aunque el grupo control es pequeño, no se encontraron en él cepas productoras de biofilm.

Palabras Clave Biofilms, Polipropileno, *E coli*

Nombre Natalia Erquínigo Agurto
Servicio Laboratorio de Microbiología ***Hospital*** Universitario de Puerto Real (Cádiz)
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

***Título*:**	**INFECCIÓN NEUMOCÓCICA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS. SEROTIPOS PREVALENTES Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA**
Autores	M OMAR*, C. CARAZO, MA GÓMEZ VIDAL, GEA I DURO G, I CUESTA, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ.
Centro	Hospital Médico-Quirúrgico. Complejo Hospitalario de Jaén

Resumen

Objetivo:
Describir los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* circulantes en adultos de nuestra área sanitaria y analizar sus patrones de sensibilidad y conocer las cepas con mayores tasas de resistencia.

Material y Métodos:
Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años que durante el periodo comprendido entre 2003 y 2009, tenían un diagnóstico microbiológico de enfermedad neumocócica. Los aislamientos de neumococo se remitieron al laboratorio de referencia del Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda, para la serotipificación. Se consideró caso de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) todo el que presentaba clínica indicativa de enfermedad neumocócica y aislamiento de *S. pneumoniae* en sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial u otro líquido corporal normalmente estéril. Realizamos estudio de sensibilidad de las distintas cepas de *S. pneumoniae* frente a penicilina, cefotaxima, eritromicina, tetraciclina, vancomicina, cloranfenicol y levofloxacino, siguiendo las recomendaciones del CLSI. Aplicamos como criterios interpretativos los del CLSI 2008 con los nuevos puntos de corte para penicilina y cefotaxima-ceftriaxona.

Resultados:
En total se analizaron 98 muestras de 98 pacientes (26 mujeres) con una edad media de 60.33 (± 17.93) años. El año 2007 fue en el que hubo más casos (31) seguido de 2008 (18) y 2009 (17) mientras que en 2005 (4) y 2006 (8) fueron los años con menos casos. Cuarenta y cuatro casos se catalogaron de ENI y 40 se consideraron como formas clínicas graves (meningitis, bacteriemias sin foco y neumonías bacteriémicas). La distribución de serotipos fue muy heterogénea, siendo los más frecuentemente implicados el serotipo 3 (16 cepas), el 6A/6B (9 cepas), el 15A/15B (7 cepas) y los serotipos 22, 23 y 19A con seis cepas cada uno. En el estudio de sensibilidad observamos un 100% de cepas sensibles a vancomicina y levofloxacino. Se encontró resistencia a eritromicina en el 30.6% de los aislados (100% de los serotipos 23F y 15A; 66.6% 6A/6B; 60% de resistencia para el serotipo 19F y 50% 19A), un 25.5% de resistencia a tetraciclina (100% resistentes las cepas del serotipo 23F, 19A y 15A; 66.6% de resistencia para el serotipo 6A/6B) y un 5.1% de resistencia a cloranfenicol. Respecto a penicilina y cefotaxima si consideramos los puntos de corte establecidos por el CLSI para estos antimicrobianos en aislados meníngeos, observamos una tasa de resitencia a Penicilina del 33% (100% para las cepas 35B, 15A, 14, y 9 V; 80% para 23F y 75% para 19F) y un 12.2% para cefotaxima (75% para la cepa 35B; 66.6% para la 9V y 60% para la cepa 14).

Conclusiones:
1. Las cepas 3, 6A/6B y 15A/15B fueron las más prevalentes en las infecciones neumocócicas del adulto ingresadas en nuestro Centro.
2. Los serotipos asociados a mayor resistencia antibiótica fueron 14, 23F, 6A/6B, 15ª, 19A, 19F, 23F, 35B y 9V.

Palabras Clave *Streptococcus pneumonia.* Serotipos. Infección en adultos

Nombre **M OMAR***

Servicio Medicina Interna ***Hospital*** Hospital Médico-Quirúrgico. C.H.Jaén

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**¿EXISTE COBERTURA DE LA VACUNA 23-V DE LAS PRINCIPALES CEPAS DE NEUMOCOCO RESPONSABLES DE INFECCION NEUMOCÓCICA DEL ADULTO INGRESADAS EN NUESTRO CENTRO?**
Autores	OMAR* M, CARAZO C., GÓMEZ VIDAL MA, DURO G, HERRERO C, CUESTA I, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ.
Centro	Hospital Médico-Quirúrgico. Complejo Hospitalario de Jaén

Resumen

Fundamento:
La introducción sistemática de la vacuna polisacárida 23-V en el calendario vacunal de los pacientes adultos de riesgo, podría tener un impacto muy significativo en su nivel de salud si ésta incluyera los serotipos que más frecuentemente se encuentran asociados a la enfermedad neumocócica en cada área.

Objetivo:
Conocer los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* circulantes en adultos de nuestra área sanitaria y evaluar su cobertura con la vacuna polisacárida 23-V.

Material y Métodos:
En el presente estudio se incluyeron a los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico microbiológico de enfermedad neumocócica durante el periodo comprendido entre 2003 y 2009. Los aislamientos de *S. pneumoniae* se remitieron al laboratorio de referencia del Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda, para la serotipificación. Se consideró caso de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) todo el que presentaba clínica indicativa de enfermedad neumocócica y aislamiento de *S. pneumoniae* en sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial u otro liquido corporal normalmente estéril.

Resultados:
En total se analizaron 98 muestras de 98 pacientes (26 mujeres) con una edad media de 60.33 (± 17.93) años. El año 2007 fue en el que hubo más casos (31) seguido de 2008 y 2009 con 17 casos cada uno mientras que 2005 (4) y 2006 (8) fueron los años con menos casos. Cuarenta y cuatro episodios se catalogaron de ENI y 40 se consideraron como formas clínicas graves (meningitis, bacteriemias sin foco y neumonías bacteriémicas). La distribución de serotipos fue muy heterogénea, siendo los más frecuentemente implicados el serotipo 3 (16 cepas), el 6A/6B (9 cepas), el 15A/15B (7 cepas) y los serotipos 22, 23 y 19A con seis cepas cada uno. De forma global, el 878.6% de las cepas tuvieron un serotipo que estaba incluido en la vacuna polisacárida 23-V y dicha cobertura varió desde el 92% para el periodo 2003-2005 a un 74% para 2006-2009 (p = 0. 088).

Conclusiones:
1. Aunque la mayoría de los aislamientos de neumococos en adultos continúan incluidos en la vacuna polisacárida 23V, existe una tendencia a la aparición progresiva de cepas no vacunales.
2. Debería establecerse un sistema de vigilancia de enfermedad neumocócica en nuestra área para poder realizar un seguimiento del impacto de la vacunación y detectar posibles aumentos de incidencia de casos causados por serotipos no cubiertos por la vacuna 23V.

Palabras Clave *Streptococcus pneumoniae*. Vacuna

Nombre **OMAR* M**
Servicio Servicio Medicina Interna ***Hospital*** H. Médico-quirúrgico. C. Hospitalario de Jaén
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES INFECTADAS POR EL VIH ATENDIDAS EN NUESTRA CONSULTA**
Autores	OMAR M*, GOMEZ-VIDAL MA, GEA I, HERRERO C, DURO G, CARAZO C, HERNANDEZ-BURRUEZO JJ.
Centro	Hospital Médico-Quirúrgico. Complejo Hospitalario de Jaén

Resumen

Objetivos:
Analizar las características clínicas, inmunológicas y virológicas de nuestras pacientes infectadas por VIH.
Material y Métodos:
Revisión de historias clínicas de mujeres infectadas por VIH con seguimiento regular en la Consulta de Infecciones del Complejo Hospitalario de Jaén. Se incluyeron en el análisis: edad, consumo de tóxicos, conductas de riesgo, evolución desde el diagnóstico de VIH, presencia de SIDA, recuento de CD4, carga viral VIH, tratamiento antirretroviral de gran actividad y cumplimiento terapéutico.
Resultados:
En total, se revisaron 273 pacientes (89 mujeres). En el análisis univariante las mujeres tenían una edad media inferior (38.16 vs 42.11; p < 0.001) y un menor uso de drogas parenterales (49.4% vs 74.2%; p < 0.0001), de ingesta enólica (38.2% vs 73.9%; p <0.0001), de hábito tabáquico (41.6% vs 78.3%; p = 0.001) y con menos tiempo de evolución de la infección por VIH (105.6 meses vs 144 meses; p < 0.0001). Además, tenían había un mayor porcentaje de mujeres con CV detectable (60% vs 38.1%; p = 0.02) y una menor proporción con TARGA (64% vs 91.3%; p <0.001) que fueran adherentes (56.2% vs 78.3%; p <0.0001).
En el análisis multivariante, se observó un menor porcentaje de mujeres con hábito enólico [OR= 0.260 (IC 95%=0.131- 0.514); p < 0.0001], tabáquico [OR=0.502 (IC 95%=0.255- 0.988); p = 0.046] o consumo de droga por vía parenteral [OR=0.431 (IC 95%=0.222- 0.837); p = 0.013] así como una menor proporción de mujeres mayores de 40 años [OR=0.519 (IC 95% = 0.275- 0.981); p = 0.043]. Por el contrario, encontramos una mayor proporción de mujeres sin TARGA [OR=3.944 (IC 95% 1.577- 9.861); p = 0.003)] y con viremia plasmática detectable [OR=2. 007 (IC 95% 1.046- 3.861); p = 0.036)] que se debió a que las mujeres recibían menos TARGA y tenían peor adherencia.
Conclusiones:
En nuestra población infectada por el VIH, las mujeres son más jóvenes y tienen menos hábitos tóxicos (UDVP, tabaco o alcohol) pero reciben menos TARGA y son peores cumplidoras que los hombres lo que condiciona una mayor tasa de fracaso virológico.

Palabras Clave VIH. Infección en la Mújer

Nombre **OMAR M**

Servicio Medicina Interna ***Hospital*** Hospital Médico-Quirúrgico. C.H.Jaén

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**DETECCIÓN MOLECULAR DE *Gardnerella vaginalis* EN MUJERES CON DESCARGA VAGINAL ANORMAL Y NIVEL DE COINFECCIÓN CON *Cándida*.**
Autores	**P AZNAR*, N ERQUÍNIGO, I JESÚS DE LA CALLE, MA RODRIGUEZ-IGLESIAS**
Centro	Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La causa principal de descarga anormal de flujo vaginal en mujeres en edad reproductiva es el síndrome de la vaginosis bacteriana. Es difícil establecer con exactitud su prevalencia ya que en un 70% de las pacientes suele ser asintomática. El objetivo de este trabajo es presentar los datos obtenidos, en relación con *Gardnerella vaginalis*, mediante la técnica de identificación por sondas de ADN comerciales que permiten la detección simultánea de ADN de *Candida* y *Trichomonas,* a partir de muestras vaginales en pacientes que acuden a consulta de ginecología por problemas de descarga vaginal anormal.
MATERIAL Y MÉTODO:
Se estudiaron 1.300 exudados vaginales (escobillones vaginales) procedentes de pacientes que acudieron a la Consulta de Ginecología en el área sanitaria perteneciente al H.U. de Puerto Real durante el año 2008. Se procesaron las muestras mediante la técnica AFFIRM VPIII (Becton Dickinson), para identificación de *G vaginalis, Candida y Trichomonas* siguiendo las indicaciones del fabricante. Este método se basa en la utilización de sondas de ADN y presenta unos niveles de sensibilidad adecuados para la detección de *Gardenerella* con significación clínica. Se realizaron cultivos convencionales, incluido medios selectivos para el aislamiento de Candida. En un grupo seleccionado de muestras se realizaron también cultivo de micoplasmas.
RESULTADOS:
Se detectó ADN de *G vaginalis* en 368 de las muestras estudiadas (28.3%). ADN de *Candida* se encontró en 332 muestras (25,5%) mejorando la sensibilidad del cultivo convencional, ya que solo se aislaron 134 cepas (40,3% de las muestras con ADN de *Candida* detectable). La coinfección de *Gardenerella* y *Candida* se produce en el 9,6% del total de las muestras, siendo significativamente más frecuente la aparición de *Candida* en coinfección con *Gardnerella* que en ausencia de ella (34,2% vs 22,1%).
CONCLUSIONES:
En la experiencia acumulada con esta técnica en nuestro laboratorio durante varios años se ha demostrado la conveniencia de la utlización de las técnicas moleculares para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana. Si bien resulta más costosa que otras técnicas convencionales, como la visualización de “clue cells” o cultivos específicos de *Gardnerell*a, aporta grandes ventajas en la rapidez (menos de dos horas de procesamiento) y precisión de la técnicas la detección de *Gardnerella* en su hábitat natural. La infección por *Candida* en pacientes con estas características tiene una frecuencia similar a *Gardnerella*, sin embargo la coinfección de ambos agentes se produce tan solo en 1 de cada diez pacientes aproximadamente. Un dato relevante, no obstante, es el hecho de encontrar un mayor número de infecciones por *Candida* en las pacientes que tienen niveles significativos de ADN de *Gardnerella* en comparación con aquellas pacientes en las que no se detectan, evidenciando cierta asociación positiva en la colonización de ambos agentes y posible modulación de una con respecto a la otra. Se puede utilizar de forma rutinaria en cualquier laboratorio de Microbiología, ya que la interpretación de los resultados obtenidos no tiene dificultad alguna al igual que su realización.

Palabras Clave GARDNERELLA, VAGINOSIS, CANDIDA

Nombre Pilar Aznar Marín
Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario de Puerto Real
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**UTILIDAD DE LA REVISIÓN DE PETICIONES Y DEL GESTOR DOCUMENTAL EN LA FASE PREANALÍTICA DE SEROLOGÍA**
Autores	**CANTUDO P.* , AMORES C., CASTILLO M.**
Centro	**Hospital San Agustín. Linares (Jaén)**

Resumen

INTRODUCCIÓN:
En la sección de Serología y, como parte de la fase preanalítica, diariamente se revisan las peticiones utilizando el registro informático de las mismas y con ayuda del gestor de documentos conectado al SIL (Sistema Informático del Laboratorio). Este sistema de revisión de pruebas analíticas y de visualización en pantalla de las peticiones, permite detectar (en nuestra sección) cualquier tipo de error o incidencia que afecte a la petición antes del procesamiento de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Para la revisión de peticiones analíticas utilizamos un gestor documental asociado al SIL (Openlab). Este gestor consiste en un sistema de escáner que registra de manera permanente la imagen de todas las peticiones analíticas recibidas diariamente en el laboratorio, permitiendo su visualización asociada al nº de petición.
El periodo durante el cual se han registrado las incidencias y actuaciones realizadas comprende desde el 16 de Marzo hasta el 15 de Septiembre (6 meses). Estas incidencias se han clasificado como sigue:
-Incidencia Tipo 1: Pruebas no solicitadas en la petición y que habían sido programadas.
-Incidencia Tipo 2: Pruebas solicitadas en la petición y que no se habían programado.
-Incidencia Tipo 3: Correcciones (peticiones con pruebas mal programadas, perfiles incompletos, etc...)
-Incidencia Tipo 4: Otras actuaciones (peticiones con errores demográficos, errores que afectaban a otras secciones, etc...)
-Incidencia Tipo 5: Resultado No Procede a aquellas pruebas que no se debían repetir o no se ajustaban a los protocolos establecidos en Serología.
Las incidencias de tipo 1 al 4 se cuantificaron por peticiones. La incidencia tipo 5 se cuantificó por pruebas.

RESULTADOS:
-Incidencia Tipo 1: 35 peticiones
-Incidencia Tipo 2: 30 peticiones
-Incidencia Tipo 3: 44 peticiones
-Incidencia Tipo 4: 19 peticiones
-Incidencia Tipo 5: 745 pruebas
El total de peticiones con incidencias y correcciones ha sido de 128. El nº de pruebas cuya realización no procedía ha sido de 745. Teniendo en cuenta que el nº de peticiones en Serología en este periodo fue de 4.195, el porcentaje de peticiones con incidencias corregidas ha sido del 3%. El nº de pruebas serológicas en este periodo ha sido de 14.725, con lo que el porcentaje de pruebas que no procedía realizar ha sido del 5%.

CONCLUSIONES:
-El gestor documental, además de permitir eliminar el archivo en papel de las peticiones, hace posible el rápido acceso a las mismas (p.ej. en caso de reclamaciones por parte de los médicos solicitantes). En nuestra sección facilita la visualización de los volantes de peticiones en la revisión diaria y la detección de errores o incidencias en la programación de los mismos con el fin de efectuar las correcciones oportunas antes de procesamiento de las muestras. Creemos que con esto se evitan reclamaciones posteriores y supone un beneficio para el paciente.
-Mejor adecuación de las pruebas a la situación clínica del paciente, eliminando aquellas que no procede realizar. Esto supone además un considerable ahorro económico.
-Este sistema nos permite detectar cuáles son los errores más frecuentes en el registro de peticiones y efectuar las acciones oportunas que eviten algunas de estas incidencias.

Palabras Clave **Gestor documental, Fase preanalítica**

Nombre Purificación Cantudo Muñoz
Servicio Laboratorio Análisis Clínicos ***Hospital*** San Agustín
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ESTUDIO GENÉTICO-MOLECULAR DE PAPILOMAVIRUS HUMANO Y CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA**
Autores	**CANTUDO P*., AMORES C., MOYA C., MOLINA J.**
Centro	**Hospital San Agustín. Linares (Jaén)**

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El papilomavirus humano (PVH) es un virus DNA del que se han descrito más de 100 genotipos, algunos de ellos de transmisión sexual infectan la mucosa anogenital. 20 de estos genotipos se encuentran estrechamente asociados con transformaciones neoplásicas en cérvix. En más del 99% de los casos de cáncer de cérvix está implicado este virus. La tasa anual de incidencia en España es de 7,2 (excluído el carcinoma in situ) por 100.000 mujeres.

OBJETIVO:
Evaluar la relación entre genotipo y resultado de la citología y/o biopsia en muestras de pacientes atendidas en la consulta de Ginecología de nuestro hospital

MATERIAL Y METODOS:
Se hizo un análisis retrospectivo de las peticiones de DNA del PVH realizadas durante los años 2006 y 2007 y se revisaron los resultados de la citología y/o biopsia de las muestras positivas. El screening se realizó mediante amplificación del DNA viral (Diagcor) y visualización del amplificado mediante electroforesis en gel de agarosa. Para la determinación del genotipo se realizó un dot-blot reverso (Diagcor). Mediante esta técnica se pueden identificar 33 genotipos diferentes (18 de alto riesgo).

RESULTADOS:
En este periodo se analizaron 115 muestras siendo 47 positivas para PVH (40,8%), de las cuales no se obtuvo genotipo en 7 (14,8%). En 8 presentaron coinfección (17%), genotipo de alto riesgo en 31 (66%) y en 9 genotipo de bajo riesgo (19%). De las 31 pacientes que presentaron genotipo de alto riesgo, 22 presentaban el genotipo 16 bien de forma aislada o en coinfección, representando un 47% de las muestras positivas. La relación de la infección con la citología fue la siguiente: de las 31 pacientes con genotipos de alto riesgo, 14 presentaban CIN II ó III (Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II ó III), lo que supone un 45% de los genotipos de alto riesgo. En las restantes presentaban LSIL (Lesión Intraepitelial Escamosa Leve) y/o CIN I, ASCUS (Atipias difíciles de catalogar como negativas), en un caso Condiloma y en otro citología negativa. De las pacientes con genotipo de bajo riesgo, 3 presentaban LSIL en la citología, 1 ASCUS, 1 citología negativa y en 4 no presentaban resultado de citología.

CONCLUSIONES:
Se puede observar la relación entre las displasias del cuello uterino y la infección por PVH, además existe un elevado porcentaje de genotipos de alto riesgo detectados y una fuerte relación entre los genotipos de alto riesgo y las displasias moderadas y graves (CIN II y III), siendo el más prevalente el genotipo 16 como se describe en la literatura. La determinaccón del genotipo ofrece al clínico una estratificación del riesgo de progresión de la displasia en función del tipo de virus (bajo o alto riesgo) y por tanto actuar en consecuencia.

Palabras Clave **Papilomavirus humano, Genotipos, Displasia cervical**

Nombre Purificación Cantudo Muñoz
Servicio Laboratorio de Análisis Clínicos ***Hospital*** San Agustín (Linares)
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

Título **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HEPATITIS A DURANTE LOS AÑOS 2007, 2008 Y PRIMERA MITAD DE 2009 EN LOS H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA**

Autores **IRAURGUI P.*, MERINO L., MARTÍN A., SÁNCHEZ M., AZNAR J.**

Centro Servicio de Microbiología y Parasitología. H.H.U.U. Virgen Del Rocío. Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos:
Recientemente se ha observado un aumento de infecciones por el virus de la hepatitis A (VHA) a nivel mundial. Puede darse en casos aislados de individuos o en epidemias que cubren grandes áreas, focalizándose a veces en poblaciones concretas (homosexuales, UDVP). Nuestro objetivo es conocer y comparar los casos diagnosticados en 2007, 2008 y la primera mitad de 2009 y describir las características epidemiológicas.
Método:
Durante el periodo de Enero 2007-Junio 2009 se realizaron en nuestro laboratorio 12.974 determinaciones en suero de anti-VHA IgM mediante técnicas de EIA (Dade Behring®, Siemens®). Se estudiaron y compararon los casos detectados en los tres periodos de tiempo señalados anteriormente.
Resultados:
En el año 2007 se realizaron 3.469 determinaciones de anti-VHA IgM, obteniéndose 48 resultados positivos (1.4%), pertenecientes a 41 pacientes. De las 6.122 determinaciones de 2008, 213 fueron positivas (3.5%) y correspondían a 165 pacientes. En la primera mitad de 2009 se estudiaron 3.383 sueros y obtuvimos 72 positivos (2.1%), pertenecientes a 61 pacientes. La media de edad de los casos de 2007 fue de 31 años (rango 3-65) y un 71% eran hombres. En 2008 la edad media de los casos positivos fue de 30 años (rango 2-71) y el 79% eran hombres. En 2009 la edad media fue de 29 años (rango 2-44) y el 85% pertenecían a hombres. El 32% de las muestras de 2007 provenían de centros de salud, el 32% de consultas externas y un 36% fueron hospitalarias. En 2008 y 2009, los datos fueron los siguientes: 45% y 30% de centros de salud, 28% y 33% de consultas externas y 27% y 37% intrahospitalarias respectivamente.
Conclusiones:

- Aunque sería necesario completar los datos de todo el 2009, parece que los casos van aumentando de año en año.
- Se observa un predominio en hombres.
- No encontramos diferencia en cuanto a la procedencia de la muestra y la edad media se mantiene en los diferentes años (29-31).
- Teniendo en cuenta el aumento de casos y que actualmente disponemos de una vacuna, podría ser de gran utilidad en pacientes con factores de riesgo (hepatopatías, pretrasplante) y contactos de casos confirmados.

Palabras Clave Virus de la hepatitis A, EIA, anti-VHA IgM

Nombre Patricia Iraurgui Arcarazo
Servicio Microbiología y Parasitología **Hospital** H.H.U.U. Virgen Del Rocío
Dirección
Teléfono **Fax** **e-mail**

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UN BROTE POR PARVOVIRUS B-19**

Autores **IRAURGUI P.*, MARTÍN A., HARO J.L., SÁNCHEZ M., MERINO L., AZNAR J.**

Centro Servicio de Microbiología y Parasitología. H.H.U.U. Virgen Del Rocío. Sevilla.

Resumen

Introducción y Objetivos:
Parvovirus B19 (PB19) es el único virus miembro de la familia *Parvoviridae* que produce patología probada en el ser humano. En su mayoría las infeciones suelen ser asintomáticas. Se asocia a crisis de anemia aplásica transitoria y artritis y poliartralgias simétricas. Es el agente causal en población infantil del eritema infeccioso. Se presenta en forma de brote estacional cada 4 o 5 años al final del invierno o principio de la primavera. Entre Marzo y Junio de 2009 detectamos en el área hospitalaria de Virgen Del Rocío un aumento de la detección del anti-B19 IgM. Nuestro objetivo es estudiar y describir las características epidemiológicas y clínicas del brote detectado en 2009.
Método:
Entre Enero y Julio de 2008 realizamos en nuestro laboratorio un total de 593 determinaciones de anti-B19 IgM mediante inmunofluorescencia indirecta (Panbio diagnostic®). Del mismo modo se estudiaron 420 sueros para PB19 en el mismo periodo de 2009. Para los datos epidemiológicos y clínicos se revisaron las historias disponibles de los casos positivos.
Resultados:
De las 593 determinaciones realizadas en 2008 en el periodo de Enero a Julio obtuvimos 4 anti-B19 IgM positivas (0.7%) de 4 pacientes diferentes. Uno fue en Enero, otro en Mayo y dos en Junio. De los 420 sueros estudiados en el mismo periodo de 2009, obtuvimos 46 anti-B19 IgM positivas (10.9%) pertenecientes a 37 pacientes. La distribución de los casos en estos meses fue de: 1 en Enero, 1 en Febrero, 7 en Marzo, 4 en Abril, 8 en Mayo, 14 en Junio y 2 en Julio. 18 pertenecían a mujeres y 19 a hombres, 8 de los casos fueron en niños y 29 en adultos, con edades comprendidas entre los 15 y 49 años. Para estudiar las características clínicas solamente tuvimos acceso a 5 historias en pediátricos y 23 en adultos. En la población infantil el 100% presentó fiebre y el 80% anemia. Dos de los niños, que eran hermanos, sufrieron una crisis hemolítica debido a que padecían una esferocitosis hereditaria. Otro de los niños padecía una aplasia medular severa con sospecha de origen autoinmune. En los tres casos, el cuadró se agravó por la infección por PB19. En los adultos el 78% tuvo fiebre, artromialgias el 65%, adenopatías el 26%, exantema el 35% y anemia o pancitopenia el 17.5%.
Conlusiones:

- Se observa una variación anual en la aparición de los casos, confirmando un brote estacional.
- Afecta a niños y adultos, con ciertas diferencias en las manifestaciones clínicas.
- Ante un cuadro con fiebre, artralgias, exantema, adenopatías y anemia habría que descartar el PB19 como agente infeccioso.
- Suelen ser cuadros leves y autolimitados, con excepción de algunas complicaciones por enfermedades de base o inmunosupresión (anemia grave o persistente).

Palabras Clave Parvovirus B19, inmunoflurescencia, brote.

Nombre Patricia Iraurgui Arcarazo
Servicio Microbiología y Parasitología ***Hospital*** H.H.U.U. Virgen Del Rocío
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEE EN EL AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE ALMERIA**
Autores	**P. LUZÓN GARCÍA*, R. JIMENEZ TORRES, A. GONZALEZ BALLESTEROS.**
Centro	Hospital la Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.

Resumen

Introducción y objetivos.
El aumento de enterobacterias productoras de BLEE es un grave problema sanitario que ocurre tanto a nivel hospitalario como comunitario, y puede generar un serio problema en el tratamiento de las infecciones producidas por estos organismos multirresistentes.
El objetivo del estudio es mostrar la incidencia de enterobacterias productoras de BLEE aisladas de muestras clínicas procedentes de nuestra Área de Gestión Sanitaria así como la distribución por origen de la muestra y el Servicio de procedencia.
Métodos.
Estudio retrospectivo de aislamientos de enterobacterias desde 1 de Enero del 2008 al 31 de Agosto de 2009. La identificación y sensibilidad antimicrobiana se realizaron usando el sistema comercial de microdilución MicroScan Walk Away (Dade Behring). La producción de BLEE se confirmó mediante los paneles NM31.
Resultados.
Se aislaron 2470 cepas de enterobacterias. Se confirmó la presencia de BLEE en 132 (5.3%). La incidencia de estas cepas fue del 4% (56 de 1352) en 2008 y del 6.8% (76 de 1119) en el periodo considerado en 2009. El microorganismo aislado más frecuentes fue *E. coli* con un 71% seguido de *K. pneumoniae* con un 25%, *K. oxytoca* y *S. marcescens* con un 1.5% y *E. cloacae* con un 1%. El porcentaje de cepas productoras según el número de aislados fue del 5.9% para *E. coli* (94 de 1584 aislados), 11.4% para *K. pneumoniae* (33 de 290), 3.7% para *K. oxytoca* (2 de 54), 5.6% para *S. marcescens* (2 de 36) y 1% para *E. cloacae* (1 de 97).
En 2008 el 6.3% de *E. coli* y el 0.7% de *K. pneumoniae* fueron productoras de BLEE. En 2009 los porcentajes han sido del 5.5% y del 21.6% respectivamente. Cabe destacar que más del 60% de estos aislados de *K. pneumoniae* en 2009 lo han sido de muestras clínicas procedentes de varios pacientes afectados por un brote por este germen ocurrido en nuestro Hospital, pacientes en los que se obtuvieron aislamientos repetidos de este germen en muestras clínicas de diferentes orígenes. Este brote tuvo como origen a un paciente colonizado que fue trasladado a nuestro Hospital procedente de otro con un brote en curso.
De las enterobacterias productoras de BLEE, el 22% se aislaron en Atención Primaria y el resto (78%) en Hospital y Consultas Externas. Si consideramos los servicios del Hospital, un 22% correspondió a la UCI, un 17% a Medicina Interna, un 15% a Consultas Externas, un 11% a Neumología, un 11% a Cirugía, un 8% a Tocoginecología, un 6% a Urgencias, un 4% a Urología, 3% a Traumatología y el resto a otros Servicios.
En cuanto a la distribución por origen de la muestra, los aislados procedían de orinas (39%), de muestras respiratorias (17%), de exudados de heridas (11%), de sangre (9%), de heces (4%), de abscesos (2%), de catéteres (1.5%) y el resto a otro tipo de muestras.
Conclusiones.
Observamos que en nuestra área sanitaria se ha producido un aumento en la incidencia de enterobacterias productoras de BLEE durante el año 2009 en relación a 2008.
Los aislados de *K. pneumoniae* experimentan un notable aumento en 2009, mientras que los de *E. coli* se mantienen estables.
Es necesario mantener una estricta vigilancia epidemiológica de pacientes colonizados/infectados por estos patógenos en el ambiente hospitalario para evitar su diseminación.

Palabras Clave BLEE, *E. coli, K. pneumoniae*

Nombre PILAR LUZON GARCIA
Servicio Laboratorios Clínicos ***Hospital*** La Inmaculada
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA, DISTRIBUCIÓN Y PROCEDENCIA DE *Staphylococcus aureus* EN EL AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE ALMERIA**
Autores	**P. LUZÓN GARCÍA*, R. JIMENEZ TORRES.**
Centro	Hospital la Inmaculada, Huércal-Overa, Almería.

Resumen

Introducción y Objetivos.
Staphylococcus aureus es una de las principales causas de infección en la actualidad, tanto a nivel hospitalario como comunitario. Su elevada frecuencia y el aumento de aislados resistentes a meticilina (SAMR) hacen que se le considere uno de los patógenos nosocomiales más importantes. En los últimos años estamos asistiendo además a un incremento importante de las infecciones de origen comunitario por SAMR.
El objetivo del estudio es mostrar la sensibilidad antibiótica, la distribución y el origen de los aislamientos de *S. aureus* hospitalario y no hospitalario.
Métodos.
Se analizaron los datos de los cultivos en los que se aisló *S. aureus* en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 2008. Los aislamientos se obtuvieron de las muestras clínicas procesadas en nuestro Laboratorio de Microbiología
Para la identificación y sensibilidad antimicrobiana se utilizó el sistema comercial de microdilución MicroScan Walk Away (Dade Behring).Los métodos de microdilución no ponen de manifiesto que los macrólidos (eritromicina) pueden inducir resistencia a lincosamidas (clindamicina), por lo que paralelamente al método de microdilución, se siguió un procedimiento de difusión con doble disco según las recomendaciones del CLSI.
Resultados.
De todas las muestras procesadas durante 2008, en 213 se aisló *S. aureus*. 170 muestras tuvieron origen hospitalario (Hospital y consultas hospitalarias), mientras que las 43 restantes fueron extrahospitalarias.
La sensibilidad antibiótica encontrada en los aislamientos fue: 7% para penicilina (P), 65% oxacilina (OX), 100% linezolid (LZD), quinupristina-dalfopristina (SYN), teicoplanina (TEI) y vancomicina (VA), 99% Trimetroprim/sulfametoxazol (T/S), ácido fusídico (FA) y fosfomicina (FOS), 98% rifampicina (RIF), 96% cloranfenicol (C), 92% tetraciclina (TE), 90% mupirocina (MUP), 87% gentamicina (GM), 70% tobramicina (TO), 71% clindamicina (CD), 58% eritromicina (E), 65% levofloxacino (LVX), 62% ciprofloxacino (CP) y 65% para Amoxicilina/Clavulánico (AUG). En cuanto a la sensibilidad antibiótica de los SAMR (75), observamos un 100% de sensibilidad para LZD, SYN, T/S, TEI y VA, 99% FA, 97% FOS, 96% RIF y TE, 95% C, 79% MUP, 73% GM, 36% TO, 40% CD, 22% E, 5% CP y 8% LVX. La mayoría de los aislamientos (56%) procedían de muestras de exudados, 48 (23%) de muestras respiratorias, 19 (9%) de abscesos, 13 (6%) de orinas, 10 (5%) de sangre, 2 de muestras de catéter, 1 de LCR y 1 de líquido sinovial. Respecto a la distribución, 43 muestras (20%) procedieron de Atención Primaria, el resto fueron hospitalarios. Si consideramos los principales servicios de procedencia: 38 (22%) M. Interna, 19 (11%) Traumatología, 15 (9%) Neumología, 13 (8%) Tocoginecología, 13 (8%) Medicina Preventiva, 12 (7%) Cirugía, 9 (5%) UCI, 9 (5%) Urología, 5 (3%) Pediatría, 4 (2%) Urgencias, 4 (2%) Dermatología, 9 (5%) otros servicios y 20 muestras (12%) procedieron de distintas consultas hospitalarias. El 17% (13) de los SAMR se aislaron de muestras comunitarias, el 83% (62) en muestras hospitalarias.
Conclusiones.
Vancomicina, teicoplanina, linezolid y quinupristina-dalfopristina fueron activos frente a todos los aislados clínicos de *S. aureus*, incluyendo SAMR. Rifampicina, fosfomicina, ácido fusídico y cotrimoxazol mostraron una actividad ligeramente inferior.
Casi la totalidad de los aislados de *S.aureus* fueron resistentes a penicilina y más de un tercio a la meticilina.
La incidencia de SAMR en la comunidad es bastante elevada, un 30%, aunque menor que en el ámbito hospitalario. Estas altas tasas de SAMR sugieren la necesidad de realizar una intensa vigilancia epidemiológica para prevenir su diseminación.

Palabras Clave *S. aureus,* SAMR, sensibilidad

Nombre PILAR LUZON GARCIA
Servicio Laboratorios Clínicos ***Hospita*** La Inmaculada
Direcció
Teléfono ***Fa*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**PREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A TREPONEMA PALLLIDUM, VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B EN GESTANTES AUTÓCTONAS Y EXTRANJERAS DE GRANADA**
Autores	**MAZUELAS P*., SAMPEDRO A., RODRIGUEZ-GRANJER J., TORRES E.**
Centro	Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Resumen

Introducción/Objetivos

En los últimos años se ha incrementado notablemente la población inmigrante en nuestro país, representando hoy en día aproximadamente el 12% de la población total; la mitad de esta población procede de países en vías de desarrollo, y su procedencia y distribución es diversa. El número de mujeres inmigrantes, aunque globalmente inferior al de hombres, es cada vez mayor, lo que repercute en necesidades sanitarias específicas preferentemente en el aspecto sexual y reproductivo. Este incremento en población inmigrante ha traído como consecuencia un aumento en la prevalencia de infecciones, bien por ser más comunes en los países de origen, o por la mayor vulnerabilidad de este colectivo a determinadas infecciones como hepatitis e infecciones de transmisión sexual.

Objetivo: conocer y comparar la prevalencia de sífilis, VIH y hepatitis B (HBsAg) en gestantes autóctonas y extranjeras del área norte de la provincia de Granada.

Material y métodos

Estudio transversal de anticuerpos séricos frente a VIH, *Treponema pallidum*,y VHB en gestantes pertenecientes al Área Norte de Granada dependientes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y con serología solicitada desde atención primaria para su control rutinario de embarazo en el periodo comprendido entre abril de 2007 y mayo de 2008. Las determinaciones de HBsAg, anticuerpos VIH 1/2 y detección de anticuerpos frente a *T. pallidum* se hizo por ELISA en cada una de sus versiones (Enzygnost HBsAg 5.0, Enzygnost Anti-HIV ½ Plus , Enzygnost Syphilis) del fabricante Siemens (Alemania). Para realizar el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, EE.UU.).

Resultados

Se han incluido en el estudio 4.171 gestantes, de las cuales 351 (8.4%) eran extranjeras. La distribución según área geográfica de procedencia fue la siguiente: 123 de Latinoamérica, 100 África del Norte, 74 de Europa del Este, 37 de Asia y 17 de África Subsahariana. Se detectó HBsAg en 27 de las 4.169 gestantes (0.64%), de las cuales 14 eran portadoras de hepatitis B previamente conocidas (51.8%), y en el resto el estado de portador se detectó por primera vez en el control serológico del embarazo. De las 27 portadoras de hepatitis B, 9 eran extranjeras (2.6%) y 18 españolas (0.47%) (OR = 5.7 ; IC del 95% 2.5-5.7). La mayor diferencia de prevalencia en portadoras de hepatitis B respecto a la población nativa correspondió a asiáticas (OR = 18.6 ; IC del 95% 5.2-66.3) y procedentes de Europa del Este (OR = 16 ; IC del 95% 5.7-44.4). Anticuerpos específicos frente a *T.pallidum* se han encontrado en 14 de 4140 (0.3%) gestantes. Todas las embarazadas presentaron VDRL negativo y en 10 de ellas referían o había constancia de tratamiento previo. El contacto con *T.pallidum* fue significativamente mayor en extranjeras (3.5%) frente a españolas (0.07%) (OR = 46; IC del 95% = 12.8-166), sobre todo en el subgrupo de gestantes pertenecientes a Europa del Este (OR = 165; IC del 95% = 41.6-655) y latinoamericanas (OR = 46.7; IC del 95% = 10.3-211). La prevalencia global de anticuerpos anti-VIH fue de un 0.16% (7/4168). De los 7 casos, 4 correspondieron a españolas y 3 a gestantes no autóctonas. Estos últimos se encontraron en una embarazada norteafricana y 2 procedentes del África Subsahariana. Todos los casos excepto uno (correspondiente a la gestante norteafricana) eran previamente conocidos. Considerando sólo las embarazadas autóctonas, esta prevalencia (0.1%) es menor y muy por debajo de la obtenida en inmigrantes, en nuestro caso todas pertenecientes a África (0.9%).

Conclusión

Este estudio pone de manifiesto el importante papel de la inmigración en la epidemiología de la sífilis, VIH y hepatitis B. Estos agentes están incluidos en el control serológico normal de la embarazada, por lo que éste debe estar abierto a mejora continua como sería la implementación de una consulta preconcepcional en mujeres inmigrantes.

Palabras Clave

Nombre Pablo Mazuelas Teatino

Servicio Servicio de Microbiología ***Hospital*** Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	INTERES DEL ESTUDIO DE MICOBACTERIAS ATIPICAS Y MEZCLAS DE MICOBACTERIAS
Autores	PILAR RUIZ*, JUAN B. GUTIÉRREZ , MANUEL CAUSSE, JAVIER ZEROLO, MANUEL CASAL ROMAN
Centro	Centro Referencia Micobacterias. Dpto. Microbiología. Facultad Medicina. H. Reina Sofía. Córdoba

Resumen

Las Micobacterias atípicas constituyen desde hace tiempo un capìtulo importante en la patología infecciosa asi como la mezcla de micobacterias. El desarrollo de modernos sistemas de diagnóstico microbiológico han permitido un mejor aislamiento e identificación de estas especies, algunas de difícil crecimiento en los medios sólidos convencionales y de difícil tipificación por los métodos bioquímicos clásicos. Los nuevos medios de cultivo líquidos, la tecnología genética de amplificación y secuenciación y los sistemas cromatográficos de estudios de ácidos micólicos, han contribuido de forma importante a un mejor diagnóstico de estas especies.
OBJETIVO:
Determinar la incidencia de micobacterias atípicas en nuestro medio así como detectar la presencia de mezclas de micobacterias en los cultivos recibidos en nuestro laboratorio.
MATERIAL Y METODOS.
Se han estudiado 852 cultivos recibidos en nuestro Laboratorio en los últimos años. Todos han sido identificados por métodos genéticos utilizando el sistema GENOTYPE CM/AS según protocolo. En los casos en que no se pudo identificar por este sistema, se recurre a métodos bioquímicos ,cromatográficos y secuenciación. Los cultivos procedía tanto de medios líquidos como sólidos.
RESULTADOS:
De los 852 cultivos estudiados. Se identificaron como Micobacterias atípicas 188, así como 5 cultivos mixtos.Las cepas de Micobacterias fueron:*Mycobacterium avium (34), Mycobacterium intracellulare (28), Mycobacterium fortuitum (27) Mycobacterium chelonae (24), Mycobacterium gordonae (22), Mycobacterium Kansasii (7), Mycobacterium marinum (5), Mycobacterium szulgai (5), Mycobacterium abscesus (5), Mycobacterium lentiflavum (4),Mycobacterium peregrinum (3), Mycobacterium simiae (3), Mycobacterium scrofulaceum (2),, Mycobacterium interjectum (1),, Mycobacterium smegmatis (1), Mycobacterium xenopi (1),, Mycobacterium celatum (1),. / cepas no fueron identificadas con este sistema.*
En cuanto a las mezclas de Micobacterias: Mycobacterium tuberculosis + Mycobacterium kansasii (1); Mycobacterium tuberculosis + Mycobacterium avium (1); Mycobacterium tuberculosis + Mycobacterium intracellulare (1); Mycobacterium chelonae + Mycobacterium peregrinum (1); Mycobacterium chelonae + Mycobacterium intracellulare (1) .
CONCLUSION:
Dados los aislamientos de Micobacterias atipicas, y la presencia de mezclas de micobacterias, es muy útil el GENOTYPE CM/AS como sistema de identificación de un gran número de estas micobacterias asi como un método eficaz para poder detectar posibles mezclas , y aislar los cultivos.

Palabras Clave Mycobacterias atipicas. Genotype

Nombre PILAR RUIZ MARTINEZ
Servicio MICROBIOLOGIA ***Hospital*** FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL REINA SOFIA
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	PREVALENCIA DE INFECCIONES Y TIPOS DE HPV EN RELACIÓN CON LA EDAD EN EL AREA HOSPITALARIA DE VALME (SEVILLA)
Autores	S.Bernal, JL. Cabezas, C. Pablos, JC. Palomares, E. Martín Mazuelos
Centro	Unidad de Gestión Clínica de Microbiología, H.U.Valme, Sevilla

Resumen

INTRODUCCION:
La presencia del virus del papiloma humano (HPV) es condición necesaria aunque no suficiente para el desarrollo de cáncer de cervix. No está claro si la coinfección por tipos múltiples de HPV es un factor de riesgo para el desarrollo de la carcinogénesis. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de infección por HPV en el programa de cribado de cancer de cervix del H.U.Valme así como los tipos de HPV existentes y una posible relación con la edad de las mujeres estudiadas.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se determinó la presencia de infección por VHP durante el periodo octubre de 2008 a septiembre de 2009 en muestras de exudados cervicales. Las muestras fueron recogidas con el dispositivo ThinPrep Preservcyt (Roche) siguiendo las normas del fabricante. Para el cribaje de positividad empleamos la técnica AMPLICOR HPV Test (Roche) y en aquellas muestras que resultaron positivas se determinó el genotipo mediante Linear Array HPV Genotyping kit (Roche). La extracción del ADN del HPV se realizó con el kit TNAI del sistema Ampliprep (Roche).
RESULTADOS:
En total estudiamos 491 muestras. La edad media de las mujeres fue 37.2 años Detectamos infección por HPV en 222 mujeres (45.2%) con una edad media 35.2 años, (rango 17-69 años). En mujeres con menos de 30 años (153 mujeres), el porcentaje de muestras positivas fue del 55.5%, mientras que en mujeres mayores de dicha edad (338 mujeres) el porcentaje fue del 40.5%. De las 222 muestras positivas en 32 (14.4%) el genotipo no pudo determinarse. De las 192 muestras que se obtuvo el genotipo, en 108 (56.3%) se encontró un único genotipo mientras que en 84 (43.7%) se encontró más de un genotipo (43 muestras con 2 tipos y 41 con >2 tipos). En menores de 30 años hubo un 59.5% de genotipos mixtos mientras que en mayores de dicha edad el porcentaje de genotipos mixtos fue del 33.9%. El genotipo que se halló con más frecuencia fue el HPV-16 en muestras con tipo único (42.6%) y el HPV-52 (35.7%) cuando se detectó un tipo mixto. El tipo HPV-18 lo encontramos 10 muestras (3 como tipo único).
CONCLUSIONES:
1) El porcentaje de infección por HPV fue del 45.2%, siendo este porcentaje mucho mayor en mujeres jóvenes (55.5% versus 40.5%).
2) El porcentaje de infecciones por más de un tipo de HPV fue del 43.7%.
3) La presencia de genotipos mixtos fue mayor en mujeres jóvenes (59.5% versus 33.9%).
4) El HPV-16 fue el tipo predominante en infecciones únicas seguido del 52. En infecciones mixtas el más frecuente fue el 52 seguido del 16.
5) El HPV-18 fue detectado solo en el 5.2% de la muestras.

Palabras Clave HPV

Nombre SAMUEL BERNAL MARTÍNEZ
Servicio MICROBIOLOGÍA ***Hospital*** H.U.VALME
Dirección
Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SIFILIS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA
Autores	T. Meyer González;E. Clavijo Frutos;A. Alcaide Martin; M. Márquez Solero;L.Mora Navas;A. Infantes Urrioz; E. Herrera Ceballos,
Centro	Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga

Resumen

Introducción: La sifilis es una enfermedad sistémica causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, que afecta aproximadamente, como primoinfección, a unos 10-12 millones de personas al año en el mundo. En los últimos tiempos se viene detectando un aumento en los casos de sifilis, sobre todo en el colectivo de homosexuales masculinos. En nuestro Hospital, que abarca una población de casi medio millón de habitantes, hemos querido estudiar el patrón epidemiológico de los pacientes diagnosticados de sifilis y ver si también se ha producido un incremento en el número de casos.

Material y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, de todas las muestras remitidas al laboratorio de Microbilogía estudiadas mediante test treponémico ELISA IgG + Ig M (Vircell®) como cribado, y en los casos positivos se realizó el RPR (Becton Dickinson®) como test no trepónemico. Se estudian 104 casos de sifilis, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2008 inclusive.

Resultados:Se solicitaron un total de 384 pruebas serológicas no treponémicas durante los años 2007 y 2008, de las cuales 50 fueron positivas en 2007 y en 2008 resultaron positivas 54. De los 104 pacientes, 90 fueron hombres (87%) y 14 fueron mujeres (13%). La edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico de la enfermedad fue de 34,9 años, con un rango de 18 a 67 años. Segun la procedencia del paciente, diferenciamos entre población autóctona, que representa el mayor número de casos estudiados (74,04%), y la población extranjera que representa una minoría (25,96%).La proporcion de pacientes que presetan una Enfermedad de Transmision Sexual asociada antes o después del diagnóstico de sifilis también fue un parámetro de estudio. El VIH representa la ETS más frecuentemente asociada al diagnóstico de sifilis, representando un total del 56,06%, seguido de los condilomas con un 19,69% y VHB con un 19,69% y finalmente el VHC con 3 pacientes (4,54%). El 63% de todos nuestros pacientes incluidos en el estudio, presentaban una ETS asociada antes o después del diagnóstico de sifilis. En cuanto a los resultados serológicos obtenidos en nuestro grupo de pacientes, un 28,85% presentaban un RPR de 1/8, constituyendo el grupo mayoritario, seguidos por aquellos con un RPR de 1/16 y 1/32. Solamente se encontraron 3 casos con un RPR de 1/256 (2,88%) y otros 3 casos con un RPR de 1/512 (2,88%). En cuanto al perfil clínico de la enfermedad, el 36 % de los enfermos presentaban un cuadro clinico compatible con sifilis secundaria, manifestándose principalmente con una erupción papuloescamosa generalizada, no pruriginosa con afectación palmo-plantar, sólo se dieron dos casos de alopecia no cicatricial “apolillada” en varones y un caso de hiperqueratosis palmo-plantar. La sifilis primaria representa el segundo grupo más frecuente, con un 28% del total donde la presentacion clinica más frecuente fue en forma de chancro a nivel del pene con 14 pacientes, seguido de 9 pacientes con chancro anal y 6 casos a nivel de buco-faringe. La sifilis en estadio latente la presentan el 10 % de los enfermos y los casos de sifilis terciaria fueron un total de 5 pacientes (5%) donde todos presentaron un cuadro clinico compatible con neurosifilis. Se presentaron 3 casos de reinfección (3%) que se dieron exclusivamente en varones. Un 19 % de los enfermos (20) fueron diagnosticados de sifilis sin presentar ninguna manifestacion clinica según la historia médica del paciente, perteneciendo posiblemente al grupo de pacientes con sifilis latente. El estudio serológico fue clave en el diagnóstico dada la gran variedad de manifestaciones clinicas y todos respondieron bien al tratamiento penicilinico

Conclusión: Conviene realizar serologia luética en pacientes con cuadros sospechosos de sifilis, especialmente en pacientes portadores de anticuerpos frente al virus de la inmunodefiencia humana. Con los datos que aportamos creemos que es necesario incidir en los programas de prevención y control de las ETS debido al incremento del número de las mismas.

Palabras Clave sifilis, enfermedad luética

Nombre Teresa Meyer Gonzalez

Servicio Dermatología y Microbiología ***Hospital*** Universitario Virgen de la Victoria Málaga

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC Jaén 2009
XXII reunión de la sociedad andaluza de microbiología y parasitología clínica

FORMATO OFICIAL PARA LA PRESENTACION DE COMUNICACIONES

Título	**BARRERA GENÉTICA DE RALTEGRAVIR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**
Autores	**V. GUILLOT, N. CHUECA, M. ALVAREZ, I. CORREA, A. PEÑA, J. PASQUAU, V. GUTIERREZ.RAVE, J HERNANDEZ-QUERO, A COLLADO, J. FERNANDEZ-PELAEZ, M. OMAR, F GARCIA, en representación de RAL CoRAO.**
Centros:	**Hospital Universitario San Cecilio, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Hospital Santa Ana, Hospital Torrecardenas, Hospital de Poniente, Hospital Ciudad de Jaen.**

Resumen

Introducción y objetivo:
Raltegravir es el primero de los inhibidores de la integrasa que ha sido aprobado para el tratamiento de pacientes con infección VIH con resistencia a fármacos de varias familias. Existen pocos datos, fuera del contexto de ensayos clínicos, sobre las características clínicas de los pacientes que inician Raltegravir, y sobre la secuencia de la integrasa en el fracaso virológico en estos pacientes. Un punto de especial atención es la barrera genética de Raltegravir; en este estudio presentamos las características virológicas de los fracasos terapeúticos de pacientes que han iniciado Raltegravir en 6 hospitales del Sudeste de Andalucía.

Pacientes y Métodos:
Desde Agosto de 2007**,** 105 pacientes han iniciado tratamiento con Raltegravir, con una mediana de edad de 44.7 años (17-74), una media de carga viral de 41572 (rango 48-586371) cp/ml y una mediana de 358 (1-1520) CD4/µl. Antes de iniciar raltegravir se estudió la secuencia de RT y Proteasa utilizando el Trugene HIV-1 genotyping kit (Siemens NAD, Barcelona). La secuencia de la Integrasa se ha estudiado en el momento de iniciar Raltegravir (basal) y en aquellos pacientes que fracasaron al tratamiento, mediante el empleo de un sistema casero en la plataforma Trugene.

Resultados:
En esta cohorte, antes de iniciar Raltegravir los pacientes habían experimentado una mediana de 8,5 líneas de tratamiento antiretroviral. En el basal, las mutaciones más prevalentes en la RT fueron M41L(58%), T215Y(50%), M184V (48%) y L210W (45%) para NRTIs, K103N (37%), G190A (22%) y Y181C (11%) para NNRTIs, y L90M (44%), V82A (22%) y I84V (13%) para Inhibidores de la proteasa. Empleando el genotipo acumulado y la interpretación de Stanford, la mediana del GSS para el régimen que acompañó a Raltegravir fue de 2,5. Hasta la fecha, 14 pacientes (13.3%) han sufrido fracaso virológico, destacando que sólo 5 lo han hecho con más de 300 copias/ml. En dos muestras no pudimos amplificar el gen de la integrasa en el fracaso, detectando mutaciones de resistencias en 3/12 (25%) pacientes, uno de los cuales presentaba CV<300 copias/ml. En 1 paciente la mutación N155H se reemplazó rápidamente por Q148H/G140S.

Conclusiones:
El fracaso a Raltegravir se ha asociado con viremias bajas y con una baja incidencia de mutaciones de resistencia. A diferencia de otros fármacos de baja barrera genética, nuestros datos demuestran por tanto una moderada barrera genética de Raltegravir, en regímenes en los que Raltegravir se acompaña de al menos 1 ó dos fármacos activos.

Otros Miembros de RALCoRAO: L. Muñoz, J. Parra, MA. Martinez (San Cecilio), MA. López-Ruz, C. Hidalgo, C. García (Virgen de las Nieves), MC. Gálvez (Torrecardenas), A. Lozano (Poniente), JJ Hernández-Burruezo (Ciudad de Jaén).

Palabras Clave: ***VIH, Integrasa, Barrera Genética.***

Nombre Vicente Guillot

Servicio Microbiología ***Hospital*** Universitario San Cecilio

Dirección

Teléfono ***Fax*** ***e-mail***

REMITIR ANTES DEL DÍA 5 DE OCTUBRE A LA SECRETARÍA TÉCNICA: info@sampac2009jaen.com

SAMPAC
Jaén 2009

XXII reunión de la sociedad andaluza
de microbiología y parasitología clínica

Catedral de Jaén
PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD