



SAMPAC
2016 HUELVA
13 Y 14 DE OCTUBRE

**XXIX REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA CLÍNICA**

**“APORTACIÓN DE LA MICROBIOLOGÍA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO
DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”**

COLABORA



EMPRESAS PATROCINADORAS Y COLABORADORAS





SAMPAC 2016 HUELVA

XXIX REUNIÓN SAMPAC 2016

APORTACIÓN DE LA MICROBIOLOGÍA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO
DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROGRAMA CIENTÍFICO

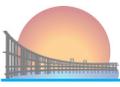


Actividad Acreditada por la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con expediente HCX76_00.

“Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud”



COMITÉ DE HONOR	5
JUNTA DIRECTIVA	6
COMITÉ ORGANIZADOR	6
COMITÉ CIENTÍFICO	7
INFORMACIÓN GENERAL	8
PLANO SEDE	10
PROGRAMA CIENTÍFICO	11
ÍNDICE PÓSTER	16
PONENCIAS	23
COMUNICACIONES ORALES	37
PÓSTER	55
ÍNDICE DE AUTORES	133



Excmo. Sr. Consejero de Salud de la Junta de Andalucía
D. Aquilino Alonso Miranda

Excmo. Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Huelva
D. Gabriel Cruz Santana

Excmo. Sr. Presidente de la Diputación de Huelva
D. Ignacio Caraballo Romero

Excmo. Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Huelva
D. Francisco Ruiz Muñoz

Ilmo. Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud
D. José Manuel Aranda Lara

Ilmo. Delegado Territorial de Salud y Bienestar Social en Huelva
D. Rafael López Fernández

Ilmo. Sr. Director Gerente Complejo Hospitalario Universitario de Huelva
D. Rafael García-Vargas Machuca

Ilmo. Sr. Director Gerente del Hospital de Riotinto, Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
D. Servando Manuel, Baz Montero



JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE	Dr. Manuel A. Rodríguez Iglesias
VICEPRESIDENTE	Dr. Federico García García
SECRETARIA	Dra. María Dolores López Prieto
TESORERA	Dra. Clotilde Fernández Gutiérrez del Álamo
VOCAL PROFESIÓN	Dr. Francisco Franco-Álvarez de Luna
VOCAL CALIDAD	Dra. Sara Sanbonmatsu Gámez
VOCAL FORMACIÓN	Dra. Isabel Viciano Romero
VOCAL INVESTIGACIÓN	Dr. Felipe Fernández Cuenca

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE:	Francisco Franco-Álvarez de Luna
SECRETARIA:	Ana María Domínguez Castaño
VOCALES:	Matilde de la Iglesia Salgado Alberto de la Iglesia Salgado Adriana Márquez Sanabria José María Saavedra Martín Alberto Tenorio Abreu Juan Antonio Pérez Cáceres



- **Alados Arboledas, Juan Carlos.**
UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología, AGS Norte de Cádiz.
- **Álvarez Estévez, Marta.**
Servicio de Microbiología, Hospital San Cecilio, Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria. Ibs. Granada.
- **Bernal Martínez, Samuel.**
UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.
- **Fernández Cuenca, Felipe.**
Servicio de Microbiología, Hospital Virgen Macarena, Universidad de Sevilla
- **Franco-Álvarez de Luna, Francisco.**
Unidad de Microbiología, UGC Laboratorios Clínicos, Hospital de Riotinto, Huelva.
- **Galán Sánchez, Fátima.**
UGC Intercentros Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
- **García García, Federico.**
Servicio de Microbiología, Hospital San Cecilio, Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria. Ibs. Granada.
- **García López, María Victoria.**
Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.
- **Lepe Jiménez, José Antonio.**
UGC de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
- **Linares Sicilia, María José.**
Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
- **López Cerero, Lorena.**
Servicio de Microbiología, Hospital Virgen Macarena, Universidad de Sevilla
- **Martínez Lirola, Miguel.**
UGC de Biotecnología. Complejo Hospitalario Torrecardenas. Almería.
- **Martínez Rubio, Carmen.**
UGC Intercentros de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.
- **Pérez Ruiz, Mercedes.**
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Complejo Hospitales Universitarios de Granada.
- **Rodríguez Granjer, Javier.**
Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Complejo Hospitales Universitarios de Granada.
- **Roldán Fontana, Carolina.**
UGC Interniveles de Enfermedades Infecciosas, Microbiología Clínica y Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.
- **Ruiz Martínez, Pilar.**
Departamento de Microbiología Clínica. Facultad de Medicina de Córdoba.
- **Ruiz Pérez de Pipaón, Maite.**
UGC de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
- **Sánchez-Yebra Romera, Waldo.**
UGC de Biotecnología. UGC Biotecnología.
Hospital Torrecárdenas, Almería.
- **Tejero García, Rocío.**
Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
- **Tenorio Abreu, Alberto.**
Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario, Huelva.



SITIO WEB

<http://sampacreuniones.es/>

SEDE DE LA REUNIÓN:

Palacio de Congresos Casa Colón
Plaza del Punto, 0, 21003 Huelva
Teléfono: 959 21 01 87

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA XXIX REUNIÓN SAMPAC

Viajes El Corte Inglés - División de Congresos
Teléfono: 954506600 - EXT 1
Correo: sevillacongresos2@viajeseci.es

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

La entrega de documentación estará habilitada a partir de las 12.00 horas del 13 de octubre.
Lugar: Palacio de Congresos Casa Colón.

DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS

Exposición de Comunicaciones Orales, Mesas Redondas, Conferencia de Inauguración "Rey Calero", Asamblea de Socios y Foro de debate: Salón A
Sesión de pósters: Sala 100
Recepción de Bienvenida: Jardines Casa Colón
Almuerzo de trabajo: Salón chimenea
Coffee breaks: Sala 100

PÓSTERS

Los paneles de posters estarán ubicados en la Sala 100.
Los autores deberán colocar su póster en el panel que haya sido asignado, el 13 de octubre a partir de las 16.00 horas.
Los pósters deberán permanecer expuestos durante toda la reunión.



COMUNICACIONES ORALES

Serán presentadas por los autores en dos sesiones como detallamos a continuación:

Jueves 13 Octubre: 16.30 h - 18.00 h. Exposición oral de comunicaciones (I).

Viernes 14 Octubre: 9.00 h - 10.30 h. Exposición oral de comunicaciones (II).

CASOS DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Se llevarán a cabo por equipos mediante sesión interactiva con respuesta múltiple por control remoto.

ACREDITACIÓN DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Expediente nº HCX76_00 tramitado por la Dirección Genral de Calidad, investigación y gestión del Conocimiento. Actividad evaluada por la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Para la acreditación de la formación, los participantes deberán asistir al menos al 80% de las actividades y firmar su asistencia a cada una de ellas.

CAFÉS

Jueves 13 de Octubre a las 18.00 horas.

Viernes 14 de Octubre a las 10.30 horas y a las 17.30 horas. Todos en Sala 100.

ALMUERZO DE TRABAJO

Viernes 14 de Octubre a las 14.30 horas en el Salón de Chimenas.

RECEPCIÓN DE BIENVENIDA

Jueves 13 de Octubre a las 21.30 horas, en los Jardines de Casa Colón.

CENA DE DESPEDIDA Y ENTREGA DE PREMIOS

Viernes 14 de Octubre a las 21.45 horas en la Hacienda Montija.

Será requisito imprescindible presentar la invitación en la entrada de la Hacienda.

En la invitación encontrará un mapa de ubicación de la Hacienda.

El congreso pondrá a disposición de los asistentes autobuses que saldrán desde Casa Colón, a las 21:15 horas.



PALACIO DE CONGRESOS CASA COLÓN

SALA 100	SESIÓN PÓSTERS COFFE BREAK
JARDINES CASA COLÓN	COCKTAIL DE BIENVENIDA
SALÓN A (1ª PLANTA)	COMUNICACIONES ORALES MESAS REDONDAS CONFERENCIA DE INAUGURACIÓN ASAMBLEA DE SOCIOS FORO DE DEBATE
SALÓN DE CHIMENEAS	ALMUERZO DE TRABAJO



SAMPAC
2016 HUELVA

PROGRAMA CIENTÍFICO



12.00 h. Recogida de documentación.

12.00 h.-14.30h. CURSO PRECONGRESO: "MICRO ABIERTO"

Ponencia:

¿QUÉ DEBE SABER UN MICROBIÓLOGO SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE VIH Y VHC?

Isabel Viciano Ramos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Jesús Santos González. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

16.00 h. Colocación de posters.

16.30 h.-18.00 h. Exposición oral de comunicaciones (I).

Moderadores:

Ana María Domínguez Castaño. Complejo Hospitalario Universitario, Huelva.

Fátima Galán Sánchez. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

CO-1 DISEÑO Y OPTIMIZACIÓN DE UN ENSAYO PARA LA BÚSQUDA DE MOLÉCULAS ADYUVANTES DE FLUOROQUINOLONAS: ESCHERICHIA COLI FRENTE A CIPROFLOXACINO COMO MODELO.

JESÚS MACHUCA (*,1,2), MERCEDES DE LA CRUZ (3), ESTHER RECACHA (1,2), FRANCISCA VICENTE (3), OLGA GENILLOUD (3), ÁLVARO PASCUAL (1,2,4), JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (2,4)

(1) UGC INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA, SEVILLA; (2) INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS); (3) FUNDACIÓN MEDINA, GRANADA; (4) DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

CO-2 ASPERGILLUS SPP.: COLONIZACIÓN VS INFECCIÓN

MARÍA REYES VIDAL ACUÑA, ÁNGEL RODRÍGUEZ VILLODRES, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, MARÍA JOSÉ TORRES SÁNCHEZ, JAVIER AZNAR MARTÍN

1,2,3,5 SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. UCEIMP. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

4,5 DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CO-3 PAPEL DEL CONTROL MICROBIOLÓGICO AMBIENTAL EN UN BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), CONCEPCIÓN GÓMEZ-ALFÉREZ PALMA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)

(1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

CO-4 DISPOSITIVO PARA LA DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B EN EL CRIBADO DE MUJERES EMBARAZADAS

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, JOSE ANTONIO GÓMEZ FERNÁNDEZ¹, ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO¹, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA¹, JOSÉ MARÍA SAAVEDRA MARTÍN¹, MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO¹

(1) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH.

(2) UGC ANÁLISIS CLÍNICO CHUH.

(3) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

CO-5 CARACTERIZACIÓN IN VITRO DE LA ACTIVIDAD DE AMPICILINA A CONCENTRACIONES SUB-MIC FRENTE A LISTERIA MONOCYTOGENES

ÁNGEL RODRÍGUEZ-VILLODRES, JOSÉ ANTONIO LEPE, JAVIER AZNAR

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA (UCEIMP). HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA).

CO-6 ESTUDIO SOBRE MODELO IN VITRO DE LA ACTIVIDAD BACTERICIDA DE UN MONOGLICÉRIDO, ORIENTADO A LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE PRÓTESIS EN LA CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL.

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, FRANCISCO (1), SUÁREZ GRAU, JUAN MANUEL (2), GUADALAJARA JURADO, JUAN (2)

1. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC LABORATORIOS CLÍNICOS.

2. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, MINAS DE RIOTINTO, HUELVA.



CO-7 DETECCIÓN DE RESISTENCIA A COLISTINA DE CODIFICACIÓN PLASMÍDICA EN ENTEROBACTERIAS EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA.

ANA GUAL DE TORRELLA*, VICTOR HERAS CAÑAS, PAULA DÍAZ-DE ALBA, LORENA LÓPEZ-CERERO, ALVARO PASCUAL
UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITALES
UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA. SEVILLA. (1)(3)(4)(5)
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.
ESPAÑA (2). FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. ESPAÑA (4)(5). INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE
SEVILLA (IBIS). SEVILLA. ESPAÑA (1)(4)(5)

CO-8 DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: IMPACTO DE LA ACTITUD DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN LA CASCADA DEL TRATAMIENTO.

PAZ CASAS (1), FERNANDO GARCÍA (1), MARTA ALVAREZ (1), NATALIA CHUECA, FEDERICO GARCÍA (1).
1 SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS SAN CECILIO, GRANADA

18.00 h. Descanso, café y visita a posters.

18.30 h.- 20.00 h. Mesa Redonda (I): Situación actual de las ETS en nuestro medio, diagnóstico y manejo clínico en un Centro de ETS.

Moderadores:

María Dolores López Prieto. Hospital de Jerez (AGS Norte de Cádiz).

María Reyes López Márquez. Complejo Hospitalario Universitario, Huelva.

Ponencias:

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ETS EN NUESTRO MEDIO. SITUACIÓN ACTUAL.

Blanca Martínez Sierra.

Unidad de Promoción y Apoyo a la Salud, Málaga.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE LAS ETS.

Isabel Pueyo Rodríguez.

Centro de E.T.S. de Sevilla.

20.00 h. Acto de Bienvenida. Inauguración Oficial.

20.30 h. Conferencia de Inauguración "Rey Calero".

Presentación:

Manuel Casal Román. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Francisco Franco-Álvarez de Luna. Hospital de Riotinto, Huelva.

Ponencia:

FRONTERAS Y FORTIFICACIONES EN LA PROVINCIA DE HUELVA.

Juan Luis Carriazo Rubio.

Profesor Titular de Historia Medieval de la Universidad de Huelva.

21.30 h. Recepción de Bienvenida.



9.00 h.- 10.30 h. Exposición oral de comunicaciones (II).

Moderadores:

Samuel Bernal Martínez. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Alberto Tenorio Abreu. Complejo Hospitalario Universitario, Huelva.

CO-9 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LINFOGRANULOMA VENÉREO EN SEVILLA.

PALOMARES JC *1, PARRA SÁNCHEZ M1, BERNAL S1, GARCIA-REY S1, PUEYO I2, TORRES MJ3, MARTÍN-MAZUELOS E1
1. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE SEVILLA.

3. LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

CO-10 SUSTITUCIONES ASOCIADAS A RESISTENCIA BASALES EN NS3 Y NS5A DE PACIENTES NAIVE: ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, MARÍA MANCEBO, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ-OSORIO, MONTSERRAT PÉREZ, FRANCISCA CUENCA-LÓPEZ, MARIO FRIAS, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,4,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA. 5,6: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. 7: HOSPITAL DE LA LINEA. 8,9: HOSPITAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

CO-11 EVALUACIÓN DEL SISTEMA URO-QUICK "ESBL/ AMPC SCREENING" PARA LA DETECCIÓN RÁPIDA DE PORTADORES DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE ESBL/AMPC.

PEREZ-PALACIOS, PATRICIA, LOPEZ-CERERO, LORENA, LUPION, CARMEN, PASCUAL, ALVARO

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA

CO-12 "EVALUACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE RESISTENCIAS GENOTÍPICAS EN PACIENTES VIH-1 MEDIANTE 454 GS-JUNIOR EN MUESTRAS CON BAJA CARGA VIRAL

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

CO-13 ACTUALIZACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LAS SUSTITUCIONES ASOCIADAS A RESISTENCIA A LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LA COHORTE NACIONAL HEP-CRESP. ¿QUÉ OPCIONES DE RESCATE TENEMOS?

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, TERESA ALDAMIZ-ECHEVARRÍA, JESÚS SANTOS, JUAN ANTONIO PINEDA, ANTONIO POYATO, POMPEYO VICIANA, SERGIO REUS, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA. 4: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. 5: HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. 6: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. 7: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 8: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. 9: HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

CO-14 UTILIDAD DE LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) PARA DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ENTEROBACTERIAS VS PCR Y MÉTODO FENOTÍPICO

TRUJILLO-SOTO TERESA, GUERRERO-LOZANO INMACULADA, ANDAMOYO-CASTAÑEDA ALBERTO, ARCA-SUÁREZ JORGE, GALÁN-SÁNCHEZ FÁTIMA, RODRIGUEZ-IGLESIAS MANUEL

U.G.C. DE ENFERMEDADES Y INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DEL H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

CO-15 MECANISMOS DE RESISTENCIA A CEFTAROLINA EN CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILÍN-RESISTENTES

ÁNGELA SOLER GÓMEZ, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, CESAR DEL PRADO MONTORO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, TERESA TRUJILLO SOTO, JORGE ARCA SUAREZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA, H.U. DE PUERTO REAL Y H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

CO-16 VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN ANDALUCÍA (FEBRERO-SEPTIEMBRE 2016)

PEDROSA-CORRAL, IRENE, PÉREZ-RUIZ, MERCEDES*, SANBONMATSU-GÁMEZ, SARA, RIAZZO-DAMAS, CRISTINA, RODRÍGUEZ-GRANGER, JAVIER, SAMPEDRO-MARTÍNEZ, ANTONIO, NAVARRO-MARÍ, JOSÉ MARÍA

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. COMPLEJO DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA

10.30 h.-11.00 h. Descanso, café y visita a posters.



11.00 h.-13.00 h. Mesa Redonda II. Diagnóstico microbiológico de las ETS y experiencia de vida en el VIH.

Moderadores:

Federico García García. Hospital San Cecilio-PTS, Granada.

José Antonio Lepe Jiménez. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Ponencias:

UTILIDAD DE LOS NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SU SIGNIFICACIÓN CLÍNICA EN LA GONOCOCIA Y LOS MICOPLASMAS GENITALES. RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN NEISSERIA GONORRHOEA EY MICOPLASMAS GENITALES.

Fernando Vázquez Valdés. Hospital Universitario Central de Asturias y Facultad de Medicina, Oviedo.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA SÍFILIS Y APORTACIÓN DE LA MICROBIOLOGÍA MOLECULAR.

Teresa Cabezas Fernández. Hospital de Poniente, Almería.

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH.

Jorge del Romero. Centro Sanitario Sandoval, Madrid.

13.00 h. Propuestas de actividades VOCALÍAS SAMPAC.

13.30 h. Asamblea SAMPAC.

14.30 h. Comida de trabajo.

16.00 h.- 17.30 h. Casos Clínicos Interactivos.

Moderadores:

Carolina Roldán Fontana. Complejo Hospitalario de Jaén.

Sara Sanbonmatsu Gámez. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Ponencias:

MUJER CON DOLOR CRÓNICO EN FOSA ILÍACA DERECHA

Carolina Freyre Carrillo. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE VAGINITIS EN EDAD INFANTIL

Manuel Causse del Río. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

SEROLOGÍA DISCORDANTE EN GESTANTE

Antonio Sampedro Martínez. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

17.30 h.-18.00 h. Descanso, café y visita a posters.

18.00 h.-20.00h. Mesa Redonda III. Diagnóstico microbiológico de las ETS: del microscopio, al diagnóstico molecular.

Moderadores:

José María Navarro Marí. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Manuel Rodríguez Iglesias. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Ponencias:

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y UTILIDAD DEL CRIBADO POBLACIONAL FEMENINO.

José Carlos Palomares Folia. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

HERPES GENITAL, TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA RECIDIVANTE.

Javier Aznar Martín. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

PAPEL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, COMO AGENTE DE ITS. DETECCIÓN DE VPH EN LOS HOMBRES. VACUNAS.

Isabel Viciano Ramos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

20.00 h. Clausura del Congreso.

21.15 h. Salida autobuses desde Casa Colón hacia la Hacienda Montija.

21.45 h. Cena de clausura y Entrega de Premios.



P-1. COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR PARA LA DETECCIÓN DE B.PERTUSSIS.

MÓNICA BALLESTERO-TÉLLEZ*^{1,2}, INMACULADA LÓPEZ-HERNÁNDEZ^{1,2}, FELIPE FERNÁNDEZ-CUENCA^{1,2}, ÁLVARO PASCUAL^{1,2,3}
 1 SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA
 2 INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA IBIS, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO/CSIC/UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
 3 DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD, FACULTAD DE SEVILLA.

P-2. STUDIO DE LA ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA DE MOLÉCULAS SELECCIONADAS MEDIANTE TOPOLOGÍA MOLECULAR.

JESÚS MACHUCA (*,^{1,2}), ARACELI NÁJAR GARCÍA (3), ESTHER RECACHA (1,2), MARÍA RAMOS-GUELFO (1,2), RICCARDO ZANNI (4), MARIA GALVEZ LLOMPART (4), ÁLVARO PASCUAL (1,2,3), JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (2,3), JORGE GÁLVEZ (4)
 (1) UGC INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA, SEVILLA;
 (2) INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS);
 (3) DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA;
 (4) UNIDAD DE DISEÑO DE FÁRMACOS Y TOPOLOGÍA MOLECULAR, DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA

P-3. AISLAMIENTOS DE HONGOS FILAMENTOSOS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN ANDALUCÍA Y EXTREMADURA.

CARMEN CASTRO¹, FATIMA GALAN², ELENA MARIN¹, ANA ROMERO¹, PAZ CASAS³, MANUEL RODRIGUEZ-IGLESIAS², ESTRELLA MARTÍN-MAZUELOS¹, GRUPO DE ESTUDIO FUNGAE-IFI
 1 U. MICROBIOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS, H.U. VALME, SEVILLA.
 2 U. MICROBIOLOGÍA, H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ
 3. U. MICROBIOLOGÍA, H.U. SAN CECILIO, GRANADA

P-4. A PROPÓSITO DE CASOS DE FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

ROCÍO TEJERO GARCÍA (1), JULIA MARÍA GUZMÁN PUCHE (1), MANUEL CAUSSE DEL RÍO* (1), PILAR VILLALÓN PANZANO (2), IRENE GRACIA AHUFINGER (1), EDUARDO MARFIL PÉREZ (1), FERNANDO CARLOS RODRÍGUEZ LÓPEZ (1), MANUEL CASAL ROMÁN (1)
 (1) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. (2) CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA.

P-5. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE INCIDENCIAS PREANALÍTICAS Y EPIDEMIOLOGÍA DE MUESTRAS GENITALES Y MUESTRAS PARA CRIBADO DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

ROCÍO TEJERO GARCÍA, JULIA MARÍA GUZMÁN PUCHE, IRENE GRACIA AHUFINGER, MANUEL CAUSSE DEL RÍO*, EDUARDO MARFIL PÉREZ, FERNANDO CARLOS RODRÍGUEZ LÓPEZ, MANUEL CASAL ROMÁN
 HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

P-6. HEPATITIS E: A PROPÓSITO DE UN CASO

RICARDO VILLA-REAL BERRUEZO*, EVA MARÍA JIMÉNEZ MEDINA, AURORA ÚRSULA MUÑOZ COLMENERO, MARINA CRUZ RUIZ, JOSÉ MARÍA ABAD ORTEGA
 UGC DE LABORATORIOS. HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ. ÚBEDA. JAÉN.

P-7. CAMBIOS EN LAS SENSIBILIDADES DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA TRAS INCORPORAR EL DOCUMENTO EUCAST EN UN LABORATORIO

MÓNICA CHÁVEZ, MERCEDES RAMÍREZ, MARÍA CARMEN SERRANO, PILAR LÁZARO, MARINA NIETO
 SERVICIO LABORATORIO. UNIDAD MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. BORMUJOS (SEVILLA)

P-8. DISTRIBUCIÓN DE LOS SEROTIPOS DE SALMONELLA EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. ESTUDIO DE DOS AÑOS.

CÉSAR DEL PRADO MONTORO, MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ RUBIO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, IANIRE VIRTO PEÑA, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

P-9. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA VIROLÓGICA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA (AAD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.

CÉSAR DEL PRADO MONTORO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, IANIRE VIRTO PEÑA, MARÍA DEL CARMEN MARTINEZ RUBIO, IRÍA JESÚS DE LA CALLE, MARÍA SOLEDAD GARCÍA VALDIVIA, ESMERALDA RÍOS SÁNCHEZ, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

P-10. INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE ORIGEN COMUNITARIO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), INMACULADA ROLDÁN ALBA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)
 1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

P-11. ¿HEMOS TENIDO UN BROTE DE INFECCIÓN HOSPITALARIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE?

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), INMACULADA ROLDÁN ALBA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)
 (1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

P-12. "CONTAMINACIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN LAVADORA-DESINFECTADORA DE ENDOSCOPIOS DIGESTIVOS

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), CONCEPCIÓN GÓMEZ-ALFÉREZ PALMA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)
 (1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)



P-13. AUMENTO DE CASOS DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN UN ÁREA HOSPITALARIA

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, ALVARO GRAGERA-MARTÍNEZ², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA¹, ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO¹, JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN¹, MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO¹

(1) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

(2) UGC ANÁLISIS CLÍNICO CHUH

(3) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

P-14. EVALUACIÓN DEL MEDIO AGAR BRILLANCE GBS PARA LA DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B EN COMPARACIÓN AL AGAR GRANADA

ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ¹, ALBERTO TENORIO-ABREU², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA², ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO², JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN², MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO²

(1) UGC ANÁLISIS CLÍNICOS CHUH

(2) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

(3) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

P-15. GENOTIPOS DEL VHC. SITUACIÓN HASTA EL 2015 EN CORDOBA

GUTIERREZ-ARCA, J.B., RUIZ-MARTINEZ, P, RODRIGUEZ-RUIZ L, BAÑÓN, R, CASAL, M
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CORDOBA.

P-16. GENOTIPOS DEL VPH. SITUACIÓN HASTA EL 2015 EN CORDOBA

GUTIERREZ-ARCA, J.B., BAÑÓN, R., GUZMAN, J., CASAL, M.

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CORDOBA.

P-17. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR L. DELBRUECKII, MICROORGANISMO USADO COMO PROBIÓTICO.

GEMMA JIMÉNEZ GUERRA, ISABEL CASANOVAS MORENO-TORRES, VÍCTOR HERAS CAÑAS, MARÍA SOCORRO YAGUEZ JIMÉNEZ, MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ, JOSÉ MARÍA NAVARRO MARÍ

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA).

P-18. PREVALENCIA DE INFECCIONES POR VPH EN HSH INFECTADOS POR VIH

PALOMARES JC, JC*, PARRA-SANCHEZ, M, BERNAL, S, CABEZAS, JL, MACIAS J, SANCHEZ, M, MARTIN-MAZUELOS E
UNIDAD CLINICA ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA

P-19. PREVALENCIA DE INFECCIONES POR EL VIRUS HERPES SIMPLE 1 Y 2 EN ÚLCERAS GENITALES

SAMUEL BERNAL (1), ISABEL PUEYO (2), MANUEL PARRA (1), LUIS PEREZ (1), NIEVES SIVIANES (1), DOLORES MORILLA (1), JOSE CARLOS PALOMARES (1), ESTRELLA MARTÍN MAZUELOS (1)

(1) LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA (UCEIM), H.U.VALME, SEVILLA

(2) CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (CITS), SEVILLA

P-20. ENDOMETRITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PRIMÍPARA SANA.

GEMMA JIMÉNEZ GUERRA, MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ, MARÍA SOCORRO YAGUEZ JIMÉNEZ, JOSÉ MARÍA NAVARRO MARÍ
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA, HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

P-21. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE RESCATE ANTE EL FRACASO ERRADICADOR DE LOS ANTIMICROBIANOS DE PRIMERA LÍNEA FRENTE A HELICOBACTER PYLORI.

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, FRANCISCO, SANTOS ROSA, CRISTINA, GARCÍA VELA, JOSÉ HERMINIO, DUQUE CALERO, ANA
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

P-22. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ÁREA NORTE DE SEVILLA

ESTHER RECACHA, ELENA SALAMANCA, INMA LOPEZ, FELIPE FERNANDEZ-CUENCA, ANA ISABEL SUAREZ BARRENECHEA, ALVARO PASCUAL
UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. H.U. VIRGEN MACARENA, SEVILLA

P-23. ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA NOSOCOMIAL POR ASPERGILLUS FUMIGATUS

MARÍA DE LA PAZ CASAS, ADOLFO DE SALAZAR, NATALIA CHUECA, JUAN LUIS RECIO, FEDERICO GARCÍA*
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS, GRANADA

P-24. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD IN VITRO DE DALBAVANCINA Y TEDIZOLID FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTES A METICILINA Y STAPHYLOCOCCUS COAGULASA NEGATIVO RESISTENTES A LINEZOLID

MARÍA DE LA PAZ CASAS, ALEJANDRO PEÑA, JUAN LUIS RECIO, ADOLFO DE SALAZAR, FEDERICO GARCÍA*
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS, GRANADA

P-25. EPIDEMIOLOGÍA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE EL PERIODO 2014-2016.

PARRA-SÁNCHEZ M1, PALOMARES JC*1, BERNAL S1, GARCÍA-REY S1, PUEYO I2, SIVIANES N1, MORILLA MD1, PEREZ L1, MARTÍN-MAZUELOS E1
1. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.
2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DE SEVILLA.

P-26. EPIDEMIOLOGÍA DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN UN CENTRO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE EL PERIODO 2014-2016.

PARRA-SÁNCHEZ M1, PALOMARES JC*1, BERNAL S1, GARCÍA-REY S1, PUEYO I2, SIVIANES N1, MORILLA MD1, PEREZ L1, MARTÍN-MAZUELOS E1
1. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.
2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DE SEVILLA.



P-27. CONFIRMACIÓN DE UN BROTE DE TOSFERINA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IGG ESPECÍFICOS ANTI-TOXINA DE BORDETELLA PERTUSSIS EN SUERO

DOMÍNGUEZ M.C.*, GÓMEZ M.C., ROLDÁN M.E.

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, U.G.C. LABORATORIOS CLÍNICOS, HOSPITAL DE LA MERCED, ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA (SEVILLA)

P-28. INTERPRETACIÓN DE LAS RESISTENCIAS A ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C: EVALUACIÓN DEL SISTEMA GENO2PHENO

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, MARTA ÁLVAREZ, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARIA DOLORES MÉRIDA, ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ-BUENO, GASTÓN RAMOS, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

P-29. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR NEISSERIA GONORRHOEAE Y ESTUDIO DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL A.G.S. DE OSUNA EN EL AÑO 2016

GÓMEZ MC*, DOMÍNGUEZ MC, ROLDÁN ME

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, U.G.C. LABORATORIOS CLÍNICOS, HOSPITAL DE LA MERCED, OSUNA (SEVILLA)

P-30. DETECCIÓN DE POSIBLES CAUSAS DE FALLO VIROLÓGICO CON TERAPIA BASADA EN ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C: ERRORES DE GENOTIPADO Y REINFECCIONES

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, MARTA ÁLVAREZ, MAR MASIA, MARIA MAGDALENA LARA, MOHAMED OMAR, ENRIQUE BERNAL, JOSÉ JOAQUÍN ANTÓN, ISABEL ARATA, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

4: HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

5: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

6: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE JAÉN

7: HOSPITAL GENERAL REINA SOFÍA, MURCIA

8: CENTRO PENITENCIARIO DE ALBOLOTE

9: HOSPITAL DE FUENLABRADA

P-31. BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

ANA MARÍA RODRÍGUEZ REY, JOSÉ ANTONIO LEPE, MARÍA JOSÉ GÓMEZ GÓMEZ, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA- UCEIMP. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

P-32. DETECCIÓN VIRUS HERPES SIMPLE EN MUESTRAS DE EXUDADOS GENITALES

LAURA MERINO DIAZ, MAGDALENA SANCHEZ, MARIA DEL CARMEN LOZANO, JAVIER AUNAR MARTIN

H.U VIRGEN DEL ROCIO

P-33. HEMOCULTIVOS EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMÍREZ, MD LÓPEZ PRIETO

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

P-34. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN EL ÁREA SANITARIA DEL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

LAURA MERINO DIAZ, MAGDALENA SANCHEZ, MARIA DEL CARMEN LOZANO, JAVIER AZNAR MARTIN

H.U VIRGEN DEL ROCIO

P-35. ESTUDIO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL FEMENINO CAUSADAS POR ACTINOMYCES TURICENSIS EN EL AÑO 2016

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, MI GONZÁLEZ GÓMEZ, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMIREZ, MD LÓPEZ PRIETO

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

P-36. PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA POR ACTINOMYCES NEUII IDENTIFICADO POR MALDI-TOF.

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, O CARRERO PEREA, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMIREZ, MD LÓPEZ PRIETO

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

P-37. "IMPACTO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR UNIFICADA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

1 JUAN MANUEL SÁNCHEZ CALVO, 2 CARMEN ARAGÓN FERNÁNDEZ, 1 EVA TORRES MARTOS*, 2 DAVID GÓMEZ PASTRANA, 1 JUAN CARLOS ALADOS ARBOLEDAS, 1 MARIA DOLORES LÓPEZ PRIETO

1 UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAS JEREZ. AGS NORTE DE CÁDIZ

2 UGC PEDIATRÍA. HOSPITAL SAS JEREZ. AGS NORTE DE CÁDIZ"

P-38. A PROPÓSITO DE UN CASO: BACTERIEMIA POR NEISSERIA GONORRHOEAE

PEDRO CAMACHO MARTÍNEZ*, JOSE ANTONIO LEPE JIMÉNEZ, ANGEL RODRÍGUEZ VILLODRES, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA.

H.U.VIRGEN DEL ROCÍO"

P-39. ESTUDIO DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN EL AÑO 2016.

CAMACHO MARTÍNEZ P*, ANDRADES ORTEGA M, RODRÍGUEZ REY AM, RUIZ GALLEGU MC, AZNAR MARTÍN J

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. H.U.VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

**P-40. EVOLUCION DE LAS ESPECIES DE MICOBACTERIAS ATIPICAS IDENTIFICADAS EN NUESTRO CENTRO**

RUIZ MARTINEZ, PILAR, GUTIERREZ AROCA, JUAN, CAUSSE DEL RIO, MANUEL, CASAL ROMAN, MANUEL

(1) CENTRO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS. FACULTAD DE MEDICINA.

(2)(3)(4) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. CENTRO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS. FACULTAD DE MEDICINA. CORDOBA.

P-41. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS AISLAMIENTOS DE MUESTRAS RESPIRATORIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GARCÍA PÉREZ C., SENA CORRALES G., BARDÓN DE TENA P*, VIÑUELA GONZÁLEZ L., ORTEGA TORRES M., VICIANA RAMOS I., CLAVIJO FRUTOS E.

SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

P-42. ESTUDIO DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE ENTEROBACTERIAS MÁS FRECUENTES AISLADAS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN (SEVILLA)

VALLE ODERO BERNAL, JOSE CÓRDOBA-GARCÍA, ROSARIO CARRILLO, MARÍA ROSA MOYANO

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA.

P-43. TEMPORADA GRIPAL 2015-2016 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

GARCÍA PÉREZ C. 1, VIÑUELA GONZÁLEZ L. 1, VICIANA RAMOS I.* 1, BARDÓN DE TENA P. 1, AGUILERA AGUILERA A. 2, CABRERA GODOY F. 2, CLAVIJO FRUTOS E. 1

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA¹. SERVICIO DE MEDINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA². HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

P-44. EMPLEO DE MÉTODOS FILOGENÉTICOS PARA EVALUAR CONTAMINACIÓN CRUZADA EN SECUENCIACIÓN MASIVA

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

P-45. RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN HELICOBACTER PYLORI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

ANA MARÍA RODRÍGUEZ REY, PEDRO CAMACHO MARTÍNEZ, MARÍA ANDRADES ORTEGA, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA-UCEIM. P-HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

P-46. UTILIDAD DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA (NGS) PARA EL ESTUDIO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: INFECCIONES MIXTAS Y MUTACIÓN S282T

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, ANA BELÉN PÉREZ, NATALIA CHUECA, MIGUEL GARCÍA DEL TORO, MIGUEL JIMÉNEZ, DANIEL NAVARRO, DOLORES MERINO, JUAN CARLOS ALADOS, ANA MARÍA MARTÍNEZ-SAPIÑA, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

(1) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (2) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (3) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (4) SERVICIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS, H. GENERAL VALENCIA. (5) H. CARLOS HAYA. (6) COMPLEJO H. SANTIAGO DE COMPOSTELA. (7) COMPLEJO H. HUELVA. (8) H. JEREZ. (9) H. MIGUEL SERVET. (10) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

P-47. ESTUDIO DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE S. AUREUS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN (SEVILLA)

VALLE ODERO BERNAL, JOSE CÓRDOBA-GARCÍA, MARÍA ROSA MOYANO

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA.

P-48. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y FILOGENÉTICO DE PACIENTES VIH RECLUSOS EN INSTITUCIÓN PENITENCIARIA DE GRANADA

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, ALEJANDRO PEÑA, JOSE JOAQUÍN ANTÓN, FERNANDO RUIZ, FEDERICO GARCÍA

(1)SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (2)SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (3) CP ALBOLOTE, GRANADA. (4) CP ALBOLOTE, GRANADA. (5)SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

P-49. VALORACIÓN DEL CORRECTO GENOTIPADO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C MEDIANTE EL ENSAYO COBAS HCV GT

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, ANA BELÉN PÉREZ, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

P-50. ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD A CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM DE CEPAS DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTES Y CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE LA RESISTENCIA MEDIADA POR METALOBETALACTAMASAS

MARTA ANILLO PONCE, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, JORGE ARCA SUÁREZ, PILAR MARÍN CASANOVA, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS

UGC MICROBIOLOGÍA H. U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

P-51. EVALUACIÓN DE LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTAFILOCOCOS DIRECTAMENTE DE HEMOCULTIVOS

JORGE ARCA SUAREZ, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, INMACULADA GUERRERO LOZANO, TERESA TRUJILLO SOTO, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC MICROBIOLOGIA H.U.PUERTA DEL MAR. CÁDIZ



P-52. PREVALENCIA DE GENES QNRA, QNRB, QNRC, QNRD Y QNRS EN AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE SALMONELLA ENTERICA.

TERESA TRUJILLO SOTO*, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ, FRANCISCA DE LA RUBIA MARTÍN, SALOMÉ TELLO NIETO, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS
UGC MICROBIOLOGÍA, H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

P-53. DIAGNÓSTICO Y SENSIBILIDAD DE AEROCOCCUS URINAE.

ROCIO SAINZ RODRIGUEZ*, ELENA MARTIN DURAN, MIRIAM VALVERDE TROYA, BEGOÑA PALOP BORRÁS
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA, MÁLAGA.

P-54. VALORACIÓN DEL MÉTODO DE DETECCIÓN DEL ANTÍGENO OSOM STREP A TEST® EN EL DIAGNÓSTICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES.

ROCIO SAINZ RODRIGUEZ*, CONCEPCION MEDIAVILLA GRADOLPH, MIRIAM VALVERDE TROYA, PILAR BERMUDEZ RUIZ, BEGOÑA PALOP BORRAS
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA, MÁLAGA.

P-55. INCIDENCIA DE LOS GENOTIPOS 16 Y 18 DE VPH EN LA PROVINCIA DE JAEN Y PERSISTENCIA A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO.

GUILLOT V*, MARTIN L, LIÉBANA C, ROLDÁN C
U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

P-56. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN EL ÁREA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CARMEN LIÉBANA MARTOS, LINA MARTÍN HITTA, VICENTE GUILLOT SUAY, CAROLINA ROLDÁN FONTANA
U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

P-57. EVALUACION DE LA UTILIDAD DE LOS TEST RAPIDOS EN EL DIAGNOSTICO DE LA HEPATITIS B

LINA MARTIN HITTA, CARMEN LIEBANA MARTOS, VICENTE GUILLOT SUAY, CAROLINA ROLDAN FONTANA
U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

P-58. INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA AMBIENTAL EN EL DESARROLLO DE GASTROENTERITIS BACTERIANAS DIAGNOSTICADAS MEDIANTE COPROCULTIVO

IANIRE VIRTO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CARMEN MARTINEZ, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), FRANCISCA DE LA RUBIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (HUPM), SALOME TELLO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (HUPM), DIEGO SANTOTORIBIO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CESAR DEL PARADO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CAROLINA FREYRE, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), MANUEL A. RODRIGUEZ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPM- HUPR)
UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA, H.U. DE PUERTO REAL Y H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

P-59. RESISTENCIA A CARBAPENÉMICOS MEDIADA POR METALOBETALACTAMASAS EN PSEUDOMONAS AERUGINOSA

JORGE ARCA SUAREZ*, PILAR MARIN CASANOVA, TERESA TRUJILLO SOTO, INMACULADA GUERRERO LOZANO, FATIMA GALAN SANCHEZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS
UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA, HU PUERTA DEL MAR/HU DE PUERTO REAL, CÁDIZ

P-60. AISLAMIENTOS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX DURANTE LOS AÑOS 2011-2015 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

GARCÍA PÉREZ C., BARDÓN DE TENA P*, VIÑUELA GONZÁLEZ L., ORTEGA TORRES M., VICIANA RAMOS I., GARCÍA LÓPEZ MV., PEREA LÓPEZ B., CLAVIJO FRUTOS E.
SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

P-61. DIAGNOSTICO DE C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEA E Y M. GENITALIUM EN MUJERES ATENDIDAS EN EL H.U. VIRGEN DEL ROCIO DURANTE LOS AÑOS 2014-2016

LAURA MERINO DIAZ (1), MAGDALENA SANCHEZ (1), MARTA HERRERO ROMERO (2), MARIA DEL CARMEN LOZANO DOMINGUEZ (1), JAVIER AZNAR MARTIN (1)
(1) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO
(2) SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO"

P-62. AISLAMIENTOS DE UREAPLASMA UREALYTICUM Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS EN UN PERIODO DE ESTUDIO DE SEIS AÑOS.

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., GARCÍA VELA, J.H., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

P-63. RELACIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR PERIOcular CON LA PREVALENCIA Y DENSIDAD DE LA INFESTACIÓN POR DEMODEX FOLLICULORUM

ALBERTO TENORIO-ABREU1, JUAN CARLOS SANCHEZ-ESPAÑA2, CARLOS HIDALGO-GRASS3, CARLOS RUIZ-FRUTOS4
UGC MICROBIOLOGÍA CHUH
UGC OFTALMOLOGÍA CHUH
HGC BIOMEDICAL DIAGNOSTIC RESEARCH S.L. HUELVA
DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

P-64 .DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE INFECCIÓN POR VHA EN SEVILLA

MARÍA REYES VIDAL ACUÑA* (1), LOZANO Mª DEL CARMEN (1), MERINO LAURA (1), SÁNCHEZ MAGDALENA (1), HERRERO MARTA (2), AZNAR JAVIER
(1) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA UCEIMC. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)
(2) SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA UCEIMC. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)



P-65. COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LA ORINA CON EL EXUDADO ENDOCERVICAL PARA CRIBADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO

TERESA TRUJILLO SOTO, MERCEDES MÁRQUEZ COELLO, ESTEBAN RODRÍGUEZ MARTÍN, ROSA MARÍA GARCÍA ESPINOSA, BERTA BECERRIL CORRAL, INÉS RUIZ MOLINA, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS, CLOTILDE FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO
UGC. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

P-66. CURACIÓN Y RESISTENCIAS A LOS NUEVOS TRATAMIENTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS², MARÍA BEATRIZ CONTRERAS REY², J. IGNACIO YNFANTE MILÁ²
(1) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH
(2) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

P-67. ACTIVIDAD IN VITRO DE LA CEFTAROLINA FRENTE A DIFERENTES BACTERIAS CAUSANTES DE INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS Y NEUMONÍA

ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ¹, ALBERTO TENORIO-ABREU², SUHIL MIRO, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA², ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO², JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN², MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO²
(1) UGC ANÁLISIS CLÍNICOS CHUH. (2) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

P-68. CARACTERIZACIÓN DE CEPAS DE ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A LINEZOLID DETECTADAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

MARÍA DOLORES ROJO MARTÍN (1), FEDERICO ROMÁN ALONSO (2), ANA LARA OYA (1), GEMMA JIMÉNEZ GUERRA (1), PILAR TRINCADO CARLOS-ROCA (2), VICTOR HERAS CAÑAS (1), MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ (1), CARMEN MARCOS MORENO (2), JOSE MARÍA NAVARRO MARÍ (1)
1. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (COMPLEJO HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA, CHUG)
2. CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

P-69. SENSIBILIDAD A TEDIZOLID, DALVABANCINA Y CEFTAROLINA DE ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A LINEZOLID DETECTADOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

ANA LARA OYA (1), MARÍA DOLORES ROJO MARTÍN (1), GEMMA JIMÉNEZ GUERRA (1), FEDERICO ROMÁN ALONSO (2), ARACELI PUERTAS RODRIGUEZ (1), VICTOR HERAS CAÑAS (1), MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ (1), JOSE MARÍA NAVARRO MARÍ (1)
1. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES (COMPLEJO HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA)
2. CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

P-70. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

SALOME TELLO NIETO, FRANCISCA DE LA RUBIA MARTIN, JORGE ARCA SUAREZ, FATIMA GALAN SANCHEZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS
UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR Y H.U. DE PUERTO REAL, CÁDIZ

P-71. ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE NEISSERIA GONORRHOEAE

P. BARDÓN DE TENA*, C. GARCÍA PÉREZ, L. VIÑUELA GONZÁLEZ, V. GARCÍA LÓPEZ, I. VICIANA RAMOS, E. CLAVIJO FRUTOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

P-72. ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO DE 2 MÉTODOS DE SIEMBRA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.

ROCÍO SÁINZ RODRÍGUEZ, MIRIAM VALVERDE TROYA, MARÍA CONCEPCIÓN MEDIAVILLA GRADOLPH, BEGOÑA PALOP BORRAS
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA, MÁLAGA.

P-73. INCIDENCIA DE NEISSERIA GONORRHOEAE Y REPERCUSIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR PCR

P. BARDÓN DE TENA, C. GARCÍA PÉREZ, L. VIÑUELA GONZÁLEZ, V. GARCÍA LÓPEZ, I. VICIANA RAMOS, E. CLAVIJO FRUTOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

P-74. SEROPREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE HUELVA.

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., GARCÍA VELA, JH., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

P-75. ENTEROPATÓGENOS AISLADOS EN LA GASTROENTERITIS AGUDA EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE HUELVA.

GARCÍA VELA, JH., SANTOS ROSA, C., FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., DUQUE CALERO, A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

P-76. EPIDEMIOLOGÍA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE HUELVA.

GARCÍA VELA, JH., FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO.- Con fecha de 1 de septiembre de 2016, la **Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica**, presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **“La aportación de la Microbiología Clínica al Diagnóstico de las Enfermedades de Transmisión Sexual”**, a celebrar en Huelva, los días 13 y 14 de octubre de 2016.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 10 del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

SEGUNDO.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14 del mismo mes)

TERCERO.- Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a profesionales sanitarios.

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **“La aportación de la Microbiología Clínica al Diagnóstico de las Enfermedades de Transmisión Sexual”**.

Contra la presente resolución que no agota la vía administrativa podrá interponer recurso de alzada ante la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero.

Sevilla, a 23 de septiembre de 2016
LA DIRECTORA GENERAL

M^a Isabel Baena Parejo



Expte: 137/16

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080 Sevilla
Teléf. 95 500 63 00. Fax 95 500 63 31

Código Seguro De Verificación:	mN/rBX1xbBORKEQb/XP2JA==	Fecha	27/09/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Isabel Baena Parejo		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/mN/rBX1xbBORKEQb/XP2JA=	Página	1/1





SAMPAC
2016 HUELVA

PONENCIAS

CURSO PRECONGRESO: “MICRO ABIERTO”

¿QUÉ DEBE SABER UN MICROBIÓLOGO SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE VIH Y VHC?

ISABEL VICIANA RAMOS

JESÚS SANTOS GONZÁLEZ

VHC

En los últimos años ha habido un avance espectacular en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC). La introducción de agentes de acción directa (AAD) ha hecho que una patología difícil de manejar y de tratar se pueda curar de forma relativamente fácil y en poco tiempo. La infección por VHC tiene una gran importancia por dos motivos. El primero por la gran prevalencia en todo el mundo incluido los países desarrollados y la segunda porque es la primera causa de enfermedad terminal hepática con lo que eso supone en morbi-mortalidad. En el curso que vamos a realizar repasaremos datos epidemiológicos concretos de nuestro país, cómo y a quién hay que hacer un cribado de infección por VHC, pruebas diagnósticas, utilidad de las variantes resistentes, las nuevas infecciones, la valoración inicial de un paciente recién diagnosticado, la patología extra-hepática, factores predictivos, carga viral, fibrosis, genotipos, los términos de respuesta tras el tratamiento, respuesta viral rápida, respuesta viral sostenida... y la situación del tratamiento en el 2016.

VIH

La gran epidemia global de final del siglo XX fue la infección por el VIH. Ya hay un largo trecho desde aquellos primeros casos de principios de la década de los ochenta y los millones de muertos acumulados en todos estos años. Sin embargo, hubo un punto de inflexión a partir del cual la infección por el VIH/sida dejó de ser una enfermedad mortal para pasar a ser una enfermedad crónica con la que se podía vivir. El tratamiento antiretroviral (TAR) actual controla la mayor parte de los casos excelente tolerancia y con poca toxicidad. Pero aún hay retos que conseguir y problemas no resueltos de ellos hablaremos en este Curso Pre-Congreso. El perfil del individuo que ahora se infecta, lo que supone el diagnóstico tardío y la dificultad de mejorar el diagnóstico precoz. Conceptos como profilaxis pre y post exposición, cuando empezar el tratamiento a quien tratar, las guías y pautas de TAR actuales y la evaluación y seguimiento de los pacientes. Desde el punto de vista más microbiológico comentaremos no solamente las pruebas diagnósticas sino la utilidad actual de los estudios genotípicos, el subtipaje y el soporte imprescindible del laboratorio en la caracterización de los brotes.

En resumen, el laboratorio de Microbiología es fundamental para el diagnóstico y seguimiento de ambas infecciones virales y en este Curso pondremos el acento en lo que el Microbiólogo debe de conocer no sólo de las pruebas microbiológicas sino aspectos globales de la epidemiología, clínica y tratamiento de los sujetos que son subsidiarios de todas estas pruebas.

MESA REDONDA I

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ETS EN NUESTRO MEDIO. SITUACIÓN ACTUAL.

BLANCA MARTÍNEZ SIERRA.

UNIDAD DE PROMOCIÓN Y APOYO A LA SALUD, MÁLAGA.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de patologías causadas por virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico. Bajo esta denominación se incluye el estadio asintomático, en el que también puede transmitirse la enfermedad.

Representan un importante problema de salud pública por su morbilidad, complicaciones y secuelas, siendo fundamental el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en nuestro país se obtiene a través de la notificación y el registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) incluido en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

En 2013 se aprobó un documento de consenso desarrollado conjuntamente por las Comunidades Autónomas, el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Microbiología y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este consenso adapta nuestro sistema de vigilancia a las nuevas definiciones de caso para su notificación en la Unión Europea, incluyendo actualización de conocimientos y de la situación epidemiológica actual. Para las ITS, las enfermedades objeto de vigilancia son: sífilis, gonococia, VIH, clamidia trachomatis (serovares D-K) y linfogranuloma venéreo (enfermedad producida por Chlamydia trachomatis, serovares L1, L2 y L3). Éstas pasan a ser de declaración individualizada, e incluyen una encuesta epidemiológica que recoge un conjunto mínimo de variables del caso en relación a: datos demográficos, clínica, pruebas de laboratorio y riesgo asociado a la infección.

El Sistema de Información Microbiológica SIM es una fuente complementaria básica en la Red, ya que recopila diagnósticos confirmados microbiológicamente en una red de casi 50 laboratorios de centros sanitarios de España.

En los últimos años, la tasa de incidencia de sífilis y gonococo está en aumento siendo ésta en el año 2014 de 7,68 y 9,82 casos/100.000 habitantes respectivamente.

El número de casos de Clamidia trachomatis y de herpes genital notificados también muestra una tendencia ascendente, siendo grupo etáreo más afectado el de 25-34 años.

Respecto al VIH, se estima que la tasa calculada para 2014 será de 9,34 por 100.000 habitantes. El grupo con mayor transmisión de VIH es el de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Destaca un 46,2 % de casos con diagnóstico tardío de VIH.

En Andalucía, desde 1997 ya eran de declaración obligatoria la clamidia trachomatis y el herpes genital. El registro individualizado, desde el 2003 es el programa Redalerta donde se incluyen los casos declarados por distintas fuentes. Sin embargo la notificación de la infección por el VIH no se establece hasta el 2013.

A pesar de las mejoras en los sistemas de notificación, se estima un subregistro importante, sobre todo en cuanto a la aportación de datos cualitativos que son los que aportan información sobre características de la población nuclear que se infecta y comportamientos de riesgo de transmisión, permitiendo monitorizar y mejorar la prevención. En éste punto han sido de gran importancia otros sistemas de información, centrados en redes centinela como las constituidas por los centros específicos de VIH e ITS integrados en el Grupo EPI-VIH y el Grupo EPI-ITS, recogen información sobre las poblaciones nucleares y puente.

La actual situación epidemiológica de la infección por VIH y otras ITS en nuestro país y su importancia como problema de salud pública, han favorecido la elaboración de un nuevo Plan Estratégico de prevención y control de la infección por VIH, y otras ITS para el periodo 2013-2016, enmarcado en los compromisos internacionales.

MESA REDONDA I

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE LAS ETS.

ISABEL PUEYO RODRÍGUEZ.

CENTRO DE E.T.S. DE SEVILLA.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública, en las que están implicados un gran número de microorganismos que a veces ocasionan un conjunto de síntomas o signos, pero mayormente se presentan con una clínica poco demostrativa o totalmente asintomáticas. Por otro lado, un mismo síntoma puede estar involucrados varios gérmenes, como es el caso de las uretritis, cervicitis o proctitis.

Estas infecciones si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo producirán graves complicaciones y secuelas, como infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer genitoanal o afectación de la madre al hijo durante el embarazo o parto. Sin olvidarnos que incrementan el riesgo de contraer y transmitir el VIH, sobre todos aquellas que las cursan con úlceras.

La vigilancia epidemiológica de las ITS en España es muy deficiente, existe una infradeclaración importante por lo que no podemos hacernos una idea exacta de la magnitud de problema con los datos declarados. Su prevención y el control debería ser un objetivo prioritario de los servicios de salud, facilitando los medios necesarios para atender no solo a las personas que tengan síntomas, si no a aquellas que siendo asintomáticas, tengan más riesgos de infección, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las que ejercen la prostitución o los usuarios de estas, las que tienen diferentes parejas sexuales, adolescentes o los contactos sexuales de los usuarios con ITS.

Un diagnóstico eficaz requiere realizar al paciente una historia clínica detallada en la que se recojan: motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas, hábitos sexuales, número de parejas sexuales, uso de preservativos, antecedentes de ITS, drogas etc., exploración física completa y recogida y procesamiento correcto de muestras.

Ante la sospecha de una ITS, es necesario hacer una analítica completa que descarte otras coinfecciones, recogiendo las muestras dependiendo de los hábitos sexuales del usuario, un tratamiento rápido y adecuado y posteriormente el estudio de las parejas sexuales para cortar la cadena epidemiológica.

Para conseguir estos objetivos, las consultas de ITS deben trabajar conjuntamente con los servicios de Microbiologías a través de una comunicación fluida en la que el clínico aporte los datos necesario para el obtener un diagnóstico correcto.

MESA REDONDA II

UTILIDAD DE LOS NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SU SIGNIFICACIÓN CLÍNICA EN LA GONOCOCIA Y LOS MICOPLASMAS GENITALES. RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN NEISSERIA GONORRHOEAE Y MICOPLASMAS GENITALES

FERNANDO VÁZQUEZ VALDÉS

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS Y

ÁREA DE MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO

En los últimos años se ha ido expandiendo el uso de las técnicas moleculares para el diagnóstico de las ITS lo que ha mejorado la sensibilidad y la especificidad. A pesar de no estar aprobados por la FDA para zonas extragenitales, como recto y faringe, nos permite aumentar esta sensibilidad y plantean nuevos interrogantes sobre su significación clínica y la posibilidad de falsos positivos como en el caso de la gonococia. Como una ventaja es que se ha podido simplificar la recogida de la muestra y la posibilidad de recogida por el propio paciente.

El uso de métodos comerciales en formato de PCR multiplex por un lado amplía el número de patógenos investigados y por otro hace que los laboratorios deban tener un estricto protocolo de confirmación de los positivos y de la interpretación de estos positivos para el clínico.

Considerando que en la mayoría de los casos (alrededor de un 80%) en zonas extragenitales son asintomáticos, estas pruebas deben realizarse regularmente a pacientes en riesgo como hombres con relaciones sexuales con hombres como recomiendan todas las guías de tratamiento de las ITS ya que la transmisión de zonas como faringe a uretra suponen un riesgo entre el 3-5%. Estas técnicas además facilitan el cribado postratamiento en estos momentos de multiresistencia como en *Neisseria gonorrhoeae* o *Mycoplasma genitalium* entre las 2 semanas y las 3-4 semanas respectivamente.

Con respecto a *M. genitalium* es claro actualmente el papel en la UNG en el hombre y en cervicitis o EIP en la mujer con una prevalencia entre el 0,5-2,4% en mujeres y del 6-50% en UNG según las series. Con la aparición de resistencias, que en algunas zonas como Groenlandia llegan al 100% para la azitromicina, hace necesario por un lado disponer de PCR que detecten esta resistencia a azitromicina y a moxifloxacino, y por otro lado revisar si los tratamientos actuales a los mismos son adecuados dado que este patógeno tiene unas características especiales de crecimiento lento e intracelular que le hace proclive a la aparición de estas resistencias. Preguntas como si el tratamiento con azitromicina extendido es mejor que el tratamiento a dosis única, si es preferible de segunda línea otros antimicrobianos distintos a moxifloxacino, si debemos cambiar el tratamiento de las guías actuales y pasar a tratamiento combinado, etc debe tenerse en cuenta en estos momentos debido a las concentraciones que alcanzan en los tejidos en comparación con lo que ocurre en clamidias. En relación a *Neisseria gonorrhoeae*, en estos momentos estamos ante un microorganismo multiresistente, fenómeno que se ha producido en apenas 70 años. Hoy las quinolonas no son de elección y es preocupante la aparición de cepas con sensibilidad disminuida a ceftriaxona como se ha detectado en zonas como Barcelona, Almería o Asturias. Genotipos como el ST-1407 son predominantes donde la resistencia a las mismas y a ciprofloxacino son frecuentes. La necesidad de nuevos antibióticos es prioritaria y hay una necesidad apremiante de convencer a la industria para que invierta en una vacuna para este patógeno. La nueva guía de la OMS plantea además, entre otras medidas, incrementar las dosis de los antimicrobianos que se utilizan actualmente cuando se haga el retratamiento.

MESA REDONDA II

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA SÍFILIS Y APORTACIÓN DE LA MICROBIOLOGÍA MOLECULAR.

M^a TERESA CABEZAS FERNÁNDEZ.

HOSPITAL DE PONIENTE, ALMERÍA.

Al no poder ser cultivado *T. pallidum* en el laboratorio, y las limitaciones del diagnóstico directo (microscopía o técnicas moleculares de PCR), las pruebas serológicas siguen siendo el pilar del diagnóstico y monitorización del tratamiento de la sífilis.

El diagnóstico directo sólo es útil en etapas muy tempranas de la infección, donde la serología presenta menor sensibilidad. A partir del 2014 el CDC recomienda las pruebas de PCR-*T.pallidum*, como una herramienta válida para el diagnóstico de la sífilis primaria o secundaria, junto con la microscopía (campo oscuro/ inmunofluorescencia). Sin embargo, ambas herramientas presentan limitaciones de sensibilidad y especificidad, requieren personal experimentado y rara vez se realizan fuera de centros especializados.

El ADN de *T.pallidum* se ha detectado en diferentes tipos de muestras, incluyendo, entre otros, sangre, exudado úlcera, líquido cefalorraquídeo, orina y tejidos, pero su utilidad para el diagnóstico de la sífilis se ha limitado en gran medida a muestras de lesiones en la enfermedad primaria y secundaria. Las técnicas de biología molecular han demostrado mayor sensibilidad (hasta un 95% en lesiones genitales), que la microscopía, siendo capaces de detectar de 1 a 10 organismos/muestra con alta especificidad. Se han descrito diferentes formatos de técnicas que amplifican diferentes genes de *T. pallidum*, entre las más referenciadas destacan las que amplifican el gen de la proteína de 47 kDa y el gen de la polimerasa A. Es de gran interés el formato multiplex frente a otras causas de úlceras genitales: *Haemophilus ducreyi* y virus del herpes simple (VHS) tipos 1 y 2.

La PCR sin duda, es prometedora como una prueba de elección para sífilis congénita, neurosífilis y sífilis primaria temprana donde las pruebas tradicionales tienen una sensibilidad limitada. La actividad de la enfermedad está ligado a la carga bacteriana de *T. pallidum* y a la probabilidad de bacteriemia detectable, este método podría ser utilizado para monitorizar el tratamiento, y también hay posibilidad de utilizarlo para diferenciar nuevas de antiguas infecciones.

Otros campos de interés de la biología molecular de *T. pallidum* son la tipificación mediante RLFP o secuenciación, así como la detección de resistencia a antimicrobianos.

Tradicionalmente, el cribado de sífilis comienza con una prueba no treponémica (PNT) y las muestras positivas se confirman con una prueba treponémica (PT). El aumento de demanda junto con la disponibilidad de ensayos serológicos en plataformas automatizadas de alto rendimiento, ha llevado recientemente a muchos laboratorios a implementar un algoritmo inverso en el diagnóstico de sífilis: el cribado se realiza con una PT y si es positiva, se confirma con una PNT. Este algoritmo facilita la identificación de los casos de sífilis latente, y sífilis temprana que pasarían desapercibidos con el algoritmo tradicional, por el contrario da lugar a la identificación de un número de pacientes con resultados serodiscordantes (es decir, PT positiva y PNT negativa). Esto puede ocurrir en el contexto de 1) un resultado falso positivo, 2) la sífilis primaria temprana, 3) el fenómeno de prozona, 4) sífilis pasado tratada de forma adecuada o 5) la sífilis no tratada de larga duración. Hay un incremento de resultados falsos positivos, por ello la rentabilidad del algoritmo inverso en entornos de baja prevalencia es discutible, una segunda PT debe llevarse a cabo para descartar esta posibilidad.

Un área de gran interés es el desarrollo de pruebas Point of Care sobre todo en entornos de difícil acceso a los sistemas de salud, pueden identificar y diferenciar pacientes con sífilis tratados frente a no tratados (formato multiplex que incluye PT y NTP). Los resultados están disponibles en 2-10 minutos, con sensibilidades y especificidades superiores al 97%.

MESA REDONDA II

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP) AL VIH

JORGE DEL ROMERO GUERRERO

CENTRO SANITARIO SANDOVAL. COMUNIDAD DE MADRID.

La profilaxis pre-exposición (PrEP) al VIH es una nueva herramienta preventiva consistente en la administración de fármacos antirretrovirales a las personas seronegativas al VIH con prácticas de alto riesgo, con el objetivo de reducir la probabilidad de adquirir la infección.

Varios ensayos clínicos randomizados, controlados con placebo, han confirmado que la PrEP oral diaria, es segura y efectiva¹. El tenofovir disoproxil fumarato (TDF) o el TDF más Emtricitabina (TDF/FTC), en pauta oral diaria, reduce significativamente la incidencia del VIH en todas las categorías de transmisión: hombres que mantienen sexo con hombres (HSH), transexuales, hombres y mujeres heterosexuales (HTX), parejas HTX serodiscordantes al VIH, y usuarios de drogas inyectadas (UDI)^{2,3,4}.

La FDA aprobó la indicación de PrEP, con TDF/FTC en 2012⁵. Los CDC recomiendan el uso diario de un comprimido coformulado con 300 mg de TDF y 200 mg FTC, por su rápida difusión y elevada concentración en el tracto rectal y genital⁶⁻⁷. El estudio PROUD⁸, realizado en 13 clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Inglaterra, encontró la misma eficacia preventiva de la PrEP diaria que en el estudio IPERGAY⁹ con la pauta "a demanda", pre y postcoital. La efectividad de la PrEP, guarda una estrecha correlación con el grado de adherencia a la misma^{2,9}.

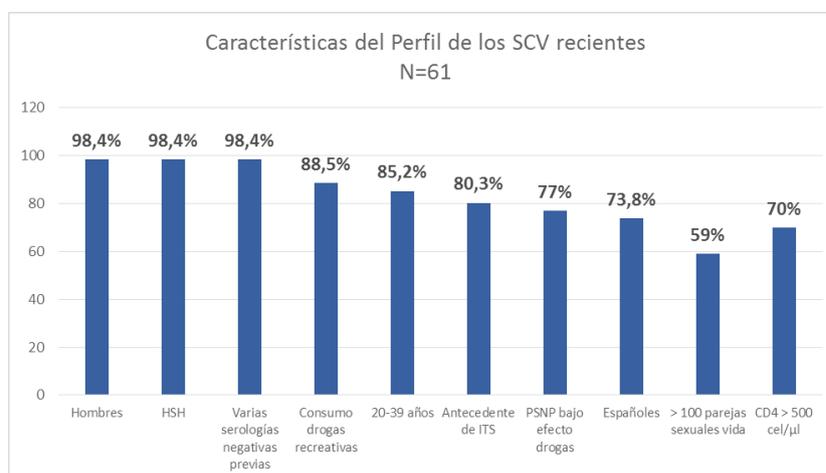
La OMS recomienda ofrecer la PrEP oral diaria a las personas con riesgo "sustancial" de adquirir la infección y que pertenezcan a grupos poblacionales con una incidencia del VIH superior al 3 por 100 personas-año, junto a otras medidas preventivas como la promoción del uso del preservativo, despistaje de otras ITS, acceso al diagnóstico precoz y tratamiento antirretroviral (TAR) universal. En estos grupos poblacionales se estima que la PrEP es coste-efectiva en comparación con el tratamiento antirretroviral de por vida¹⁰.

El 22 de julio de 2016, la Agencia Europea del Medicamento ha recomendado la concesión de la autorización de comercialización en la Unión Europea de TDF/FTC (Truvada[®]) para la PrEP, en adultos con alto riesgo.

Un estudio británico publicado en enero del 2016 estimó que la implantación de la PrEP, junto al diagnóstico precoz y el acceso universal al TAR, reduciría a la mitad la incidencia del VIH entre los HSH en el 2020¹¹.

En los últimos años, en los países desarrollados, se ha venido observando un cambio en el patrón de consumo de drogas entre hombres gays y bisexuales. El fenómeno conocido como Chemsex, es una forma específica de uso recreativo de drogas que se caracteriza fundamentalmente por el consumo de metanfetamina, mefedrona y GHB en un contexto sexual. Los efectos de estas drogas provocan euforia y desinhibición y se asocian con prácticas sexuales de riesgo y con mayor incidencia de ITS/VIH. En algunos casos la metanfetamina o la mefedrona se consumen por vía inyectada (slam, slamming).

Los HSH seronegativos al VIH, entre 20 y 39 años, con varias pruebas negativas previas, reiterados episodios de ITS, múltiples parejas sexuales y que tienen prácticas sexuales desprotegidas, con frecuencia bajo el efecto del alcohol o de drogas recreativas, son los candidatos idóneos a quienes ofrecer la PrEP como una medida preventiva adicional.



Las clínicas de ITS pueden identificar y realizar el seguimiento de las personas seronegativas con riesgo elevado de adquirir el VIH y establecer un consejo preventivo individualizado. Por ello, son dispositivos asistenciales idóneos para proponer y administrar la PrEP con el objetivo de evitar nuevas infecciones.

Agradecimientos: Dr. Oskar Ayerdi, Dra. Teresa Puerta y Dra. Carmen Rodríguez

Referencias Bibliográficas:

1. Grohskopf LA, Chillag KL, Gvetadze R, Liu AY, Thompson M, Mayer KH, et al. Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;64:79-86.
2. Robert M. Grant, Javier R. Lama, Peter L. Anderson, Vanessa McMahan, Albert Y. Liu, Lorena Vargas, et al for the iPrEx Study Team. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010; 363:2587-2599.
3. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. TDF2 Study Group. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012 Aug 2;367(5):423-434.
4. Kachit Choopanya, Michael Martin, Pravan Suntharasamai, Udomsak Sangkum, Philip A Mock, MAppStats, Manoj Leethochawalit, et al. for the Bangkok Tenofovir Study Group. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2013; 381:2083-2090.
5. U.S. Food and Drug Administration. The U.S. Food and Drug Administration approved Truvada July 16, 2012.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preexposure Prophylaxis for the Prevention of VIH Infection in the United States – 2014 Clinical Practice Guideline.
7. Kristine B. Patterson, Heather A. Prince, Eric Kraft, Amanda J. Jenkins, Nicholas J. Shaheen, James F. Rooney, et al. Penetration of Tenofovir and Emtricitabine in Mucosal Tissues: Implication for Prevention of HIV-1 Transmission, *Sci Transl Med.* 2011 Dec 7; 3(112).
8. Prof Sheena McCormack, MSc, Prof David T Dunn, PhD, Monica Desai, MPH, David I Dolling, MSc, Mitzy Gafos, PhD, Richard Gilson, et al for the PROUD Study. *Lancet* 2015.
9. Jean-Michel Molina, Catherine Capitant, Bruno Spire, Gilles Pialoux, Laurent Cotte, Isabelle Charreau, et al. ANRS IPERGAY Study Group. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* 2015; 373:2237-2246.
10. World Health Organization. WHO Expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of hiv infection (PrEP). November 2015.
11. Punyacharoensin N, John Edmunds W, De Angelis D, Delpech V, Hart G, Elford E et al. Effect of pre-exposure prophylaxis and combination HIV prevention for men who have sex with men in the UK: a mathematical modelling study. *The Lancet HIV*, online publication. 2016.

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

MUJER CON DOLOR CRÓNICO EN FOSA ILÍACA DERECHA.

DRA. CAROLINA FREYRE CARRILLO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Mujer de 25 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor en fosa ilíaca (FID) derecha de 4 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. Exploración anodina. Hemograma y bioquímica normales tanto en suero como en orina. Se prescriben analgésicos y se plantea control por su médico de atención primaria.

Un mes después acude a urgencias con la misma sintomatología. Destacable, bioquímica en orina leucocitos 100cel/uL. Se prescribe Fosfomicina 3g.

En los 15 meses posteriores son frecuentes (periodicidad mensual) las visitas al servicio de urgencias por el mismo dolor en FID. La exploración y analíticas sin alteraciones, salvo en 3 episodios donde se detecta leucocituria y es tratado como ITU con diferentes pautas antibióticas (fosfomicina, amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino). Se decide derivar a la consulta de digestivo y urología, quienes concluyen que no encuentran hallazgos significativos responsables del cuadro.

En el último episodio acude a urgencias por sangrado intermenstrual y dolor hipogástrico. Refiere leucorrea en los últimos meses y dispareunia, no registrados anteriormente. La paciente es derivada a ginecología.

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

A PROPOSITO DE UN CASO DE VAGINITIS EN EDAD INFANTIL

MANUEL CAUSSE DEL RÍO

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Paciente de 5 años que acude al Servicio de Urgencias de pediatría acompañada de su progenitora, que expresa que la niña presenta molestias, escozor y flujo vaginal desde hace 1 semana.

Se le realiza exploración exclusivamente externa y se comprueba que existe flujo vaginal del que se toma una muestra en escobillón con medio de transporte bacteriano.

Se le receta tratamiento empírico tópico para candidiasis vaginal, en espera del resultado microbiológico y se le deriva a su pediatra de cupo.

En microbiología se procede a la siembra de la muestra según el protocolo habitual del laboratorio, obteniéndose crecimiento de microorganismo problema.

CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS

SEROLOGIA DISCORDANTE EN GESTANTE

ANTONIO SAMPEDRO MARTINEZ

MICROBIOLOGIA. CHUG. GRANADA

CASO

Mujer de 29 años de edad que acude a médico de atención primaria por embarazo de 10 semanas. Antecedentes de prostitución hace 2 años pareja sexual estable en la actualidad. Alérgica a penicilina y salicilatos.

Se le solicita hemograma, bioquímica, urocultivo y cribado serológico frente a agentes de transmisión vertical. Los resultados de bioquímica, hemograma estaban dentro de la normalidad. Respecto al cribado serológico, los resultados fueron: virus rubeola IgG (CLIA): positivo, Toxoplasma IgG (CLIA): negativo, anticuerpos y antígeno p24 VIH (CLIA): negativo, anticuerpos treponémicos anti-T.pallidum (CLIA): positivo, y VDRL: negativo. Ante estos resultados en la serología de sífilis se determinan anticuerpos treponémicos por TP PA.

El microbiólogo solicita una nueva muestra de suero, que es remitida al laboratorio 3 semanas después. Ante los hallazgos microbiológicos en esta segunda muestra, la gestante es ingresada para tratamiento.

Las posteriores exploraciones ecográficas no detectaron anomalías en el feto. El recién nacido (RN) no presentó síntomas al nacimiento y las pruebas serológicas que se realizaron al nacimiento no evidenciaron infección congénita. También se realizó análisis bioquímico y microbiológico del LCR, que resultaron normales.

Al año de seguimiento tanto la exploración como las determinaciones de anticuerpos en el niño descartaron una infección congénita. Del mismo modo el seguimiento en la madre evidenció la eficacia del tratamiento recibido.

MESA REDONDA III

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y UTILIDAD DEL CRIBADO POBLACIONAL FEMENINO

JC PALOMARES, S BERNAL Y M PARRA-SANCHEZ

UCEIM HOSPITAL DE VALME. SEVILLA

Chlamydia sigue siendo la infección bacteriana de transmisión sexual (ITS) más comunicada en todo el mundo. En Europa se han informado un 5% de incremento y más de 3.2 millones de casos desde 2009 a 2014 especialmente en el grupo de 15 a 24 años de edad, más frecuente en mujeres que en hombres y debido a que esta infección no suele mostrar síntomas la situación está infravalorada.

En la actualidad existen diferentes métodos de diagnóstico, especialmente los que emplean la amplificación de los ácidos nucleicos (TAANs). Las técnicas que emplean la PCR a tiempo real son más sensibles y específicas en comparación con otros métodos y permiten el uso de procedimientos no invasivos de toma de muestras para el diagnóstico de las infecciones asintomáticas. (siendo su coste el principal inconveniente para centros pequeños o países con escasos recursos).

Según el ISCIII, en el periodo 2009-2014 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 900 a 2.342 de infección por *C. trachomatis*). De todos ellos, correspondieron a la declaración de Andalucía 587 (25%).

A ello hemos de sumar las infecciones por los genotipos LGV. En nuestro laboratorio hemos pasado de representar un 2.5% en 2014 a un 4.2% de todos los casos detectados en lo que llevamos de 2016.

Otro factor importante en la infección por *C. trachomatis* es la elevada tasa de coinfección con otras ITS. En nuestro laboratorio, hemos tenido un incremento de la coinfección por *T. pallidum* de un 6.8 en 2014 a un 12.1 en 2016, menor con VIH de 4.1 a 4.1 y un descenso de coinfección con *N. gonorrhoeae* de 18 a 10.5%)

España no dispone de un sistema eficaz de vigilancia nacional y la cobertura poblacional es < 20%, no tiene un plan de cribado en grupos de riesgo o en mujer embarazada (donde algunas sociedades científicas nacionales se posicionan contrarias), que se suman a la falta de información sobre la disponibilidad de TAAN para diagnóstico. Todos estos datos avalan que la infección por *C. trachomatis* en España es poco atendida desde el punto de vista de salud pública, pese a las graves complicaciones de una ausencia de diagnóstico y que, aunque existen excelentes sistemas de detección aún queda un gran trabajo de coordinación.

MESA REDONDA III

HERPES GENITAL, TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA RECIDIVANTE.

JAVIER AZNAR MARTÍN.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

En la década de los 80 el herpes genital se convierte en U.S.A en un grave problema de salud pública con grandes repercusiones sociales, de forma que en revistas no científicas aparecen titulares como "Herpes: The New Sexual Leprosy", "The Misery of Herpes II" o "Herpes: the VD of the '80s. Posteriormente, el interés por el herpes genital vuelve a incrementarse al conocerse que las úlceras genitales no solo favorecen la transmisión del VIH sino que aumentan el riesgo de su adquisición.

La infección por VHS1 se adquiere por contacto no sexual en la infancia y es la causa primaria del Herpes oro-labial, aunque puede producir infección genital y recidivar ocasionalmente. El VHS2 habitualmente se transmite sexualmente y produce herpes genital y raramente causa el herpes labial. El herpes genital puede transmitirse perinatalmente y producir infecciones neonatales muy graves. Su diagnóstico genera un amplio rango de reacciones psicológicas e impacto en las relaciones sexuales. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, persistentes que cursan con reactivaciones. El primer episodio de herpes genital puede corresponder a Herpes genital inicial sintomático o primoinfección (ausencia de anticuerpos frente a ambos tipos) o Herpes genital inicial no primario (presencia de anticuerpos frente al tipo contrario) que en el caso del VHS 2 suele ser asintomático.

En 2012, la incidencia mundial anual del VHS2 se estima en 19,2 millones y la prevalencia en 417 millones, siendo más prevalente en mujeres. Actualmente la epidemiología ha cambiado, así las infecciones por VHS1 (3.7%) son dos veces más frecuentes que por VHS2 (1.6%), y eran 3 veces más de localización genital. El 84% de las infecciones herpéticas primarias son genitales, no existiendo diferencias clínicas entre las producidas por VHS1 o VHS2. Se dan con mayor probabilidad en los más jóvenes y con diferencias raciales en cuanto a la tasa de infección.

Las reactivaciones son breves 12h, muy frecuentes y de mayor eficiencia en el VHS2. Las recidivas (Reactivación + Clínica), se producen en el 57% y 89% de los pacientes con Hx de infección 1ª por VHS1 (1.3/año) y VHS2 (4/año). Suelen ser más cortas y menos graves. En el 20% de los días en el 80-90% de los infectados por VHS2 se produce excreción asintomática, así como en pacientes con Infección sintomática por VHS1. La reinfección exógena, tanto por diferente tipo o cepa como en la misma o distinta zona anatómica, es posible.

El diagnóstico virológico debe realizarse siempre en el primer episodio y en las formas atípicas, para conocer el tipo infectante y establecer un pronóstico así como para evitar tratamientos prolongados innecesarios por un diagnóstico clínico incorrecto.

El cultivo fue la técnica de referencia pero es poco sensible en los pacientes en fase de cicatrización, hoy día la técnica de elección es la amplificación de ácidos nucleicos, aplicable a cualquier tipo de muestra en las distintas fases de la enfermedad siendo 4 veces más sensible que el cultivo, con una especificidad y sensibilidad del 100% en las vesículas y úlceras húmedas, además permite la diferenciación de los dos tipos. Las técnicas de detección de antígenos son útiles pero menos sensibles que la PCR.

El tratamiento del herpes genital en las últimas décadas se basa en tres fármacos: Aciclovir, famciclovir y valciclovir. Estos inhibidores de la ADN polimerasa viral han demostrado su eficacia tanto en los primeros episodios, recidivas y como terapia supresora, pero no eliminan la excreción asintomática ni el riesgo de transmisión. La prevalencia de VSH resistente a Aciclovir en inmunocompetentes es del 1% aunque llega al 5% en pacientes infectados por el VIH y al 30% en receptores de progenitores hematopoyéticos. En estos casos se han utilizado con éxito foscarnet, cidofovir tópico y crema de imiquimod al 5%. Ensayos clínicos en fase de II, de dos inhibidores del sistema primasa-helicasa, ASP2151 y pritelevir, han demostrado su eficacia clínica tanto en el tratamiento episódico como en la terapia supresora.

Los primeros ensayos con vacunas terapéuticas han demostrado poco éxito, por ello se están evaluando vacunas peptídicas que induzcan una respuesta eficaz de células T. Dos candidatos son GEN-003 y HerpV, que han reducido la excreción viral en un 55% y 15% respectivamente. Las vacunas profilácticas permitirían la disminución global del herpes genital pero las basadas en glicoproteínas, aunque demostraron eficacia en animales y en la producción de anticuerpos neutralizantes, no previnieron la infección VHS2. El último estudio de vacuna profiláctica, Herpevac, con 8.000 mujeres seronegativas y como punto final primario enfermedad por VHS, demuestra que no previene de la enfermedad por VHS2 ni de su adquisición, pero ha demostrado una moderada eficacia en la prevención de la adquisición y enfermedad por VHS1. Existen nuevos candidatos vacunales que iniciarán ensayos en fase I/II de los que en un futuro dispondremos de su eficacia.

MESA REDONDA III

PAPEL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, COMO AGENTE DE ITS. DETECCIÓN DE VPH EN LOS HOMBRES. VACUNAS.

ISABEL VICIANA RAMOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

La infección por papilomavirus humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Aproximadamente, 14 millones de personas se infectan cada año. Aunque la mayoría de infecciones no causan síntomas y son autolimitadas, la infección persistente por HPV pueden causar cáncer cervical en mujeres así como cáncer anogenital, orofaríngeo, y verrugas genitales en mujeres y hombres. Básicamente, el desarrollo de cáncer cervical en mujeres está asociado con HPV de alto riesgo (70% genotipos 16 y 18) y continúa siendo la cuarta causa de muerte en mujeres a nivel mundial

La mitad de los nuevos casos de infecciones por HPV ocurren en jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 24 años. Muy poca atención se ha dedicado al impacto del HPV en hombres jóvenes. No es una enfermedad de transmisión sexual declarable, por lo que no es conocido el número de hombres jóvenes con esta infección. Cada año, 250 mil hombres son diagnosticados de verrugas genitales, estando causadas en el 90% de los casos por genotipos de bajo riesgo como el 6 y el 11. Además el virus está relacionado con el 91% de casos de cáncer anal y 50% cáncer pene.

Hasta el momento, no hay recomendaciones de test de screening de HPV en hombres jóvenes. Sin embargo, algunos clínicos recomiendan citología anal de screening en grupos de alto riesgo, como individuos HIV positivos u hombres que tienen sexo con hombres, porque estos grupos están en alto riesgo de lesiones anales precancerosas

El Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) describe dos vacunas admitidas frente al HPV: HPV4 y HPV2. La vacuna cuadrivalente es activa frente a los genotipos de bajo riesgo 6 y 11 y los de alto riesgo 16 y 18. Esta vacuna está recomendada en chicos y chicas desde los 11-12 años hasta los 21 años de edad. Los hombres y mujeres jóvenes hasta la edad de 26, pueden también recibir la vacuna si previamente no la habían recibido o completado. La vacuna bivalente protege frente a los genotipos 16 y 18 y está aprobada solo en niñas.

El mejor momento para vacunar es antes de iniciar la actividad sexual y de exponerse al HPV. Las vacunas son seguras y altamente eficaces para la prevención de las infecciones y cáncer. A pesar de ello, la tasa de vacunación permanece baja, particularmente en adultos jóvenes



SAMPAC
2016 HUELVA

COMUNICACIONES
ORALES

CO-1**DISEÑO Y OPTIMIZACIÓN DE UN ENSAYO PARA LA BÚSQUDA DE MOLÉCULAS ADYUVANTES DE FLUOROQUINOLONAS: ESCHERICHIA COLI FRENTE A CIPROFLOXACINO COMO MODELO.**

JESÚS MACHUCA (*,1,2), MERCEDES DE LA CRUZ (3), ESTHER RECACHA (1,2), FRANCISCA VICENTE (3), OLGA GENILLOUD (3), ÁLVARO PASCUAL (1,2,4), JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (2,4)

(1) UGC INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA, SEVILLA; (2) INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS); (3) FUNDACIÓN MEDINA, GRANADA; (4) DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

ANTECEDENTES/OJETIVOS

Las especies reactivas de oxígeno (ROS) contribuyen a la letalidad de los antibióticos bactericidas, incluidas las quinolonas. La modulación de la producción de ROS se ha postulado como una estrategia válida para la potenciación del efecto de antimicrobianos como las quinolonas. Nuestro objetivo fue diseñar un ensayo para la búsqueda de extractos naturales potenciadores de la respuesta ROS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó la cepa patrón E. coli MG1655 y se testaron 320 extractos naturales (160 de origen fúngico de hongos y 160 de actinomicetos) procedentes de la colección de la Fundación MEDINA (Granada). Se analizó la producción de ROS en presencia de los extractos naturales en ausencia de ciprofloxacino o en combinación con esta fluoroquinolona. Para medir la producción de ROS se utilizó el fluoróforo

2'7'-diclorofluoresceína diacetato (DHCF) midiendo la fluorescencia emitida a 535 nm.

Las condiciones ensayadas para optimizar el ensayo fueron: 0,12, 0,25, 0,5 y 1 mg/l de ciprofloxacino; 5 y 20 µM de DHCF; 16, 18, 20, 22 y 24 horas de incubación. Cada ensayo se realizó por triplicado.

Se determinó la producción de ROS de la combinación de extracto natural más ciprofloxacino con respecto a la producción de ROS de ciprofloxacino para evaluar qué moléculas tenían un efecto sinérgico.

RESULTADOS

Las condiciones óptimas de ensayos fueron 1 mg/l de ciprofloxacino, 20 µM de DHCF y 18 horas de incubación. La variación intradía e interdía fue muy baja, siendo inferior en los extractos naturales bacterianos que en los fúngicos.

De los 320 extractos analizados, 4 (1,25%) potenciaron más de 10 veces el efecto del ciprofloxacino, 6 (1,88%) más de 9 veces, 8 (2,5%) más de 8 veces y 21 (6,56%) 7 o más veces. Con respecto a los extractos de origen fúngico, éstos fueron los que presentaron un mayor potencial modulador (los 8 extractos que potenciaron el efecto del ciprofloxacino más de 8 veces eran de origen fúngico). Los extractos de origen bacteriano presentaron una menor actividad: no hubo extractos que potenciaron el efecto del ciprofloxacino más de 8 veces y sólo 2 potenciaron el efecto de esta quinolona 7 – 8 veces.

CONCLUSIONES

Este método permite un cribado rápido, fácil y reproducible de una amplia colección de extractos naturales para conocer su potencial uso como potenciadores de ROS y potenciales adyuvantes del ciprofloxacino. El punto de corte para permitir la selección de un número manejable de extractos para los pasos siguientes podría establecerse en 10.

Palabras clave: Especies Reactivas de Oxígeno, Ciprofloxacino, Extractos naturales

CO-2**ASPERGILLUS SPP.: COLONIZACIÓN VS INFECCIÓN**

MARIA REYES VIDAL ACUÑA, ÁNGEL RODRÍGUEZ VILLODRES, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, MARÍA JOSÉ TORRES SÁNCHEZ, JAVIER AZNAR MARTÍN

1,2,3,5 SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. UCEIMP. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

4,5 DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de las infecciones respiratorias fúngicas vienen precedidas por fenómenos de colonización. Discriminar si un determinado aislamiento fúngico es agente causal de infección o de colonización no es fácil, siendo la clínica del paciente el principal factor determinante. Cada vez son más numerosos los cultivos de hongos realizados en muestras respiratorias y por ello el objetivo del presente estudio es cuantificar el número de aislamientos causantes de infección por *Aspergillus* spp., para determinar así la eficacia clínica de la prueba.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han revisado 122 historias clínicas correspondientes a pacientes con aislamientos de *Aspergillus* spp. en muestras respiratorias durante el año 2014 en el laboratorio de Microbiología del H.U. Virgen del Rocío (Sevilla).

Las muestras fueron sembradas en agar Sabouraud, Sabouraud-Cloranfenicol y Sabouraud-Cicloheximida (Oxoid), e incubadas a 25°C y 30°C durante un máximo de 3 semanas y, con revisión periódica dos veces a la semana. La identificación a nivel de especie se realizó atendiendo a las características macroscópicas y microscópicas, confirmándose mediante secuenciación del gen de la β -tubulina.

Los datos registrados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS Statistics 22.

RESULTADOS:

Las 122 muestras positivas se obtuvieron de 66 hombres (edad media: 53,3 años, rango: 4-94) y 56 mujeres (edad media: 52,6 años, rango: 4-94).

Treinta y siete (30,3%) de las muestras pertenecen a pacientes con fibrosis quística (FQ), 61 (50%) tienen otra enfermedad pulmonar de base y 9 (7,4%) son de pacientes inmunodeprimidos.

Los aislamientos fueron considerados como colonizantes en 96 (78,7%) casos, en 18 (14,8%) casos causantes de infección y no hubo información registrada en 8 (6,5%) casos.

En los pacientes con FQ se diagnosticaron 34 (91,9%) colonizaciones y 3 (8,1%) infecciones, en el resto de pacientes 62 (72,9%) colonizaciones, 15 (17,6%) infecciones y sin información registrada en 8 (9,5%). Las especies aisladas con mayor frecuencia fueron *A. fumigatus* [62 (50,8%) aislamientos], *A. flavus* [27 (22,1%) aislamientos] y *A. terreus* [15 (12,3%) aislamientos]. Estas especies son las únicas que produjeron infección, responsables de 11 (61,1%), 4 (22,2%) y 3 (16,7%) casos respectivamente.

CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los aislamientos de *Aspergillus* spp., corresponden a casos de colonización y se obtienen en pacientes con enfermedades pulmonares de base.
2. Sólo el (14,8%) de los aislamientos se asocian a infección.
3. *A. fumigatus* fue la especie más frecuentemente aislada, tanto en infecciones como en colonizaciones, seguida de *A. flavus* y *A. terreus*.

Palabras clave: Aspergillus

CO-3**PAPEL DEL CONTROL MICROBIOLÓGICO AMBIENTAL EN UN BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL**

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), CONCEPCIÓN GÓMEZ-ALFÉREZ PALMA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)

(1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

ANTECEDENTES

En nuestro hospital, ante una situación de brote de infección nosocomial por microorganismos multirresistentes, se establece un circuito organizativo que implica que tras el alta de un paciente infectado y/o colonizado se procede a la limpieza terminal de la habitación o box de aislamiento, recogida aleatoria de muestras ambientales de superficies y estudio microbiológico para validación de la desinfección. Hasta que no se obtienen resultados negativos de todas las superficies las estancias no pueden volver a ocuparse.

OBJETIVO

Describir los resultados de los muestreos ambientales en una planta de hospitalización durante un brote de infección por *Klebsiella pneumoniae* KPC.

MÉTODOS

Para recoger las muestras se emplearon hisopos/gasas estériles. Aplicando la metodología de cribado de microorganismos multirresistentes ya existentes en nuestro laboratorio y apoyándonos en las recomendaciones de la SEIMC (Procedimientos en Microbiología, nº 26, 2ª Ed.), las muestras se sembraron en medios cromogénicos Brilliance (Thermo Scientific™). Ante el crecimiento de un aislado sospechoso procedimos a la identificación y antibiograma por microdilución (MicroScan®, Siemens), y detección de carbapenemasas por PCR (GeneXpert® Carba-R, Iza). Para la tipificación molecular y/o detección de mecanismos de resistencia, se remitieron las cepas aisladas al Laboratorio de Referencia. Resultados

Se realizó muestreo en 13 habitaciones, se procesaron 82 muestras, con una media de 6 muestras por habitación. La media de días de utilización de la habitación hasta el alta del paciente fueron 17,8 días, y la mediana de 5 (1 paciente estuvo 163 días). Tras la primera limpieza-desinfección según protocolo establecido por Medicina Preventiva, en 6 (46%) habitaciones se obtuvo al menos una muestra positiva para *K. pneumoniae* KPC. La probabilidad de hallar muestras positivas tras la primera limpieza no se relacionó con el tiempo de ocupación ($p=0,09$). Tras la segunda limpieza todas las muestras resultaron negativas. El porcentaje global de positividad de las muestras fue del 12%. Sólo en uno de los aislados ambientales pudo comprobarse la relación clonal con el aislado del paciente que ocupó el box, resultando idénticos. Durante el brote no apareció ningún caso secundario que pudiese relacionarse con transmisión indirecta desde superficies inanimadas.

CONCLUSIONES

Resultan fundamentales tanto el control microbiológico ambiental como la limpieza correcta de la habitación. Estas medidas aplicadas dentro de la metodología de abordaje del brote contribuyeron a su control. Para obtener una mayor rentabilidad recomendamos que la recogida de muestras ambientales la realice siempre el mismo personal entrenado, así como la limpieza de las habitaciones.

Palabras clave: ambiental

CO-4**DISPOSITIVO PARA LA DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B EN EL CRIBADO DE MUJERES EMBARAZADAS**

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, JOSE ANTONIO GÓMEZ FERNÁNDEZ¹, ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO¹, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA¹, JOSÉ MARÍA SAAVEDRA MARTÍN¹, MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO¹

(1) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH (2) UGC ANÁLISIS CLÍNICO CHUH

(3) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

INTRODUCCIÓN

La detección de mujeres gestantes portadoras del Estreptococo del Grupo B (EGB) es fundamental para la prevención de sepsis neonatal causada por esta bacteria. En este estudio se ha desarrollado un nuevo dispositivo que simplifica el transporte, cultivo y detección del EGB para muestras vagino-rectales en el cribado del EGB.

OBJETIVO

Evaluación interna de un dispositivo de nueva invención y patentado para la detección del EGB para muestras vagino-rectales procedentes de mujeres gestantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó y patentó un dispositivo formado por un tubo cilíndrico de plástico con una lengüeta lateral de medio sólido Granada (Becton Dickinson) y con 800 µl de caldo Todd Hewitt con antibióticos. El tapón se perforó para la entrada de la atmósfera anaerobia. Se diseñó para que en un solo dispositivo se pudiese transportar, enriquecer y detectar el EGB sin necesidad de manipulación y pasos intermedios. Se realizó un estudio piloto en el que se comparó el nuevo dispositivo en paralelo con la siembra directa de tomas vagino-rectales en el medio sólido Granada en placas tradicionales (Becton Dickinson). Las placas y tubos se incubaron a 37°C durante 48 horas en atmósfera anaerobia. El crecimiento de colonias de coloración naranja se considerará positivo según las instrucciones del fabricante, tanto en las placas como en el nuevo dispositivo. La sensibilidad del dispositivo se determinó por inoculación de diluciones seriadas de concentración conocida según la escala de MacFarland. Se realizaron inoculaciones seriadas por triplicado, de 1000, 100, 10 y 1 Unidades Formadoras de Colonia (UFC). La especificidad se determinó mediante la identificación de las colonias naranjas con el sistema de identificación API Rapid Strep (Biomerieux).

RESULTADOS

El límite de detección fue de 1 bacteria inoculada/dispositivo, obteniéndose resultados positivos en todas las inoculaciones seriadas por triplicado. Se testaron un total de 683 muestras vagino-rectales. Mediante la siembra directa se detectaron 140/683 (20,49%). Mediante el nuevo dispositivo se detectaron las mismas que en siembra directa y además 12 adicionales 152/683 (22,25%). Todas las muestras consideradas positivas de cualquier intensidad se confirmaron mediante el sistema de identificación API Rapid Strep (Biomerieux).

CONCLUSIÓN

El dispositivo mostró una sensibilidad superior al método de referencia, detectando un mayor número de portadoras. La sencillez y la unificación de transporte, cultivo y detección en el mismo dispositivo y con parámetros de sensibilidad y especificidad aceptables para el cribado del EGB hacen que sea considerada la validación externa para una posible comercialización.

Palabras clave: Cribado EGB, Dispositivo Granada

CO-5

CARACTERIZACIÓN IN VITRO DE LA ACTIVIDAD DE AMPICILINA A CONCENTRACIONES SUB-MIC FRENTE A LISTERIA MONOCYTOGENES

ÁNGEL RODRÍGUEZ-VILLODRES, JOSÉ ANTONIO LEPE, JAVIER AZNAR

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA (UCEIMP). HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA).

ANTECEDENTES/OBJETIVO

El tratamiento recomendado de la enfermedad invasiva por *Listeria monocytogenes* es ampicilina a dosis altas (12 g/día). Sin embargo, a nivel del sistema nervioso central y a nivel intracelular, la concentración de ampicilina alcanzada con la pauta de tratamiento recomendada puede caer a niveles sub-MIC durante el intervalo de dosificación. Por ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar la actividad de ampicilina a concentraciones sub-MIC sobre *L. monocytogenes*.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio incluyó dos aislados clínicos de *L. monocytogenes* (serotipos 1/2b y 4b) aislados en sangre y LCR respectivamente.

La actividad sub-MIC se estudió en base a tres índices: concentración mínima inhibitoria (CMI) mediante metodología CLSI, concentración no inhibitoria (NIC) en base a lo publicado por Lambert and Pearson (*J Appl Microbiol* 2000) y concentración mínima antibiótica (MAC) según Lorian (*J Infect Dis* 1979). Además, se estudió la posible hetero-resistencia a ampicilina de los aislamientos según el método de

El-Halfawy et al. (*Clin Microbiol Rev* 2015). Los estudios se realizaron por triplicado y se modelizaron en Graph Prism 5.0. Adicionalmente se valoró los cambios morfológicos de los aislamientos a distintas concentraciones por microscopía mediante tinción de Gram.

RESULTADOS	Serotipo 1/2b	Serotipo 4b
MIC (mg/L)	0,5	0,5
NIC (mg/L)	0,0625	0,125
MAC (mg/L)	0,093	0,187
RATIO MIC/MAC	1/5	1/3
RATIO MIC/NIC	8	4

Las imágenes microscópicas mostraron que una vez que se alcanza la MAC se produce una alteración morfológica en la que los bacilos se agrupan en estructuras globulares que se van haciendo más prominentes a medida que nos acercamos a la MIC. Una vez llegamos a la MIC, desaparecen estas estructuras y se vuelven a observar bacilos Gram-positivos.

CONCLUSIONES

1. La actividad antibiótica en ambas cepas se constató a niveles entre un 1/3 y un 1/5 de la CMI. A estas concentraciones sub-MIC se producen alteraciones importantes en la morfología que podrían afectar a la viabilidad de los aislamientos y favorecer la respuesta al tratamiento a concentraciones bajas de ampicilina.

2. Desde el punto de vista poblacional se constató heterogeneidad a la ampicilina en una de las cepas (1/2b).

Palabras clave: Listeria monocytogenes, Ampicilina, sub-MIC

CO-6

ESTUDIO SOBRE MODELO IN VITRO DE LA ACTIVIDAD BACTERICIDA DE UN MONOGLICÉRIDO, ORIENTADO A LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE PRÓTESIS EN LA CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL.

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, FRANCISCO (1), SUÁREZ GRAU, JUAN MANUEL (2), GUADALAJARA JURADO, JUAN (2)

1. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC LABORATORIOS CLÍNICOS. 2. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, MINAS DE RIOTINTO, HUELVA.

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

Una de las complicaciones más temidas en la cirugía de pared abdominal es la infección de la prótesis, ya que condiciona la recuperación del paciente y generalmente requiere de más intervenciones para retirarla y reparar la zona afectada. Las líneas de trabajo actuales en prótesis de pared abdominal se están centrando en mallas más biocompatibles, métodos de autofijación y recubrimientos, que buscan mejorar

la integración de las mallas, disminuir las adherencias y las posibles infecciones. Nuestro objetivo es demostrar la actividad bactericida in vitro de un ácido graso monoglicérido, aplicado sobre 5 tipos de mallas para tratamiento de la hernia: Polipropileno (PPL) (Premilene, Braun®), PPL-Poliglecaptoprona (PGC) (Ultrapro, Ethicon®), PTFE-c (OMIRA, Braun®), PTFE-e (Micromesh, Gore®), PDVF (IPOM, Dynamesh®).

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha desarrollado un modelo in vitro, para investigar el efecto del monoglicérido y el crecimiento bacteriano en porciones de mallas de cada tipo de prótesis de 1 cm².

- 1) Preparación de los inóculos bacterianos: se empleó cepa de cultivo tipo ATCC 29213 de *S. aureus*. Se realizó un inóculo de 3 mL, con una concentración 0,5 McFarland. Se realizaron 7 diluciones seriadas del inóculo. Se tomaron como referencia las muestras con inóculos: 1,5x10⁸ (inóculo 1), 1,6x10⁶ (inóculo 3), 5x10⁴ (inóculo 5) y 6x10³ (inóculo 7).
- 2) Preparación del agente bactericida: se realizó mediante una disolución al 10% del monoglicérido en etanol absoluto.
- 3) Preparación del modelo de contaminación in vitro: se realizó empleando placas de Agar Muller-Hinton (MHA), que se rotularon previamente en cuatro cuadrantes. Se depositaron 10µL de cada inóculo en el centro de cada uno de los cuadrantes y sobre este inóculo, se depositó un trozo de 1cm² de malla quirúrgica. Las placas de MHA, se incubaron a 37°C durante 24h.
- 4) Evaluación del efecto bactericida del monoglicérido: se cortaron con hoja de bisturí un área de 2cm² de agar, que se depositaron en tubos Falcon de 50mL, con 5mL de Caldo Trypticasa Soja (TSB). Inmediatamente después, se agitaron los tubos en vortex durante 10 segundos y de cada uno de ellos se procedió a realizar siembra cuantitativa de 100µL del caldo sobre placa de agar sangre. Las placas se incubaron 24h a 37°C.

RESULTADOS:

Todas las muestras sembradas procedentes del modelos in vitro, "malla quirúrgica + monoglicérido" resultaron negativas a las 24h y a los 5 días de incubación. Todas las muestras de control de crecimiento, "malla + etanol" como disolvente del monoglicérido, obtuvimos crecimiento bacteriano acorde a las concentraciones de los inóculos empleados.

CONCLUSIONES:

Se demuestra actividad bactericida de este monoglicérido frente a *S. aureus*, a través de un modelo de estudio in vitro, al aplicarlo a diferentes tipos de prótesis de malla quirúrgica.

La incorporación de sustancias con actividad bactericida y/o bacteriostática a los diferentes dispositivos biomédicos, se define como una estrategia a seguir en la lucha contra las infecciones.

Palabras clave: Infección, Malla quirúrgica, Prevención

CO-7**DETECCIÓN DE RESISTENCIA A COLISTINA DE CODIFICACIÓN PLASMÍDICA EN ENTEROBACTERIAS EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA.**

ANA GUAL DE TORRELLA*, VICTOR HERAS CAÑAS, PAULA DÍAZ-DE ALBA, LORENA LÓPEZ-CERERO, ALVARO PASCUAL
UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITALES
UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA. SEVILLA.(1)(3)(4)(5)
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ESPAÑA (2)
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. ESPAÑA (4)(5)
INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS). SEVILLA. ESPAÑA (1)(4)(5)

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO:

La colistina es un antibiótico de último recurso para tratar bacilos Gram negativos multiresistentes, especialmente enterobacterias. Recientemente, en enterobacterias, se ha descrito una fosfoesterasa codificada por el gen *mcr* de vehiculización plasmídica. El gen *mcr-1*, fue descrito por primera vez en *E. coli* aislados de animales y humanos en China y después en otras especies. Este gen ha sido detectado posteriormente en enterobacterias procedentes de Europa, África, Sudeste de Asia, América del Norte y América de Sur. Recientemente se ha descrito el gen *mcr-2* en *E. coli*.

El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia del determinante de resistencia a colistina de codificación plasmídica en enterobacterias en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el Hospital Universitario Virgen Macarena, durante el periodo del 7 de abril al 7 de agosto de 2016, se estudiaron 2855 aislados de enterobacterias. El estudio de sensibilidad de los mismos se realizó utilizando los paneles comerciales MicroScan (Beckman Coulter, USA). Los valores de CMI de colistina fueron interpretados utilizando los puntos de corte de EUCAST 2016 (>2 mg/l: resistente). Los aislados que presentaron una CMI a colistina ≥ 2 mg/L fueron analizados por Etest (Biomérieux), excepto las especies intrínsecamente resistentes a colistina (*M. morganii*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *P. stuartii* y *S. marcescens*). Se llevó a cabo control de calidad de las tiras de Etest. Posteriormente se analizó la presencia del gen *mcr-1* y *2* por PCR en todos los aislados con un valor de CMI ≥ 1 mg/l mediante Etest.

RESULTADOS:

En 80 aislados (2,80 %) se observó un valor de CMI por MicroScan a colistina ≥ 2 mg/l, incluían 36 *E. coli* (45%), 20 *Salmonella* (25%), 15 *K. pneumoniae* (18,75%), 7 *E. cloacae* (8,75%), 1 *C. koseri* (1,25%) y 1 *E. aerogenes* (1,25%). Estos aislados fueron estudiados mediante Etest y el valor de CMI en 13 (16,25%, 0,45% del total) aislados fue ≥ 1 mg/l, de los cuales se demostró la presencia del gen *mcr-1* por PCR en 1 aislado (0,035% del total de aislados).

CONCLUSIONES:

- 1) Se observa una gran discrepancia entre los valores de CMI obtenidos por el método MicroScan y Etest (coeficiente de correlación 47%).
- 2) La prevalencia en nuestro medio durante el periodo de estudio de este determinante es muy baja, semejante a la encontrada en otros países como Reino Unido o Francia. A pesar de la baja frecuencia de estos determinantes, es importante su monitorización.

Palabras clave: Colistina, enterobacterias, plásmido

CO-8**DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: IMPACTO DE LA ACTITUD DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN LA CASCADA DEL TRATAMIENTO.**

PAZ CASAS¹, FERNANDO GARCÍA¹, MARTA ALVAREZ¹, NATALIA CHUECA, FEDERICO GARCÍA¹.

¹ SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS SAN CECILIO, GRANADA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

En España se estima que hasta en el 60% de los pacientes que están infectados por el Virus de la Hepatitis C no están diagnosticados. Además, existen otros escalones de la "cascada" de tratamiento entre los que se necesitan intervenciones urgentes, como el denominado "linkage to care". En nuestro trabajo nos hemos propuesto conocer la magnitud de este escalón, a través de la información disponible en el Servicio de Microbiología, para poder establecer una estrategia de mecanismos de alerta para que estos pacientes regresen a atención especializada (AE).

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio piloto ambispectivo, observacional, en el ámbito del Servicio de Microbiología del CHU de Granada (PTS). En la fase retrospectiva se han identificado los pacientes que no han regresado desde Atención Primaria (AP) a AE, para ser evaluados para tratamiento que han sido diagnosticados desde el Servicio de Microbiología durante el año 2015. En la fase prospectiva se evalúa el efecto de una medida de alerta a AP que se implementó en Marzo de 2016 desde el servicio de Microbiología.

RESULTADOS:

En la fase retrospectiva hemos localizado un total de 108 pacientes nuevos diagnósticos de VHC, 68,5% hombres, y media de edad de 54+/-12,91 años. De ellos, el 56,5%, 61 pacientes, visitaron a un especialista en enfermedades infecciosas/digestivo para valoración de tratamiento, con una mediana de 75 días (IQR= 52-132) desde el diagnóstico hasta AE. El resto, 47 pacientes (43,5%), no han sido vistos en AE para valoración de tratamiento, tras una mediana de 452 días (IQR=372-517). Para la fase prospectiva analizamos hasta el momento 43 nuevos diagnósticos de VHC en AP (Marzo-Agosto 2016), en los que se alertaba de la importancia de derivación a AE; de ellos, tras una mediana de tiempo de 65 días (IQR=42-138), 16 pacientes (37,2%) no han sido citados/vistos en AP.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente la mitad de los nuevos diagnósticos de VHC no regresan desde AP a AE. Las medidas encaminadas a corregir este hecho deben ser en estos momentos una diana estratégica en los planes de erradicación de la hepatitis C. La automatización de los datos de los sistemas de información de los servicios de Microbiología puede permitir implementar sistemas de alerta y estrategias de monitorización periódica de este problema.

CO-9**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LINFOGRANULOMA VENÉREO EN SEVILLA.**

PALOMARES JC *1, PARRA SÁNCHEZ M1, BERNAL S1, GARCIA-REY S1, PUEYO I2, TORRES MJ3, MARTÍN-MAZUELOS E1

1.UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

2.CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE SEVILLA.

3.LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

OBJETIVOS.

Evaluar la prevalencia y factores de riesgo de linfogranuloma venéreo (LGV) en una población de alto riesgo atendida en el centro de infecciones sexuales (ITS) de Sevilla y la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología del HU Valme (Sevilla) durante el periodo comprendido entre diciembre de 2013 a junio de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Un total de 14514 muestras (orinas, exudados cervicales, faríngeos, rectales y uretrales) de 10405 pacientes se analizaron por un sistema de PCR a tiempo real para la detección de CT/NG (cobas 4800, Roche Diagnostics). La detección de LGV se realizó mediante pmpH-PCR a tiempo real en el equipo cobas 480 (Roche Diagnostics). La reconstrucción filogenética se realizó mediante la amplificación y secuenciación del gen ompA. Los datos clínicos y epidemiológicos de estos pacientes se incluyeron en una base de datos que posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS v23.0.

RESULTADOS.

Un total de 1277 muestras (8.8 %) resultaron positivas para CT+, de las cuales 205 (16.1%) eran exudados rectales a las que se realizó la determinación pmpH-PCR. Un total de 36 muestras correspondientes a 36 pacientes resultaron positivas para LGV, lo que supone un 17.6% de las muestras rectales CT+ analizadas o un 2.8% del total de CT positivas analizadas. Todas estas muestras eran de pacientes HSH con una mediana de edad de 31 años, en su mayoría sintomáticos (61.1%) y un 25% de ellos presentaba coinfección con *Neisseria gonorrhoeae*. El 55.0% de estos pacientes era VIH+ y el 50% eran positivos para la determinación de anticuerpos anti-*Treponema pallidum*.

La caracterización filogenética permitió identificar el genotipo L2b en todas las muestras.

CONCLUSIONES.

- Este análisis confirma la presencia de infección por LGV entre pacientes HSH en nuestro entorno, donde no había datos reportados.
- Estos datos refuerzan la necesidad del screening y genotipado del LGV para el manejo y correcto tratamiento de pacientes y puesta en marcha de sistemas de prevención, en especial entre pacientes HSH con muestras rectales CT+.
- A diferencia de otros estudios, esta cohorte incluye pacientes VIH negativos (45%) y un 30% de casos asintomáticos.
- A igual que otros estudios europeos, el genotipo de LGV circulante en nuestra área es el L2b.

Palabras clave: CHLAMYDIA TRACHOMATIS, LINFOGRANULOMA VENEREO, PCR

CO-10**SUSTITUCIONES ASOCIADAS A RESISTENCIA BASELES EN NS3 Y NS5A DE PACIENTES NAIVE: ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES**

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, MARÍA MANCEBO, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ-OSORIO, MONTSERRAT PÉREZ, FRANCISCA CUENCA-LÓPEZ, MARIO FRIAS, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,4,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

5,6: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

7: HOSPITAL DE LA LINEA

8,9: HOSPITAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

ANTECEDENTES Y OBJETIVO:

Las guías de práctica clínica para el tratamiento de la hepatitis C en general recomiendan la investigación de sustituciones asociadas a resistencia (RAS) en NS5A y NS3 (polimorfismo Q80K) en cirróticos genotipo 1a, que necesitan urgentemente una nueva pauta de retratamiento. En el presente estudio nos hemos planteado conocer la utilidad de esta determinación en la muestra basal, y en otros genotipos, y analizar las tasas de respuesta viral sostenida (RVS) una vez instaurado el tratamiento.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes naive respecto a regímenes libres de interferón de distintos genotipos de VHC.

Se realizó secuenciación Sanger en las regiones NS5a (codones 1-95) y NS3 (codones 1-181) del virus según genotipo y se analizaron todas las posiciones de resistencia siguiendo el consenso de Lontok (doi: 10.1002/hep.27934).

Además, se realizó el seguimiento de cada paciente para evaluar la evolución virológica cuando inició tratamiento así como la adecuación del mismo en función de las mutaciones obtenidas basalmente.

RESULTADOS:

Se han incluido 227 pacientes con una mediana edad de 51 años (IQR 47-56), 77,9% varones, con una mediana del log₁₀ viral de 6,25 (IQR 5,72-6,67) UI/ml. La distribución por genotipos fue: 38,7% VHC-1a, 26,9% VHC-1b, 0,4% VHC-1i, 11,5% VHC-3a, 8,4% VHC-4a y 14,1% VHC-4d. Detectamos RAS basales en NS5a en 31 pacientes, mayoritariamente en las posiciones 31>30>93 y en genotipos 1. En NS3 se detectaron RAS basales en 16 pacientes, siendo las posiciones más prevalentes la 80 (6 casos de Q80K), igual que la posición 122 y, seguidas por la posición 168 (3 casos).

Tras el estudio de resistencias, han iniciado tratamiento 119 pacientes (52,4%); un 3,4% con un régimen basado en un inhibidor de la proteasa NS3/NS4, 63,0% con régimen que incluye un inhibidor de NS5A, el 33,6% con combos 2D/3D de Abbvie. Por el momento, 54 pacientes han finalizado tratamiento (53 con carga viral negativa), 36 han alcanzado semana 4 postratamiento (34 con RVS4), y 26 han alcanzado semana 12 postratamiento (24 con RVS12). La mayoría de tratamientos elegidos se adecuaron a las RAS basales; en 6 casos, se inició tratamiento con un régimen frente al cual existían RAS basales.

CONCLUSIONES:

En genotipo 1, se detectan en nuestro medio, RAS basales en NS5a y NS3 (Q80K) con relativa frecuencia. Teniendo en cuenta los resultados de RAS basales obtenidos, la mayoría de las prescripciones se han adecuado al perfil de resistencias de las AADs.

Palabras clave: resistencias, vhc, basal

CO-11**EVALUACIÓN DEL SISTEMA URO-QUICK “ESBL/ AMPC SCREENING” PARA LA DETECCIÓN RÁPIDA DE PORTADORES DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE ESBL/AMPC.**

PEREZ-PALACIOS, PATRICIA, LOPEZ-CERERO, LORENA, LUPION, CARMEN, PASCUAL, ALVARO

UGC DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA

INTRODUCCIÓN:

Una de las herramientas más eficaces para el control de la transmisión de bacterias multirresistentes en los hospitales es la detección precoz de portadores. La utilización de caldos de pre-enriquecimiento ha sido empleado para aumentar la sensibilidad, pero supone un retraso en la notificación de portador. Recientemente se ha diseñado un sistema automático que combina el cultivo en un medio de enriquecimiento selectivo con un algoritmo de curvas de crecimiento por dispersión que detecta enterobacterias productoras de β -lactamasas de amplio espectro ESBL/ AmpC.

OBJETIVOS:

El objetivo fue evaluar de forma comparativa el sistema Uro-Quick “ESBL/ AmpC Screening” (Alifax) con el medio selectivo de rutina.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se incluyeron 81 muestras de torundas rectales de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla incluidos en el programa de vigilancia activa de portadores. Todas las muestras se inocularon: 1) en el nuevo sistema Uro-Quick, analizando las lecturas de crecimiento a las 6,5 y 10 h y subcultivo de las muestras positivas; 2) en agar MacConkey suplementado con cefotaxima (4 μ g/ml) que es incubado a 37°C en atmósfera de CO₂ durante 24h. En ambos métodos se procedió a la identificación mediante MALDI-TOF y a la caracterización de la producción de ESBL/ AmpC mediante la técnica de doble disco en agar Mueller Hinton con y sin 200 mg/L de cloxacilina. El valor de referencia se consideró los resultados combinados de ambos sistemas.

RESULTADOS:

Se detectaron 14 (17%) pacientes portadores de enterobacterias productoras de BLEE/pAmpC o carbapenemasa: 8 (57%) casos con E. coli BLEE, 3 (21%) casos con K. pneumoniae BLEE, 2 (14%) casos con E. cloacae BLEE y 1 (7%) caso con K. oxytoca VIM. La sensibilidad del Uro-quick a las 10 h de incubación fue superior que las 6,5 h y que la siembra directa en el medio de rutina (86%, 57% y 79%, respectivamente), de igual manera que el VPN (97%, 91% y 96%, respectivamente). En las dos muestras que fueron negativas mediante URO-quick a las 10 h se detectó crecimiento de E. coli BLEE en la siembra directa, uno de estos dos pacientes estaba en tratamiento antibiótico con fluorquinolonas .

CONCLUSIONES:

- 1) Uro-quick “ESBL/AMPC screening” es un método automatizado, rápido y que incrementa la sensibilidad para la detección de portadores de bacterias productoras de BLEE y AmpC en comparación con la siembra directa en medio selectivo.
- 2) Prolongar la incubación con el sistema Uro-quick de 6,5 a 10 h aumenta la sensibilidad.

Palabras clave: Uro-Quick, Control de portadores, Beta-Lactamasas de espectro ampliado

CO-12**EVALUACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE RESISTENCIAS GENOTÍPICAS EN PACIENTES VIH-1 MEDIANTE 454 GS-JUNIOR EN MUESTRAS CON BAJA CARGA VIRAL**

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

ANTECEDENTES / OBJETIVO

Las guías clínicas recomiendan realizar el estudio de resistencias frente a antirretrovirales cuando la carga viral (CV) supere las 1.000 cp/ml. En el caso de la secuenciación masiva por 454 GS-Junior, el fabricante (Roche) asegura una amplificación por encima de 10.000 cp/ml. Nuestro objetivo ha sido optimizar el protocolo de amplificación y evaluar la rentabilidad de la determinación de resistencias en pacientes con CV <10.000 cp/ml.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó el estudio genotípico de mutaciones mediante secuenciación UDS empleando 454 GS-Junior, en 143 muestras de pacientes VIH-1 en el período junio 2015 – Septiembre 2016, distribuidas en tres grupos; 103 muestras cuya CV se encontraba entre 40 y 1.000 cp/ml, 32 muestras entre 1.000-5.000 cp/ml y 8 muestras entre 5.000-10.000 cp/ml. Para el análisis se realiza una concentración previa a partir de 2.500 µl de plasma sanguíneo, y modificaciones en las concentraciones de enzimas y material genético de partida. La interpretación de resistencias se realiza con el algoritmo Stanford v 7.0.

RESULTADOS

La mediana de edad del grupo estudiado fue de 46 años [IQR: 37,5-51], 76,9% hombres, y el 10,1% infectados con subtipos no-B. La mediana de CV fue de 602 cp/ml [IQR: 132-2298,5] y los tratamientos que recibían eran: 2NRTI+IN (35,41%); 2NRTIs+NNRTI (29,1%); 2NRTIs+IP (25%); NNRTI+IP (4%); NNRTI+IN (2%); NRTI+PR (2%); combinaciones con MRV (2,4%) y naïve (6,9%). Del total de las muestras analizadas se consiguen amplificar 129 muestras (90,2%). Cuando realizamos un análisis más detallado en función de la carga viral, la mayoría de los pacientes en los que no conseguimos amplificar (11 pacientes) son pacientes con CV entre 40-225 (40 pacientes, 11/14-27,5%). El 37,9% de las muestras analizadas presentan resistencia en la RT, siendo la M184V (32,6%) la más abundante, seguida de K103N (30,6%), E138A (12,2%), M41L (10,2%), Y188L (10,2%) y G190S (8,2%). En la Proteasa el 7,75% presentan resistencia, siendo la L90M la más abundante con un 30%. En la Integrasa el 3,1% presentan mutaciones de resistencia, siendo la E157Q (50%) la más frecuente. El porcentaje de pacientes con virus con mutaciones de resistencia en los distintos intervalos de carga viral no presenta diferencias.

CONCLUSIONES

La rentabilidad de la secuenciación empleando una mejora en el protocolo UDS junto al método de concentración previo de la muestra cuando la carga viral es inferior a 10.000 es muy buena. En todos los estratos de CV por debajo de 10.000 se detectan mutaciones en las diferentes dianas analizadas.

Palabras clave: VIH, Secuenciación masiva, Viremia baja

CO-13**ACTUALIZACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LAS SUSTITUCIONES ASOCIADAS A RESISTENCIA A LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LA COHORTE NACIONAL HEPCRESP. ¿QUÉ OPCIONES DE RESCATE TENEMOS?**

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, TERESA ALDAMIZ-ECHEVARRÍA, JESÚS SANTOS, JUAN ANTONIO PINEDA, ANTONIO POYATO, POMPEYO VICIANA, SERGIO REUS, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

4: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

5: HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

6: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

7: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA

8: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

9: HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

ANTECEDENTES Y OBJETIVO:

En nuestro estudio mostramos la actualización de los datos de resistencias obtenidos en la cohorte nacional HepCREsp, que incluye casos de pacientes que no alcanzaron respuesta viral sostenida (RVS) tras tratarse con antivirales de acción directa (AADs).

MÉTODOS:

Se secuenció (Sanger) la región NS5b para conocer los cambios en posición 282 y regenotipar las muestras. En aquellos pacientes con fallo a Dasabuvir, ampliamos el estudio para cubrir las posiciones 316, 414, 448, 553, 554, 556 y 559. En la región NS5a se evaluaron los cambios en las posiciones 28, 29, 30, 31, 32, 58, 62, 92 y 93 y en NS3 las posiciones 36, 55, 56, 80, 122, 155, 168 y 170 según el consenso de Lontok et al, Hepatology,2015.

RESULTADOS:

En la cohorte HepCREsp analizamos 255 fracasos a AADs en 5439 pacientes que iniciaron tratamiento, el 83,9% varones, edad (mediana 53, IQR 48-58), CV (mediana 5,94 logs, IQR 5,49-6,46). La distribución de genotipos en origen fue: VHC-1(9), VHC-1a(76), VHC-1b(71), VHC-2(1), VHC-3(23), VHC-3a(27), VHC-4(36), VHC-4b(1), VHC-4d(2), 2 casos con patrón mixto y genotipo desconocido en 7 casos. Cincuenta y un pacientes habían fallado a SOF/SIM, entre los que se encontraron sustituciones asociadas a resistencia (RAS) en NS3 en el 59,2% de los pacientes. Las opciones de retratamiento según las RAS halladas sería un régimen basado en SOF/DCV ó LED en el 84,1%, 3D/2D(50%), GRZ/EBV(57,1%) o bien, SOF/VEL(97,7%). Cuarenta y cinco pacientes fallaron a SOF/DCV, con RAS clínicamente relevantes (NS5A) en el 82,2% de los pacientes y como opciones de rescate: SOF/LED/RBV 24s(17,8%), SOF/SIM(GT1) en el 63,6%, Combo3D(18,2%), GRZ/EBV GT1(27,2%) ó SOF/VEL(48,9%). SOF/LED fue la pauta fracasada en 105 enfermos, de los cuales se hallaron RAS (NS5A/B) en el 63,8% y teniendo como opciones de retratamiento: SOF/SIM(GT1/GT4) en el 91,4%, SOF/DCV ó LED/RBV 24s(36,2%), 2D/3D(27,2%), GRZ/EBV GT1-4(21%) ó SOF/VEL(98%). Cuarenta pacientes sufrieron fallo a PTV-OMB±DSB, hallándose RAS relevantes (NS3/NS5A/NS5B) en el 82,5% y teniendo como opciones de rescate: SOF/SIM(53,0%), SOF/DCV ó LED(28,2%), GRZ/EBV(21,6%) ó SOF/VEL(92,3%). Los 14 casos restantes fallaron a otros regímenes. Entre las RAS analizadas, se detectó la variante S282T, confirmada mediante secuenciación masiva, en 3 de 197 pacientes en tratamiento con Sofosbuvir(1,5%).

CONCLUSIONES:

Los resultados en "vida real" de resistencias en la cohorte HepCREsp confirman la elevada barrera genética a la resistencia de Sofosbuvir y la elevada prevalencia de resistencias en pacientes que fallan a una combinación con algún inhibidor de NS5A.

Palabras clave: resistencias, vhc, cohorte

CO-14**UTILIDAD DE LA ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF) PARA DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ENTEROBACTERIAS VS PCR Y MÉTODO FENOTÍPICO**

TRUJILLO-SOTO TERESA, GUERRERO-LOZANO INMACULADA, ANDAMOYO-CASTAÑEDA ALBERTO, ARCA-SUÁREZ JORGE, GALÁN-SÁNCHEZ FÁTIMA, RODRIGUEZ-IGLESIAS MANUEL

U.G.C. DE ENFERMEDADES Y INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DEL H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

INTRODUCCIÓN

Las enterobacterias son uno de los principales patógenos capaces de desarrollar resistencia adquirida a diferentes antimicrobianos. La resistencia a carbapenémicos ha aumentado en los últimos años siendo imprescindible la utilización de nuevas técnicas de detección de carbapenemasas en los laboratorios de microbiología de manera rutinaria, disminuyendo el tiempo de identificación de las mismas.

OBJETIVO:

Evaluar si MALDI-TOF es una técnica es útil y válida para detectar carbapenemasas en enterobacterias. Así como, si puede integrarse esta técnica como screening de carbapenemasas en enterobacterias de manera rutinaria. Comparando este método con la PCR y con el método fenotípico para detectar carbapenemasas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han utilizado 38 cepas productoras de carbapenemasas; (8 KPC, 8 VIM y 22 OXA-48), aisladas todas a partir de muestras clínicas recibidas en nuestro laboratorio. Se utilizaron 12 cepas de *Escherichia coli* no productoras de carbapenemasas como controles negativos.

Se realiza un estudio descriptivo de concordancia en el que las cepas se han estudiado previamente por PCR. Cada cepa se estudió por el método fenotípico y espectrometría de masas. Usando el programa estadístico Epidat v3.1 evaluando los parámetros de utilidad y validez de los dos métodos (MALDI-TOF y fenotípico) así como la concordancia (kappa) entre la PCR, estudio fenotípico y MALDI-TOF.

Se trata de una técnica rápida de incubación (2.5 horas), de las cepas en una solución de ertapenem previamente preparada para que se lleve a cabo la hidrólisis del antibiótico. Pasado este tiempo de incubación se introduce en MALDI-TOF llevando a cabo una calibración previa con bradiquinina 1:5 y 1:7 y utilizando un programa para antibióticos ofrecido por Bruker.

RESULTADOS

17/50 cepas fueron MALDI-TOF positivas y 37/50 fueron fenotípicamente positivas. Respecto MALDI-TOF vs PCR (excluyendo OXA-48): Sensibilidad (88.89%), Especificidad (92.86%), Valor predictivo positivo (94.12%), Valor predictivo negativo (86.67%), Índice de Youden (0.82).

Respecto al método Fenotípico vs PCR; S (95.00%), E (92.86%), VPP (97.44%), VPN (86.67%), Youden (0.88%). La concordancia de PCR vs MALDI-TOF (excluyendo OXA-48) fue índice kappa 0.92; PCR vs fenotípico (kappa 0.94) y MALDI-TOF vs fenotípico (kappa 0.85%).

CONCLUSIONES
MALDI-TOF es útil y válida para detectar carbapenemasas tipo KPC y VIM pero no OXA-48 en enterobacterias. Es una técnica que podría integrarse en el laboratorio de rutina como screening de carbapenemasas en enterobacterias proporcionando una buena alternativa al método fenotípico por su mayor rapidez y a la PCR por su menor coste.

Palabras clave: MALDI-TOF, carbapenemasas, enterobacterias

CO-15**MECANISMOS DE RESISTENCIA A CEFTAROLINA EN CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILÍN-RESISTENTES**

ÁNGELA SOLER GÓMEZ, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, CESAR DEL PRADO MONTORO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, TERESA TRUJILLO SOTO, JORGE ARCA SUAREZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA, H.U. DE PUERTO REAL Y H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Antecedentes/objetivos:

Ceftarolina es una nueva cefalosporina con actividad frente a cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM), debido a su elevada afinidad por la PBP2a. No obstante, ya se han descrito resistencias y heterorresistencias en varios estudios, con porcentajes generalmente bajos aunque con notables variaciones geográficas, con tasas de hasta un 33.5%. El propósito de este estudio es determinar la CMI a ceftarolina en una colección de cepas de SARM aisladas de muestras clínicas humanas, así como describir las mutaciones encontradas en el gen *mecA* en las cepas con CMI con sensibilidad disminuida o resistencia a este antibiótico.

Material y método:

Se estudiaron un total de 136 cepas de SARM aisladas de pacientes del entorno hospitalario y comunitario del Hospital Universitario Puerta del Mar y del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. La determinación de la CMI a ceftarolina se realizó mediante microdilución en caldo, y los valores se interpretaron mediante criterios EUCAST. El estudio de las mutaciones del gen *mecA* se realizó mediante PCR y posterior secuenciación, comparando con las cepas de referencia *S. aureus* N315, JKD6008 y USA300. Para el análisis proteico se utilizó el recurso ofrecido por Swiss-Model®.

Resultados:

Los valores de CMI₅₀ y CMI₉₀ fueron de 0,50 µg/ml y 1 µg/ml respectivamente, con un rango de CMI comprendido entre 0,12-2 µg/ml. El porcentaje de cepas resistentes (CMI ≥ 2 µg/ml) fue del 0,7% (n=1), y de cepas con sensibilidad disminuida (CMI = 1 µg/ml) del 9,5% (n=13). De las cepas estudiadas mediante secuenciación (n=14), se encontraron mutaciones en dos de ellas, con cambios en la secuencia de aminoácidos N146K y S225R, localizados en la región no relacionada con la actividad transpeptidasa.

Conclusiones:

La prevalencia de cepas de SARM resistentes o con sensibilidad disminuida a ceftarolina ha sido baja, siendo este antibiótico una potencial opción terapéutica en nuestro medio. Entre las cepas con resistencia o niveles de sensibilidad disminuida hemos hallado cambios en la secuencia de aminoácidos en dos de ellas, mientras que las otras 12 presentan una PBP2a de tipo salvaje. Se requieren por tanto más estudios al respecto para definir el sustrato que motiva la aparición de resistencias.

Palabras clave: *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente, Ceftarolina, PBP2a

CO-16**VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN ANDALUCÍA (FEBRERO-SEPTIEMBRE 2016)**

PEDROSA-CORRAL, IRENE, PÉREZ-RUIZ, MERCEDES*, SANBONMATSU-GÁMEZ, SARA, RIAZZO-DAMAS, CRISTINA, RODRÍGUEZ-GRANGER, JAVIER, SAMPEDRO-MARTÍNEZ, ANTONIO, NAVARRO-MARÍ, JOSÉ MARÍA

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. COMPLEJO DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA

ANTECEDENTES/OBJETIVO.

Este trabajo describe los principales resultados obtenidos en el laboratorio de Referencia de Andalucía de los estudios de Vigilancia virológica de la infección por virus Zika (VZK), que incluye además el diagnóstico diferencial con los virus dengue (VDENG) y chikungunya (VCHIK). Los criterios de inclusión de casos, tipos de muestras, transporte, conservación y procesamiento de las mismas vienen reflejados en los protocolos específicos de la CCAA disponibles en http://www.csalud.juntaandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_1_vigilancia_salud/procedimiento_generales_especificos?perfil=org.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se recibieron muestras de suero, orina, saliva y LCR. Las técnicas utilizadas fueron: RT-PCR en tiempo real (RT-PCR) específicas frente VZK, VDENG y VCHIK (Altona) y serología IgG e IgM mediante ELISA (Euroimmun). En los sueros, se realizó RT-PCR-TR y/o serología atendiendo al algoritmo diagnóstico que se establecía en el protocolo aceptado en cada momento.

RESULTADOS.

Hasta el 8 de septiembre de 2016, se han recibido muestras para estudio de los 3 virus de 151 casos, con una edad media de $32,6 \pm 12,9$ años. La distribución de casos por provincias fue de: 20 casos de Almería (13,2%), 10 de Cádiz (6,6%), 6 de Córdoba (3,97%), 34 de Granada (22,5%), 9 de Huelva (5,96%), 1 de Jaén (0,7%), 46 de Málaga (30,5%) y 25 de Sevilla (16,5%). Se recibieron 149 sueros, 74 orinas, una muestra de saliva y un LCR. Se procesaron 85 (57%) y 115 (77,2%) muestras de suero para RT-PCR y serología, respectivamente. Todas las muestras de orina excepto una, así como saliva y LCR de un caso cada una, se procesaron para RT-PCR-TR. Se descartaron 3 casos que no cumplían criterios de inclusión. Mediante RT-PCR se detectaron VZK, VDENG y VCHIK en 7 (8,2%), 9 (10,6%) y 2 (2,3%) sueros, y en 10 (13,7%), 5 (6,8%) y 1 (1,4%) muestras de orina, respectivamente. En uno de los casos se demostró co-infección por VDENG (RT-PCR positiva en suero y orina) y VCHIK (RT-PCR positiva en orina). Mediante serología IgM se detectó por VZK, VDENG y VCHIK en 4 (3,5%), 7 (6,1%) y 7 (6,1%) casos, respectivamente.

CONCLUSIONES.

1. El rápido establecimiento de un protocolo de vigilancia de VZK ha permitido un adecuado manejo de la alerta sanitaria desde el punto de vista microbiológico.
2. La muestra de orina es más adecuada que el suero para el diagnóstico molecular de la infección por estos virus, probablemente debido a que la viruria se prolonga durante mayor tiempo que la viremia.



SAMPAC
2016 HUELVA

PÓSTER

P-1

COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR PARA LA DETECCIÓN DE B.PERTUSSIS.

MÓNICA BALLESTERO-TÉLLEZ*^{1,2}, INMACULADA LÓPEZ-HERNÁNDEZ^{1,2}, FELIPE FERNÁNDEZ-CUENCA^{1,2}, ÁLVARO PASCUAL^{1,2,3}.

1 SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA

2INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA IBIS, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO/CSIC/UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

3DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD, FACULTAD DE SEVILLA.

ANTECEDENTES/OBJETIVOS:

La tos ferina es una infección respiratoria grave de declaración obligatoria producida clásicamente por *Bordetella pertussis* (BP). A pesar de ser inmunoprevenible, su incidencia ha aumentado recientemente por causas multifactoriales. El diagnóstico microbiológico tradicional de esta infección es complejo y lento, por lo que se recomienda utilizar técnicas moleculares para obtener resultados más sensibles y rápidos.

El objetivo de este trabajo es comparar la detección de BP mediante una PCR en tiempo real (RT-PCR) casera con una RT-PCR comercial (Allplex™ Respiratory Panel 4, Seegene).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se han analizado de manera paralela con dos técnicas moleculares las muestras de aspirado nasofaríngeo remitidas al laboratorio de microbiología para la detección de BP (Diciembre 2015-Marzo 2016).

La extracción del ADN se llevo a cabo de manera automatizada (MagNa Pure, Roche) en un volumen final de 50 µl.

La técnica casera fue una RT-PCR utilizando SYBR Green I (termociclador LightCycler 2.0, Roche) para la detección de la secuencia de inserción IS481. La reacción se consideró positiva para BP si el Ct era menor de 35 y la Tm de 85.8±0.50 °C.

La técnica comercial fue una RT-PCR multiplex (Allplex™ Respiratory Panel 4, Seegene) que se realizó siguiendo las indicaciones del fabricante en un termociclador CFX96 (BioRad). Esta técnica permite detectar además *Bordetella parapertussis*. La interpretación de los resultados se llevó a cabo con el programa proporcionado por la casa comercial.

RESULTADOS:

Se analizaron 53 muestras. Seis (11.3%) fueron positivas con ambas técnicas. Dos muestras positivas presentaron resultados discordantes. Una de las muestras positivas por la técnica comercial fue negativa por la RT-PCR casera, porque la amplificación se situó por encima del ciclo 36.

Una muestra fue negativa según la RT-PCR comercial y se consideró positiva por la RT-PCR casera (Tm 86.6 °C). La electroforesis del producto de PCR confirmó que se trataba de una amplificación inespecífica.

Mediante la técnica comercial, las 6 muestras positivas se identificaron como BP. *Bordetella parapertussis* no se detectó en ninguna de las muestras analizadas.

CONCLUSIONES:

La RT-PCR Allplex™ Respiratory Panel (Seegene) es más sensible y específica que la RT-PCR casera.

La RT-PCR Allplex™ Respiratory Panel (Seegene) es un sistema comercial automatizado que limita errores en el procesamiento e interpretación de resultados.

En nuestra área sanitaria durante la temporada 2015-2016 en población pediátrica la prevalencia de la infección por BP fue del 11.3%.

B.parapertussis no fue detectada en ninguna de las muestras analizadas.

Palabra clave: B.pertussis

P-2**ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA DE MOLÉCULAS SELECCIONADAS MEDIANTE TOPOLOGÍA MOLECULAR.**

JESÚS MACHUCA (*,1,2), ARACELI NÁJAR GARCÍA (3), ESTHER RECACHA (1,2), MARÍA RAMOS-GUELFO (1,2), RICCARDO ZANNI (4), MARIA GALVEZ LLOMPART (4), ÁLVARO PASCUAL (1,2,3), JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (2,3), JORGE GÁLVEZ (4)

(1) UGC INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO Y VIRGEN MACARENA, SEVILLA;

(2) INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS);

(3) DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA;

(4) UNIDAD DE DISEÑO DE FÁRMACOS Y TOPOLOGÍA MOLECULAR, DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La topología molecular permite, mediante modelos matemáticos, el descubrimiento de nuevas moléculas a partir de otras ya conocidas. Esta estrategia se ha postulado como una herramienta útil para la búsqueda de nuevos fármacos. El objetivo de este estudio fue analizar la actividad antimicrobiana de moléculas seleccionadas mediante topología molecular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron 3 características para la selección de las moléculas: capacidad de inhibición de biofilms, capacidad de inhibición de la epimerasa y poder como ionóforo. Se utilizaron para los diferentes ensayos las cepas patrón *Escherichia coli* ATCC 25922, *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *S. aureus* ATCC 29213 y *S. aureus* ATCC 33591 (resistente a meticilina). Se determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) mediante microdilución. Se realizaron curvas de crecimiento en medio LB en presencia y ausencia de las moléculas seleccionadas, testando diferentes concentraciones de dichas moléculas, en el sistema Infinite2000. Se realizaron curvas de tiempo-muerte en Mueller-Hinton con una concentración equivalente a 2 veces la CMI de las moléculas seleccionadas. Se realizaron ensayos de viabilidad celular midiendo la producción de ATP en las mismas condiciones en que se realizaron las curvas de tiempo-muerte.

RESULTADOS

Se seleccionaron 15 moléculas con posible actividad antimicrobiana, sin embargo 4 moléculas fueron descartadas por problemas de solubilidad. De las otras 11 moléculas testadas, ninguna molécula presentó actividad frente a *E. coli* ATCC 25922; 6 de las 11 presentaron actividad frente a *S. aureus*. El rango de CMI osciló entre 16 y 250 mg/l.

Las curvas de crecimiento mostraron que la presencia de las 6 moléculas con actividad a concentraciones equivalentes a su CMI y concentraciones subinhibitorias (un medio y un cuarto de su CMI) producía una reducción del crecimiento en *S. aureus* ATCC 25923.

Se realizaron curvas de tiempo muerte con dos moléculas seleccionadas. Una de las moléculas no mostró ningún efecto sobre la supervivencia de *S. aureus* ATCC 25923; la otra molécula mostró un efecto bacteriostático sobre *S. aureus* ATCC 29213. Este efecto se confirmó en los ensayos de producción de ATP.

CONCLUSIONES

La búsqueda de nuevas propiedades antimicrobianas de moléculas conocidas mediante topología molecular es una herramienta potencial para el desarrollo de nuevos fármacos.

Una de las moléculas ensayadas mostró actividad antimicrobiana frente a cocos grampositivos, aunque presentó valores de CMI elevados. Son necesarios nuevos estudios, *in vitro* e *in vivo*, así como determinar la toxicidad de dicha molécula para valorar la utilidad de estos resultados.

Palabras clave: Topología molecular, Actividad antimicrobiana, Cocos grampositivos

P-3**AISLAMIENTOS DE HONGOS FILAMENTOSOS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS DE PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN ANDALUCÍA Y EXTREMADURA.**

CARMEN CASTRO¹, FATIMA GALAN², ELENA MARIN¹, ANA ROMERO¹, PAZ CASAS³, MANUEL RODRIGUEZ-IGLESIAS², ESTRELLA MARTÍN-MAZUELOS¹, GRUPO DE ESTUDIO FUNGAE-IFI

1 U. MICROBIOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS, H.U. VALME, SEVILLA.

2 U. MICROBIOLOGÍA, H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

3. U. MICROBIOLOGÍA, H.U. SAN CECILIO, GRANADA

OBJETIVOS:

Conocer la epidemiología de hongos filamentosos aislados en muestras respiratorias de pacientes onco-hematológicos en Andalucía y Extremadura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo prospectivo de los aislamientos de hongos filamentosos aislados en muestras respiratorias en Andalucía y Extremadura desde Junio de 2014 a Junio de 2015. Analizamos de cada paciente incluido en el estudio datos demográficos (sexo y edad), patología de base, muestra estudiada y determinación de antígeno galactomanano ((Platelia Aspergillus®) en suero y lavado broncoalveolar (BAL). Analizamos la especie aislada en esta población en estudio.

RESULTADOS:

Del total de población estudiada, con aislamientos respiratorios positivos (n=354), 46 pacientes (13%) fueron pacientes onco-hematológicos. La distribución por sexo ha sido 26 mujeres (56.5%) y 20 hombres (43.5%), con una edad media (rango) de 64 (3-87) años. Veintidós pacientes (47.8%) presentaban como patología hematológica leucemia (12 mieloblástica aguda, 9 linfoblástica crónica, 1 mieloblástica crónica), 11 linfomas (4 linfomas no filiados, 3 no Hodgking, 2 Hodgking, 1 linfoma B primario mediastínico, 1 linfoma difuso de células grandes), 9 otras patologías (4 mieloma múltiples, 3 síndrome mielodisplásico, 1 granulomatosis linfocitaria, 1 Enf. de Waldstrom, 5 otras patologías). La distribución de muestras estudiadas ha sido 28 (60%) esputos, 10 (21.7%) BAL, 7 (15.2%) BAS y 1 (2.1%) aspirado de senos nasales. La especie más frecuentemente aislada fue *Aspergillus fumigatus* 25 (50%), 9 (18%) *A. flavus*, 5 (10%) *A. terreus*, 3 (6%) *A. niger*, 3 (6%) *A. tubingensis*, 1 (2%) *A. nidulans*, 1 (2%) *A. calidoustus*, 1 (2%) *Rhizopus oryzae*, 1 (2%) *Acremonium kiliense*, 1 (2%) *Geotrichum* spp. Realizamos la detección de antígeno galactomanano en suero en 36 de los 46 pacientes y en 4 pacientes en BAL, siendo positivo en suero en 8 pacientes (2 también BAL positivo) y en 2 pacientes solo BAL positivo.

CONCLUSIONES:

1. Las especies del género *Aspergillus* fueron las más frecuentemente aisladas, siendo *A. fumigatus* la especie más frecuente.
2. Se han aislado en 4 casos especies crípticas (3 *A. tubingensis* y 1 *A. calidoustus*).
3. La patología de base más frecuente fue la leucemia mieloblástica aguda, seguida la leucemia linfoblástica crónica.
4. El porcentaje de pacientes con aislamientos positivos es bajo debido a la utilización de profilaxis antifúngica en este grupo de pacientes.

Palabras clave: HONGO FILAMENTOSO, PACIENTE HEMATOLÓGICO

P-4**A PROPÓSITO DE CASOS DE FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**

ROCÍO TEJERO GARCÍA (1), JULIA MARÍA GUZMÁN PUCHE (1), MANUEL CAUSSE DEL RÍO* (1), PILAR VILLALÓN PANZANO (2), IRENE GRACIA AHUFINGER (1), EDUARDO MARFIL PÉREZ (1), FERNANDO CARLOS RODRÍGUEZ LÓPEZ (1), MANUEL CASAL ROMÁN (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA.

(2) CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA.

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

La escarlatina es una complicación de la faringoamigdalitis estreptocócica. Ocurre cuando la cepa infecciosa es lisogenizada por un bacteriófago temperado que estimula producción de una exotoxina pirógena. Bajo un brote de faringoamigdalitis primaveral, el objetivo consiste en, presentar tres casos de faringoamigdalitis con manifestación de escarlatina por una cepa de *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*) de aspecto mucoso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de dos niños de 5 años y uno de 3 años. Diagnosticados de escarlatina en la consulta de Pediatría del mismo Centro de Salud. Se toma un frotis orofaríngeo de confirmación del cuadro clínico. Se procesa la muestra según el protocolo habitual del Laboratorio.

RESULTADOS:

Se obtiene crecimiento en medio de Agar Sangre, a las 24 horas de incubación, de unas colonias planas y mucoides blancas-grisáceas de 1 a 2 mm con grandes zonas de β hemólisis. Se identifica como *Streptococcus* betahemolítico grupo A de Lancefield: *S. pyogenes*. Su caracterización fue realizada en el Centro Nacional de Microbiología: Serotipo M (gen emm) 3 y Gen spe: A, B, F, G, ssa. Sensible a: Penicilina, Eritromicina, Cindamicina y Tetraciclina.

CONCLUSIONES:

Los tres casos evolucionaron favorablemente con tratamiento antimicrobiano. Sin manifestación de las enfermedades estreptocócicas no supurativas (fiebre reumática y glomerulonefritis aguda). La faringamigdalitis por *S. pyogenes*, se dan un 15-25% de los casos, suele ocurrir en invierno y primavera, entre los 5-15 años, se transmite a través de las gotitas respiratorias. Lo característico a nivel de Laboratorio es el aspecto macroscópico diferente de las cepas mucoides y planas (las planas suelen ser la manifestación más común), tratándose de la misma cepa de *S. pyogenes*. Los serotipos M 1, 3, 6 y 18 son con frecuencia mucoides, inducen una gran producción de polisacárido capsular que le da el aspecto mucoso. El polisacárido contiene ácido hialurónico, que le protege de la fagocitosis, potenciando la capacidad invasora de *S. pyogenes*.

Palabras clave: Escarlatina, Faringoamigdalitis, *Streptococcus pyogenes*

P-5**ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE INCIDENCIAS PREANALÍTICAS Y EPIDEMIOLOGÍA DE MUESTRAS GENITALES Y MUESTRAS PARA CRIBADO DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

ROCÍO TEJERO GARCÍA, JULIA MARÍA GUZMÁN PUCHE, IRENE GRACIA AHUFINGER, MANUEL CAUSSE DEL RÍO*, EDUARDO MARFIL PÉREZ, FERNANDO CARLOS RODRÍGUEZ LÓPEZ, MANUEL CASAL ROMÁN

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

La media de gestantes colonizadas por *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*) es entre 12-20%. El objetivo es valorar la fase preanalítica de las muestras recibidas en el Laboratorio y mejorar el rendimiento de los frotis vagino-rectales para el cribado de *S. agalactiae*, así como un estudio epidemiológico y microbiológico de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se eligen 3 Centros de Atención Primaria del área sanitaria del H. U. Reina Sofía. Se recogen las peticiones durante 6 meses. Se valoran variables relacionadas con características demográficas, resultados microbiológicos y de la petición que incluyen: 1) datos de identificación de la paciente, del médico y del Centro de Salud, 2) datos referentes al estado clínico: diagnóstico de presunción (síntomas y/o sospecha clínica) y tratamiento y 3) datos referentes a la muestra: examen solicitado y presentación de alergias.

RESULTADOS:

Se reciben 434 muestras entre octubre a marzo. La edad media es de $33,97 \pm 11$ años, con rango entre 2-82 años. La edad media de las gestantes es de $31,4 \pm 5$ años, con un rango entre 18-42 años. Se procesan 283(65%) frotis vaginales y 151(35%) frotis vaginal-rectales. Entre los microorganismos más frecuentes causantes de vulvovaginitis se encuentran *Candida albicans* 46(16,2%) y *Gardnerella vaginalis* 44(15,5%), y como infección mixta de ambos en un 19(6,7%). La presencia global de *S. agalactiae* en frotis de no gestantes es de un 9%. Entre los frotis vagino-rectales de las gestantes son positivos a *S. agalactiae* un 17(12,7%) y negativos 134 (88,7%) de los casos. La mayoría de las peticiones están completas respecto a examen solicitado, los datos de identificación de las pacientes, el médico responsable y el Centro de Salud. La falta de datos es dependiente del diagnóstico de presunción, ausente en 194(44,7%) de los casos, del tratamiento que falta en 281(64,7%) de los casos y la posibilidad de presencia de alergias falta en 430(99,1%) de los casos.

CONCLUSIONES:

En cuanto a los resultados microbiológicos, se describen los principales microorganismos detectados en vulvovaginitis. Respecto a los resultados de la petición de la muestra, la mayoría de las peticiones se reciben sin sintomatología, sin tratamiento y la ausencia a la alergia a penicilinas fundamental para las gestantes. Se plantea un plan general de mejora que implique completar los datos de las peticiones, no sólo en los principales datos de la petición y mejorar el rendimiento en la detección de portadoras de *S. agalactiae* en el procesamiento de los frotis vagino-rectales.

Palabras clave: Incidencias, Infección vaginal, Streptococcus agalactiae

P-6**HEPATITIS E: A PROPÓSITO DE UN CASO**

RICARDO VILLA-REAL BERRUEZO*, EVA MARÍA JIMÉNEZ MEDINA, AURORA ÚRSULA MUÑOZ COLMENERO, MARINA CRUZ RUIZ, JOSÉ MARÍA ABAD ORTEGA

UGC DE LABORATORIOS. HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ. ÚBEDA. JAÉN.

INTRODUCCIÓN

La presencia de anticuerpos IgG frente al virus de hepatitis E (VHE) en España, oscila entre el 2.2-7%; estas seroprevalencias son mayores de lo esperado teniendo en cuenta la baja incidencia en nuestro medio.

Este virus es responsable de infecciones hepáticas agudas que cursan desde formas subclínicas, dos veces más frecuentes que las infecciones clínicas, a hepatitis colestásicas severas con ictericia. El fallo fulminante puede ocurrir en un 1% de los casos, con mayor morbimortalidad en pacientes con hepatopatías crónicas o mujeres embarazadas.

Los brotes epidémicos sólo se producen en países en desarrollo y se asocian con la contaminación de agua, mientras que en países industrializados la presentación es esporádica, detectada en viajeros procedentes de zonas endémicas o por transmisión zoonótica, contaminación alimentaria, transfusión sanguínea o por contacto persona a persona.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años que acude a urgencias por ictericia cutáneo-mucosa de reciente instauración, con náuseas y vómitos, con ligera hepatomegalia pero sin dolor abdominal y afebril. En la analítica inicial destacan elevadas cifras de bilirrubina y transaminasas (bilirrubina total 24.1 mg/dL, GOT 1165 U/L, GPT 1915 U/L, GGT 457 U/L y fosfatasa alcalina 363 U/L). Durante su ingreso se realizan determinaciones para descartar una etiología autoinmune de la hepatitis (ANAs, antimitocondriales y antimúsculo liso) siendo los resultados negativos. También se solicita serología de virus de hepatitis B y C, Epstein Barr, citomegalovirus y VIH, siendo negativas. Se realiza un estudio genético de hemocromatosis encontrándose una mutación en heterocigosis del gen H63D. En las exploraciones radiológicas se describe un hígado de tamaño normal, con una única lesión focal de 2 cm compatible con hemangioma hepático. No se evidencian adenopatías ni líquido libre intraabdominal. Ante estos hallazgos poco concluyentes, se solicitan anticuerpos IgG, IgM y carga viral del VHE, resultando positivos. El paciente evoluciona favorablemente, con una disminución discreta de las transaminasas y bilirrubina a partir del día 11 del ingreso.

DISCUSIÓN

Establecer un diagnóstico diferencial en cuadros de hepatitis aguda, es complicado al presentar síntomas clínicos poco específicos y comunes.

La mayoría de los casos se producen como consecuencia de hepatitis virales, causas tóxicas (drogas o fármacos), infiltración maligna masiva, afectación vascular, enfermedad de Wilson y hepatitis autoinmunitaria.

La hepatitis E es clínicamente indistinguible de otros tipos de hepatitis viral aguda, para llegar a un diagnóstico preciso hay que basarse en pruebas de laboratorio: anticuerpos IgM e IgG del VHE y/o detección del ARN viral.

Palabras clave: hepatitis e, transaminasas

P-7**CAMBIOS EN LAS SENSIBILIDADES DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA TRAS INCORPORAR EL DOCUMENTO EUCAST EN UN LABORATORIO**

MÓNICA CHÁVEZ, MERCEDES RAMÍREZ, MARÍA CARMEN SERRANO, PILAR LÁZARO, MARINA NIETO
SERVICIO LABORATORIO. UNIDAD MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. BORMUJOS (SEVILLA)

OBJETIVO:

A lo largo de estos últimos años, cada vez son más los laboratorios que están sustituyendo el documento CLSI por el EUCAST a la hora de interpretar los puntos de corte por los que se interpretan la sensibilidad bacteriana a los distintos antibióticos. Nuestro objetivo es conocer en qué ha afectado este cambio en un patógeno de carácter claramente nosocomial como es *Pseudomonas aeruginosa*

MATERIAL Y MÉTODO:

En Enero de 2015 se procedió en nuestro laboratorio al cambio del documento americano CLSI por el documento europeo EUCAST para interpretar las sensibilidades antimicrobianas. Comparamos los porcentajes de sensibilidad de *P.aeruginosa* procedentes de muestras intrahospitalarias en el año 2014, cuando todavía nos regíamos por el documento CLSI, con los obtenidos en el año 2015 una vez implantado el EUCAST a los antimicrobianos más utilizados en estos procesos: Ciprofloxacino, Ceftazidima, Piperacilina/tazobactam, Imipenem, Gentamicina y Tobramicina. Además mostraremos los resultados que tendríamos si hubiéramos mantenido el documento CLSI en el año 2015. RESULTADOS: Los porcentajes *P.aeruginosa* sensibles, intermedios y resistentes obtenidos en el año 2014 según el documento CLSI fueron: Ciprofloxacino (85,3 y 12), Ceftazidima (87, 9 y 4), Piperacilina/tazobactam (63, 26 y 11), Imipenem (86, 0 y 14), Gentamicina (89, 4 y 9) y Tobramicina (94, 0 y 6). Los obtenidos en el año 2015 según el documento EUCAST fueron: Ciprofloxacino (68, 7 y 25), Ceftazidima (87, 0 y 13), Piperacilina/tazobactam (74, 6 y 20), Imipenem (76, 8 y 16), Gentamicina (93, 0 y 7) y Tobramicina (93, 0 y 7). Por último, los obtenidos en el 2015 siguiendo el documento CLSI hubieran sido: Ciprofloxacino (71, 12 y 17), Ceftazidima (88, 3 y 9), Piperacilina/tazobactam (78, 6 y 16), Imipenem (76, 0 y 24), Gentamicina (93, 3 y 4) y Tobramicina (92, 2 y 6). En cuanto a los aislamientos de *P.aeruginosa* multirresistentes, en el 2014 se aislaron 8 y 17 en el 2015.

CONCLUSIONES:

1. El cambio al documento EUCAST ha supuesto un incremento generalizado de las resistencias de *P.aeruginosa* excepto para imipenem y aminoglucósidos.
2. Importante incremento de las resistencias a imipenem en caso de haber mantenido el documento CLSI
3. Se han duplicado el número de *P.aeruginosa* multirresistentes aisladas en el año 2015.

Palabras clave: P.aeruginosa, EUCAST, CLSI

P-8**DISTRIBUCIÓN DE LOS SEROTIPOS DE SALMONELLA EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. ESTUDIO DE DOS AÑOS.**

CÉSAR DEL PRADO MONTORO, MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ RUBIO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, IANIRE VIRTO PEÑA, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

INTRODUCCIÓN.

La salmonelosis es una de las principales causas de gastroenteritis aguda de origen bacteriano. El marcador epidemiológico utilizado habitualmente para la caracterización de los aislamientos es la serotipificación. Sin embargo, algunos serotipos son identificados muy frecuentemente, por lo que se recurre a la fagotipificación.

OBJETIVOS.

Describir todos los casos de salmonelosis aguda producidos entre Agosto de 2014 y Junio de 2016 en el Área Sanitaria del Hospital de Puerto Real.

Analizar la serotipificación de cada uno de los aislamientos obtenidos y fagotipificación de los serotipos más comunes.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se analizaron todos los aislamientos de Salmonella en el periodo estudiado, obteniendo datos de edad y sexo de los pacientes, sensibilidad de las cepas aisladas (Ampicilina, Amoxicilina/Clavulánico, Ciprofloxacino, Cotrimoxazol y Cefotaxima) y procedencia de las muestras. Para el estudio de serotipificación y fagotipificación, los aislamientos se enviaron al ISCIII.

RESULTADOS.

Se analizaron 131 cepas pertenecientes a 81 mujeres (62%) y 50 hombres (38%). Casi la mitad de los casos (48%) fueron niños con edades comprendidas entre los 1-9 años. El 34 % correspondió a adultos y un 3 % y 14% a niños <1 año y de 10-17 años respectivamente. Las muestras procedían: 55% de atención primaria, 25% de Urgencias y 20% de Hospital, de las cuales un 8% pertenecían a Pediatría.

Todas las cepas aisladas fueron Salmonella enterica subespecie enterica I. Los serotipos más frecuentes fueron S. enteritidis (65%) y S. typhimurium (26%). En cuanto a los fagotipos, los más habituales fueron para S. enteritidis el FT 59 (31%) y para S. typhimurium el FT U311 (6.1%).

Respecto a la sensibilidad, todas las cepas fueron sensibles a Cefotaxima y Ciprofloxacino. Un 69 % fue sensible a todos los antibióticos testados, el 21 % solo mostró resistencia a Ampicilina y el 5% a Ampicilina y Amoxicilina/Clavulánico simultáneamente. Solo 4 cepas fueron Resistentes a Cotrimoxazol.

CONCLUSIONES.

La determinación de serotipos y fagotipos en cepas de Salmonella es de gran utilidad para estudios epidemiológicos y detección de brotes de gastroenteritis aguda producidos por este microorganismo.

Los serotipos más frecuentemente aislados en nuestro medio son el Enteritidis (aproximadamente las 2/3 partes) y el Typhimurium (aproximadamente la ¼ parte).

De entre las combinaciones Serotipo/Fagotipo el Enteritidis/FT 59 es el mayoritario alcanzando aproximadamente el 30 % de los aislados.

Palabras clave: Salmonella, Serotipo, Fagotipo

P-9**ANÁLISIS DE LA RESPUESTA VIROLÓGICA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA (AAD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.**

CÉSAR DEL PRADO MONTORO, CAROLINA FREYRE CARRILLO, IANIRE VIRTO PEÑA, MARÍA DEL CARMEN MARTINEZ RUBIO, IRÍA JESÚS DE LA CALLE, MARÍA SOLEDAD GARCÍA VALDIVIA, ESMERALDA RÍOS SÁNCHEZ, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

ANTECEDENTES.

Los antivirales de acción directa (AAD) han supuesto una revolución en la terapia de la hepatitis C crónica, alcanzándose tasas de curación superiores al 90 %, con tratamientos más cortos y mejor tolerados por los pacientes. Sin embargo, su elevado coste, hace necesaria una optimización de las pautas disponibles para obtener unos resultados óptimos tanto desde el punto de vista clínico como de eficiencia.

OBJETIVOS.

Analizar todos los tratamientos con AAD de pacientes con hepatitis C crónica entre el 1 de enero y el 30 de Junio de 2015 en el Área Sanitaria del Hospital de Puerto Real.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se revisan 181 historias clínicas de pacientes que inician tratamiento con AAD (Ombitavir, Paritaprevir, Dasabuvir, Sofosbuvir, Daclatasvir, Ledipasvir, Simeprevir). Se considera curación cuando se obtiene respuesta virológica sostenida (RVS) a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento, sin analíticas posteriores con carga viral detectable. También se obtienen datos de edad, genotipo viral, coinfección con VIH, polimorfismo IL28B, grado de fibrosis por FibroScan® y carga viral previa.

RESULTADOS.

El intervalo de edad de los pacientes fue 22-76 años y el logaritmo de la carga viral previa estaba comprendido entre 3,03-7,57. El grado de fibrosis fue F3 ó F4 en más del 90% de los casos. En cuanto al HIV el 33% de los pacientes estaban coinfectados. El genotipo mayoritario fue el 1 (73%), seguido del genotipo 4 (16%), existiendo coinfección con dos genotipos en 8 casos. La pauta más empleada fue Sofosbuvir-Simeprevir (63%).

De los 181 pacientes se consigue la curación en 162 (89,5%) incluidos dos casos de retratamiento.

El intervalo de edad de los fracasos estaba comprendido entre 47-68 años, con logaritmo de carga viral previa entre 5.6-7.06 y un grado significativo de fibrosis (F3-F4). Entre los 21 fracasos de tratamiento, 6 estaban coinfectados con VIH. Con respecto al genotipo, 12 pertenecían al 1, 5 al 4, 3 al 3 y 1 estaba coinfectado por los genotipos 1 y 4.

CONCLUSIONES.

Las tasas de curación globales obtenidas con las nuevas pautas de tratamiento basadas en AAD para la hepatitis C oscilan en torno al 90%.

Los pacientes de edad media-avanzada, con logaritmo de carga viral previo elevado y alto grado de fibrosis, son los más susceptibles a un fracaso del tratamiento.

Hacen falta más estudios que nos ayuden a optimizar los tratamientos con AAD de la forma más eficiente posible.

Palabras clave: Hepatitis C crónica, Respuesta Viroológica Sostenida, Antivirales de Acción Directa.

P-10**INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE ORIGEN COMUNITARIO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), INMACULADA ROLDÁN ALBA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)

1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

ANTECEDENTES

En los últimos años, la prevalencia de infecciones producidas por microorganismos multirresistentes ha experimentado un aumento importante en Europa, constituyendo un problema de salud pública. A nivel hospitalario, estos microorganismos pueden producir brotes epidémicos. Existen numerosos programas de vigilancia y control de infecciones por multirresistentes de origen nosocomial, sin embargo, muy pocos trabajos dimensionan la adquisición de estas infecciones a nivel comunitario.

El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia de pacientes que ingresaron durante el año 2015 en el Hospital Comarcal Infanta Margarita con diagnóstico de infección de cualquier localización por un microorganismo multirresistente cuya adquisición fuese comunitaria.

MÉTODOS

Durante el año 2015, se realizó monitorización de todos los pacientes adultos que ingresaron con infección comunitaria producida por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), *Escherichia coli* BLEE, *Klebsiella pneumoniae* BLEE, *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas, *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* multirresistentes. Retrospectivamente se comprobó que estas infecciones no cumplían ningún criterio para clasificarlas como nosocomiales ni asociadas a cuidados sanitarios. Como indicador para dimensionar la frecuencia de la infección se calculó la Densidad de Incidencia (DI) por mil estancias y por mil ingresos de adultos.

RESULTADOS

De los microorganismos multirresistentes que se monitorizaron, se observaron infecciones de origen comunitario únicamente por MRSA, *E. coli* BLEE y *K. pneumoniae* BLEE. La DI de infecciones por MRSA fue de 0,2/1000 estancias y 1,2/1000 ingresos; la DI de *E. coli* BLEE fue de 0,25/1000 estancias y 1,5/1000 ingresos; la DI de *K. pneumoniae* BLEE 0,16/1000 estancias y 0,99/1000 ingresos. De las infecciones por MRSA, destacan con un 63% las infecciones de partes blandas y un 27% infecciones respiratorias. Por *E. coli* BLEE, el 64% fueron infecciones del tracto urinario, el 14% sepsis de origen urinario y el 7% infecciones respiratorias. De las infecciones por *K. pneumoniae* BLEE el 55,5% fueron del tracto urinario, el 33% respiratorias y el 11% de partes blandas. La DI global microorganismos multirresistentes de origen comunitario durante 2015 fue de 0,63/1000 estancias y de 3,74/1000 ingresos. La DI global de infección de origen nosocomial por multirresistentes para el mismo periodo fue de 0,28/1000 estancias y 1,65/1000 ingresos.

CONCLUSIONES

Aunque muchos de los microorganismos multirresistentes se originan en el ambiente hospitalario, encontramos diseminación a nivel comunitario. En nuestro centro, la frecuencia de infecciones comunitarias por multirresistentes superó a la de infecciones nosocomiales.

Palabras clave: incidencia

P-11**¿HEMOS TENIDO UN BROTE DE INFECCIÓN HOSPITALARIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE?**

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), INMACULADA ROLDÁN ALBA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)

(1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

ANTECEDENTES

En el Hospital Infanta Margarita se detectó una agrupación de dos casos de infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) con origen en la misma planta de hospitalización entre las fechas 5/8/15 y 10/9/15. Se inició investigación del posible brote por parte del Servicio de Medicina Preventiva. Por vigilancia activa se identificaron dos pacientes más con colonización intestinal por *K. pneumoniae* KPC en las siguientes 48 horas en la misma planta. Posteriormente, se identificaron dos casos nuevos de infección urinaria por *K. pneumoniae* KPC, ambos con antecedente de ingreso anterior en la misma planta entre las fechas en las que se detectaron los casos anteriores. El objetivo del presente trabajo ha sido describir la agrupación de casos de infección/colonización por *K. pneumoniae* KPC en pacientes de la 5ª planta de hospitalización.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de la agrupación de casos por *K. pneumoniae* KPC.

RESULTADOS

Caracterización epidemiológica del brote: fecha de inicio primer caso: 5/08/15, fecha detección del brote: 10/09/15, fecha detección último caso: 18/11/15, fecha alta último caso: 21/12/15, fecha finalización del brote: 21/12/15. Resumen de casos: de los seis pacientes dos presentaron infección urinaria, uno infección quirúrgica, otro bacteriemia y dos colonización intestinal. Todos fueron hombres. Los principales factores de riesgo identificados fueron estancia hospitalaria prolongada (>14 días), uso de dispositivos invasivos, antibioterapia prolongada, edad avanzada y enfermedad crónica concomitante. De los seis pacientes fallecieron cuatro. Resultados microbiológicos: se remitieron las cepas de los cuatro primeros pacientes al Laboratorio de Referencia para tipado molecular de patógenos nosocomiales. En los cuatro se identificó *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa del tipo KPC-3, pertenecientes al clon ST512, pero presentaron diferencias entre ellos (1-3 bandas). El Laboratorio de Referencia indicó que debido al escaso tiempo transcurrido entre la aparición de los casos, descartaba que la diferencia entre los distintos pulsotipos pudiera deberse a mutaciones en el intestino de los pacientes. Las diferencias observadas entre los aislados sugieren la adquisición del mismo clon en eventos diferentes. No se llegó a identificar ningún reservorio ambiental que pudiese relacionarse con el origen del acumulo de casos. No disponemos de resultados de genotipado de los dos últimos pacientes identificados.

CONCLUSIONES

Con los datos que tenemos hasta el momento, resulta improbable que existiese transmisión cruzada entre pacientes. A pesar de que los resultados microbiológicos de genotipado descartaban el origen común y la transmisión cruzada, se estableció relación espacio temporal entre los 6 casos (confirmación epidemiológica).

Palabras clave: brote

P-12**CONTAMINACIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN LAVADORA-DESINFECTADORA DE ENDOSCOPIOS DIGESTIVOS**

JOSÉ PABLO MAZUELAS TEATINO* (1), YOLANDA ORTEGA LÓPEZ (2), MARIA DOLORES FRÍAS CAÑIZARES (1), ANA MOLLEJA GARCÍA (1), CONCEPCIÓN GÓMEZ-ALFÉREZ PALMA (2), JACINTO CARLOS PLATA ROSALES (1)

(1) UGC LABORATORIOS. (2) UGC PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD. HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CABRA (CÓRDOBA)

ANTECEDENTES

Los endoscopios pueden transmitir infecciones si no se someten a procesos de desinfección o esterilización adecuados entre paciente y paciente. En nuestro hospital realizamos verificación de la desinfección de endoscopios mediante vigilancia microbiológica de canales internos y superficies externas con periodicidad mensual. En abril de 2016 se identificó contaminación por *Pseudomonas aeruginosa* durante la toma de muestras rutinaria, que es un indicador de deficiencia en el procesamiento.

OBJETIVO

Identificar la fuente de contaminación.

MÉTODOS

La obtención de muestras se lleva a cabo según protocolo de la SEIMC (Procedimientos en Microbiología, nº 42, 2ª Ed.). Canales del endoscopio: instilamos 5-50 ml de suero salino estéril a través de cada uno de los canales del endoscopio y recogemos en un recipiente estéril. Superficies externas: se realiza con una torunda/gasa estéril humedecida en suero salino estéril, recogiendo muestra del extremo distal y puntos de apertura de canales. Las muestras de los canales del endoscopio se concentran por centrifugación y en las de superficie externa agitamos la torunda/gasa en 10 ml de caldo BHI, se vortea y se incuba 48 horas a 30°C. La identificación y el antibiograma se realizaron por el sistema MicroScan®, Siemens. La recogida de muestras de las lavadoras desinfectadoras automáticas se hizo siguiendo las instrucciones del fabricante.

RESULTADOS

Entre 11/4/2016 y 19/5/2016 se recogieron un total de 29 muestras de los endoscopios digestivos, tanto de superficie externa como de luz interna, obteniendo un recuento significativo del microorganismo problema en 17 (58,6%). El biotipo y antibiograma que presentaban todos los aislados fueron similares. Inicialmente se comprobaron todos los puntos críticos durante el uso y procesamiento de los endoscopios. Se verificó el correcto estado de mantenimiento y funcionamiento. El control microbiológico del agua de entrada resultó negativo. Ante la sospecha de que la fuente de infección pudieran ser las propias lavadoras, se adquirió un kit específico para recogida de agua de los canales internos de las mismas. En una de ellas se aisló *P. aeruginosa* con similar biotipo y antibiograma al de las identificadas en los endoscopios. Tras la retirada de la máquina contaminada, no se identificaron nuevas contaminaciones en los endoscopios. No se detectó paciente alguno con sintomatología clínica a consecuencia del uso de endoscopios contaminados. No se realizó búsqueda activa.

CONCLUSIONES

Los circuitos internos de la lavadora se identificaron como fuente de contaminación, probablemente por creación de biofilm interno. Resulta fundamental la monitorización microbiológica de los endoscopios.

Palabras clave: endoscopio

P-13**AUMENTO DE CASOS DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN UN ÁREA HOSPITALARIA**

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, ALVARO GRAGERA-MARTÍNEZ², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA¹, ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO¹, JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN¹, MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO¹

(1)UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

(2)UGC ANÁLISIS CLÍNICO CHUH (3)UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los incrementos de casos de aspergilosis pulmonares intrahospitalarios se asocian a reformas u obras que facilitan la movilización y dispersión de las esporas del hongo por los sistemas de ventilación, puertas, pasillos y ventanas. Es por ello muy importante una buena planificación de medidas de contención para evitar la dispersión.

OBJETIVO

Descripción epidemiológica de un aumento de casos de aspergilosis pulmonar en pacientes ingresados en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva coincidente en el tiempo con reformas en el centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los datos clínicos (infección, no infección) y demográficos (sexo, edad, servicio) de casos de aspergilosis pulmonar desde que comenzaron las obras de reformas en un departamento del hospital. Se estudiaron todos los casos aparecidos durante la ejecución de la obra que fue de dos meses coincidiendo con el periodo invernal 2015-2016. Se descartaron contaminaciones en el laboratorio de microbiología confirmando los casos en repetidas muestras y en algunos casos mediante cuantificación. La tasa de incidencia de infección de aspergilosis pulmonar se comparó con otro periodo igual de tiempo posterior a la finalización de la obra.

RESULTADOS

Se confirmaron un total de 14 casos positivos de aspergilosis pulmonar de 264 pacientes estudiados mediante cultivo en el periodo de estudio de dos meses de duración de la obra. Representando una tasa de incidencia del 5,3% (14/264) de los pacientes estudiados. Los casos procedían de los siguientes servicios:

4 UCI; 4 Neumología y 6 Medicina Interna. La distribución por tipo de muestra fue de 5 esputos, 3 broncoaspirados, 3 aspirados traqueales y 3 lavados broncoalveolares. La distribución por sexo fue de 6 hombres y 8 mujeres. La tasa de infección tras el periodo de obra fue de 1,4% (4/280).

CONCLUSIONES

La tasa de infección de aspergilosis pulmonar durante el periodo de obra fue más de tres veces superior que el periodo sin obras. Aunque no se demostró la relación del aumento de casos con la obra mediante técnicas moleculares, es llamativo el aumento significativo de los casos en un periodo muy acotado coincidente con las obras de reforma. Por lo que se hace recordar la importancia de aplicar medidas especiales de contención para impedir la difusión de las esporas por el centro sanitario, evitando así la diseminación de la enfermedad.

Palabras clave: Aspergilosis pulmonar

P-14**EVALUACIÓN DEL MEDIO AGAR BRILLANCE GBS PARA LA DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B EN COMPARACIÓN AL AGAR GRANADA**

ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ¹, ALBERTO TENORIO-ABREU², ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS³, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA², ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO², JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN², MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO²

(1) UGC ANÁLISIS CLÍNICOS CHUH

(2) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

(3) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

INTRODUCCIÓN

Para la detección del Estreptococo del Grupo B (EGB) en el cribado de mujeres portadoras embarazadas existen numerosos medios selectivos y/o cromógenos para facilitar su aislamiento, aunque no todos presentan parámetros de eficacia deseables. El medio Agar Brilliance se presenta como un medio cromógeno para la detección de EGB con la ventaja de no necesitar atmósfera anaerobia e incubación de solo 24 horas a 37°C.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia del medio Agar Brilliance GBS para la detección del EGB en mujeres gestante en comparación al medio sólido Granada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se sembraron en paralelo 130 torundas de muestras vagino-rectales procedentes de mujeres embarazadas entre 35-37 semanas de gestación en medio Agar Brilliance GBS (Thermo Scientific) y en medio agar Granada (Becton Dickinson), tomando este último como referencia. En los medios Brilliance GBS y Granada se consideraron positivas las colonias de color rosa y naranja respectivamente, según las instrucciones de sus fabricantes. Las colonias presuntas positivas se resembraron en agar sangre para confirmar su identificación.

RESULTADOS

Mediante Brilliance GBS se detectó 55/130 (42,3%) y mediante el medio Granada se detectó 21/130 (16,15%). De las 55 detectadas por Brilliance GBS se confirmaron 20 en el pase de agar sangre y todas las 21 detectadas por el medio Granada se confirmaron en el agar sangre. Se confirmaron 35 falsos positivos mediante el medio Brilliance GBS en el pase a agar sangre, cuyos resultados fueron 19 Streptococcus del grupo viridans, 14 Enterococcus spp. y 2 Staphylococcus spp. La sensibilidad del medio Brilliance GBS fue del 67,88% y la especificidad del 95,23%, tomando como método de referencia el medio Granada.

CONCLUSIÓN

El medio Agar Brilliance GBS aunque muestra una sensibilidad aceptable del 95%, la especificidad es llamativamente baja, dando tasas de prevalencia de colonización de casi la mitad de la población gestante que no se corresponde y por mucho con la tasa real de ningún punto de España. Por tanto, al menos en la serie estudiada, este medio de cribado presenta importantes deficiencias que desaconsejan su uso en la rutina clínica del cribado de gestantes portadoras del EGB.

Palabras clave: Brilliance GBS, Agar Granada

P-15**GENOTIPOS DEL VHC. SITUACIÓN HASTA EL 2015 EN CORDOBA**

GUTIERREZ-AROCA, J.B, RUIZ-MARTINEZ, P, RODRIGUEZ-RUIZ L, BAÑÓN, R, CASAL, M

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Habida cuenta de la importancia en la clínica de la determinación del genotipo del Virus de la Hepatitis C por su diferente capacidad patógena y la respuesta al tratamiento y pronóstico de la Hepatitis Crónica, es por lo que queremos saber la prevalencia y evolución del VHC.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio abarca un periodo de 13 años, comprendido entre el año 2003 al año 2015, estudiándose los genotipos de 3.923 pacientes portadores del VHC.

Para su determinación se utilizó VERSANT HCV Genotype, por el sistema Innolipa de la casa Siemens. Resultados Solamente hemos seleccionado aquellos genotipos cuya incidencia ha sido significativa, y se expresan los porcentajes en la tabla.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nº pacientes	60	319	321	360	584	441	365	244	261	242	55	248	423	3923
Genotipo 1	10	21	0	19	15	16	16	16	11	6	0	2	2	11
Genotipo 1a	13	9	19	19	25	28	26	26	31	24	40	39	22	23
Genotipo 1b	52	43	48	32	24	29	33	33	34	45	40	40	52	34
Genotipo 3a	17	17	24	17	21	22	23	23	18	19	15	16	19	19
Genotipo 4	5	6	4	4	7	0	0	0	0	0	0	4	5	3
Genotipo 4c/4d	3	5	5	8	9	5	1	3	6	6	5	0	0	4

CONCLUSIONES

El genotipo más frecuentemente encontrado es el 1, y dentro de este el subtipo 1b. (23%) seguida del 1a (11%). A continuación esta el genotipo 3a (19%).

No encontramos diferencias significativas en los 13 años estudiados.

Palabras clave: Hepatitis C, Genotipos

P-16**GENOTIPOS DEL VPH. SITUACIÓN HASTA EL 2015 EN CORDOBA**

GUTIERREZ-AROCA, J.B., BAÑÓN, R., GUZMAN, J., CASAL, M.

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Queremos saber la incidencia y la evolución del Virus del Papiloma Humano, y su relación con el cáncer de cuello de útero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron los genotipos de Alto Riesgo de producir Cáncer de cuello de útero, durante 9 años en el periodo comprendido entre el año 2007 y el 2015. Se estudiaron un total de 2.317 muestras de Exudado Endocervicalde pacientes con sospecha de lesiones, de las que 1.165 resultaron positivas.

La sistemática fue doble, microbiológicamente se les hizo directamente el genotipo a todas las muestras por la técnica de InnoLipa HPV Genotyping Extra de Fujirebio. Y por otro lado se les hizo el estudio citológico para determinar el grado de la lesión.

RESULTADOS

Se expresan en porcentajes la Tabla, solamente hemos seleccionado aquellos genotipos cuya incidencia ha sido significativa.

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nº Total Muestras	78	276	256	389	292	293	240	246	247	2317
Pacientes	28	104	125	215	103	131	144	167	148	50
Genotipo 16	29	31	36	40	42	47	50	34	41	40
Genotipo 18	11	11	4	8	13	6	8	6	9	8
Genotipo 31	21	9	13	14	8	8	11	4	9	10
Genotipo 33	4	9	8	8	9	11	5	3	7	7
Genotipo 51	7	20	12	14	16	11	12	5	6	11
Genotipo 52		18	33	39	30	36	32	21	31	30
Genotipo 53	7	7	6	12	10	5	7	3	3	7

CONCLUSIONES

El genotipo que sigue siendo más frecuente en nuestro ambiente es el 16, seguido del 52, siendo el 18 de los últimos de los seleccionados.

El genotipo 16 sigue siendo también el que más aparece en las lesiones más evolucionadas (CIN 3, o Cáncer) cuando van aisladamente, y cuando van asociadas a otros genotipos, las lesiones son menos evolucionadas.

En las lesiones premalignas hemos encontrado un porcentaje mayor con un solo genotipo, que cuando van asociadas a 2 ó más.

Hay pocas diferencias en los distintos genotipos a lo largo de los años

Palabras clave: Papilomavirus, Genotipos

P-17**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR *L. DELBRUECKII*, MICROORGANISMO USADO COMO PROBIÓTICO.**

GEMMA JIMÉNEZ GUERRA, ISABEL CASANOVAS MORENO-TORRES, VÍCTOR HERAS CAÑAS, MARÍA SOCORRO YAGUEZ JIMÉNEZ, MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ, JOSÉ MARÍA NAVARRO MARÍ

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA).

Mujer de 94 con antecedentes de infecciones del tracto urinario (ITUs) de repetición tratadas con ciprofloxacino, fosfomicina-trometamol y cefuroxima sin mejora clínica persistente. Acude a urgencias con un episodio de incontinencia urinaria, hiperglucemia y deterioro del estado de la consciencia. En la exploración se observa dolor abdominal difuso, y febrícula de 37.6°. En la analítica destaca hemoglobina de 11.8 g/ml y leucocitosis de 12.760 mm³ con un 84% de neutrófilos. En el estudio sistemático de orina se observan leucocitos, abundante eliminación de glucosa y abundantes bacteria. Se solicita un urocultivo y se le instaura un tratamiento empírico a la paciente con amoxicilina-ac. clavulánico. Tras la mejoría clínica con recuperación de su estado de consciencia basal, se procede al alta con un tratamiento prescrito de amoxicilina-ac. clavilánico 1 g cada 8 horas durante 7 días.

En el urocultivo con un recuento de más de 100.000 UFC/ml se observaron colonias puntiformes azules con un pequeño halo azul alrededor tras 18h de incubación en atmósfera aerobia a 37°. Se identificaron mediante espectrometría de masas, dando como resultado *Lactobacillus delbrueckii* spp *lactis* con un score de 2.119. Se realizó antibiograma mediante la técnica de disco placa, testando el microorganismo frente a Fosfomicina, Trimetroprim - Sulfometoxazol, Ciprofloxacino y Amoxicilina - Ac.clavulánico, resultando resistente a los tres primero, y sensible para Amoxicilina-Ac.clavulánico.

En un periodo de un año previo a este último episodio, en la historia constan diversos estudios sistemáticos de orina con presencia de abundantes leucocitos y abundantes bacterias, sin que en ninguno de ellos se haya realizado el urocultivo. En este último episodio, se realiza el cultivo, que nos permite identificar el agente causal así como la razón por la cual los tratamiento antibióticos previos no eran suficientes.

Palabras clave: L. delbrueckii, ITU de repetición, Amoxicilina-Ac. Clavulánico

P-18**PREVALENCIA DE INFECCIONES POR VPH EN HSH INFECTADOS POR VIH**

PALOMARES JC, JC*, , PARRA-SANCHEZ, M, BERNAL, S, CABEZAS, JL, MACIAS J, SANCHEZ, M, MARTIN-MAZUELOS E
UNIDAD CLINICA ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA

OBJETIVO

Describir la prevalencia y distribución de genotipos de VPH en muestras anales en los de pacientes HSH infectados por VIH atendidos en la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología (UCEIM) del H. de Valme (Sevilla) en función de la edad y estado citológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes: 158 voluntarios HSH infectados por VIH atendidos en la UCEIM del H.U. de Valme desde octubre de 2009 a septiembre de 2015.

Métodos: Se les realizó una toma para citología anal y detección de VPH. Esta detección se realizó mediante el uso de cobas® HPV Test y posterior determinación de genotipos de mediante Linear Array HPV genotyping Test (Roche Molecular Systems, Inc. Pleasanton, CA).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 158 pacientes, de los que en 142 se obtuvieron resultados de ADN de VPH válidos. La mediana de edad fue de 35.00 años (IQR, 28.00 a 44.50).

Prevalencia de genotipos de VPH. La prevalencia de cualquier genotipo de VPH, AR (alto riesgo), LR (bajo riesgo), PAR (probable alto riesgo) y RI (riesgo indeterminado) fue del 100%. Los genotipos de AR más comunes fueron: 16 (50 pacientes), 18 y 52 (32 pacientes cada uno) y los más comunes de BR fueron VPH 6 y 61 (20 pacientes cada uno); entre los PAR los más comunes fueron VPH 73 (22 pacientes) y 53 y 66 (17 pacientes cada uno) y finalmente el genotipo 84 (21 pacientes) y el 62 (16 pacientes) los más comunes entre los RI. Se detectaron más de un genotipo de AR en 60 casos y de BR en 46 casos. En la distribución por grupos de edad (<30, 31-35, 36-40 y >40) se presentaron más casos en los grupos primero (101 casos) y último (84 casos).

En los 142 casos con citología anal válida, 76 pacientes presentaron un resultado negativo y 66 mostraron alguna alteración que incluye 25 casos de ASC-US, 32 L-SIL y 9 H-SIL.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una presencia universal de VPH en el canal anal y una elevada tasa de infecciones mixtas y alteraciones patológicas en la citología.
2. La mayor prevalencia de VPH y alteraciones citológicas se detectaron en los grupos de edad <30 años y > de 40 años.
3. Los datos obtenidos apoyan la necesidad de realizar más estudios para determinar la necesidad y condiciones para establecer programas de cribado y el posible impacto de la vacunación en hombres para controlar la infección por VPH.

Palabras clave: VPH; GENOTIPO; PREVALENCIA

P-19**PREVALENCIA DE INFECCIONES POR EL VIRUS HERPES SIMPLE 1 Y 2 EN ÚLCERAS GENITALES**

SAMUEL BERNAL (1), ISABEL PUEYO (2), MANUEL PARRA (1), LUIS PEREZ (1), NIEVES SIVIANES (1), DOLORES MORILLA (1), JOSE CARLOS PALOMARES (1), ESTRELLA MARTÍN MAZUELOS (1)

(1) LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA (UCEIM), H.U.VALME, SEVILLA

(2) CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (CITS), SEVILLA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En los últimos años se está produciendo un aumento del diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) probablemente en relación con la mejora de las técnicas diagnósticas moleculares. El objetivo de nuestro trabajo fue establecer la prevalencia de infecciones por virus herpes simple 1 y 2 en muestra obtenidas a partir de úlceras genitales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el periodo enero 2015 a junio de 2016 se procesaron un total de 172 muestras de úlceras genitales procedentes de pacientes atendidos en un centro de ITS de Sevilla. Las muestras fueron recogidas en el medio de transporte Cobas PCR swab sample (Roche). 104 eran de mujeres y 68 de hombres. Las muestras fueron procesadas mediante PCR a tiempo real con el LightCycler HSV 1/2 Qual Kit (Roche Molecular Diagnostics) en el año 2015 y mediante kit Amplivue HSV 1+2 (Quidel/Palex) durante el año 2016.

RESULTADOS

La prevalencia de infecciones por VHS fue del 65,1% (112 de 172 muestras procesadas). De ellas 62 fueron positivas para el VHS1 y 50 para el VHS2. En mujeres, sobre las 104 muestras procesadas, hubo un total de 73 muestras positivas, de las cuales, 48 lo fueron para el VHS1 y 25 para el VHS2. En hombres, hubo 39 muestras positivas de las 68 procesadas. De ellas, 14 lo fueron para el VHS1 y 25 para el VHS2.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de infecciones herpéticas en las úlceras genitales fue del 65,1%. Siendo mayor para el VHS1 que para el VHS2.
2. La prevalencia de infecciones por VHS fue mayor en mujeres (70,2%) que en hombres (57,3%).
3. La prevalencia del VHS1 en mujeres fue casi el doble que para el VHS2
4. En hombres, al contrario, la prevalencia del VHS1 duplicó a la del VHS2

Palabras clave: Herpes

P-20**ENDOMETRITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PRIMÍPARA SANA.**

GEMMA JIMÉNEZ GUERRA, MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ, MARÍA SOCORRO YAGUEZ JIMÉNEZ, JOSÉ MARÍA NAVARRO MARÍ

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA, HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

OBJETIVO:

Descripción de un caso de endometritis por *S. pyogenes* en una mujer primípara con parto eutócico no instrumentalizado sin enfermedades previas.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 32 años, sin antecedentes patológicos previos, en su primer embarazo que concluye en parto eutócico espontáneo con conservación de la integridad del periné. El alumbramiento es dirigido, consiguiendo una adecuada contracción del útero. Los loquios tienen un aspecto normal.

Dos días después, ingresa en obstetricia general por fiebre puerperal. Acude con fiebre de 39.4°C, escalofríos, malestar general, metrorragia, loquios malolientes y abdomen doloroso a la palpación profunda. Se le realiza una ecografía, con imágenes dentro de la normalidad, y una analítica sanguínea en la que se observa leucocitosis (13.200 leucocitos /ul) con un 89% de polimorfonucleares. Se sospecha de endometritis infecciosa y se instaura tratamiento antibiótico intravenoso (i.v.) con gentamicina y se toman hemocultivos. A las 48h desaparece la fiebre y el aspecto de los loquios vuelve a ser normal.

Se detecta crecimiento en el hemocultivo a las 11h de incubación, y en la tinción de Gram se observan cocos grampositivos en cadenas. Se realiza el pase a Agar Sangre en atmósfera aerobia enriquecida con 5% de CO₂ tanto como en atmósfera anaerobia y a las 18h se observa el crecimiento de colonias de mediano tamaño blanquecinas rodeadas de un halo de beta-hemólisis. En el screening mediante discos de antibiótico se produce un halo de inhibición alrededor de la bacitracina. La identificación definitiva se realiza mediante espectrometría de masas (Maldi-Tof) dando con un score de "2.3" un resultado de *Streptococcus pyogenes*.

Se retira el tratamiento con gentamicina i.v. cambiándolo por ampicilina i.v. Tras cuatro días se normaliza la analítica. Un día más tarde, tras la mejoría clínica y analítica tras tratamiento antibiótico con ampicilina i.v. durante cinco días, se considera cambiar el tratamiento por amoxicilina 1g por vía oral durante 10 días y derivar al alta.

La sensibilidad se realizó mediante E-tests resultando sensible para todos los antibióticos probados: penicilina, cefotaxima, vancomicina, daptomicina, levofloxacino, linezolid, eritromicina, clindamicina y meropenem.

CONCLUSIÓN:

S. pyogenes es una causa frecuente de infección genital en niñas, pero rara vez es agente causal en mujeres adultas, sobretudo sin instrumentalización relacionada. En este tipo de infecciones sería adecuado tratar también a la pareja para la curación definitiva por la existencia de portadores genitales de *S. pyogenes*.

Palabras clave: Streptococcus pyogenes, Endometritis, Ampicilina

P-21**ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE RESCATE ANTE EL FRACASO ERRADICADOR DE LOS ANTIMICROBIANOS DE PRIMERA LÍNEA FRENTE A HELICOBACTER PYLORI.**

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, FRANCISCO, SANTOS ROSA, CRISTINA, GARCÍA VELA, JOSÉ HERMINIO, DUQUE CALERO, ANA
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

ANTECEDENTES /OBJETIVOS:

La infección por *Helicobacter pylori*, está relacionada con diferentes patologías digestivas como la gastritis crónica activa, la úlcera gastroduodenal y el cáncer gástrico. Diversos ensayos clínicos y metanálisis han puesto de manifiesto que los tratamientos más comúnmente empleados, fracasan en al menos un 20% de los casos.

El conocimiento de la sensibilidad a los antimicrobianos empleados habitualmente, en el tratamiento de la infección y erradicación de *H. pylori*, presenta por tanto, una gran relevancia clínica. El objetivo de este trabajo es el estudio de la sensibilidad primaria de *H. pylori*, así como el de otras alternativas terapéuticas empleadas en tratamientos de rescate.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han procesado un total de 1348 biopsias gástricas durante los años 2010-2015. Todas ellas, procedían de pacientes que fueron remitidos para esofagogastroscoopia (FGC) por presentar síntomas del tracto gastrointestinal superior. Se realizó biopsia gástrica a todos aquellos pacientes que presentaron una clínica de dispepsia ulcerosa crónica y lesión endoscópica. Las biopsias fueron remitidas al laboratorio de Microbiología y se les realizó la prueba de la ureasa en tubo, una tinción de gram y cultivo en medio selectivo para *Helicobacter pylori*, que fueron incubados durante cinco días en condiciones de microaerofilia a 37°C. Los diferentes aislamientos fueron sometidos a pruebas de susceptibilidad antibiótica mediante E-test / disco frente a los siguientes antimicrobianos según procediera: amoxicilina, claritromicina, metronidazol, levofloxacino, tetraciclina, rifampicina y furazolidona.

RESULTADOS:

Se aisló *H. pylori* en 434 (32,19%) biopsias del total remitidas al laboratorio. Se realizó antibiograma a un total de 374 (27,7%) aislamientos. Según los puntos de corte establecidos por el EUCAST, los valores de CMI₅₀, CMI₉₀ y porcentaje de resistencia de los aislamientos estudiados frente a los antimicrobianos de primera línea y otras alternativas terapéuticas de rescate se expresan: amoxicilina 0,016 µg/mL, 0,047 µg/mL y (1,8%), claritromicina 0,016 µg/mL, 256 µg/mL y (17,9%), metronidazol 0,75 µg/mL, 256 µg/mL y (42,2%), levofloxacino 0,19 µg/mL, 32 µg/mL y (36,5%), tetraciclina 0,047 µg/mL, 0,5 µg/mL (4,8%), Rifampicina 0,75 µg/mL, 32 µg/mL (32,7%), y furazolidona 0% de resistencia.

CONCLUSIONES:

La resistencia primaria frente a metronidazol es superior a la media Europea.

Todos los aislamientos con resistencia primaria a claritromicina, fueron resistentes a tetraciclina el 2,9%, el 26,8% lo fue frente a la rifampicina, y el 32,8% a levofloxacino.

Creemos que el conocimiento de la sensibilidad de los aislamientos de *H. pylori*, para la realización de un tratamiento dirigido de rescate, ayuda al éxito terapéutico y presenta mejores tasas de curación.

Palabras clave: Helicobacter pylori, Resistencia, Tratamiento

P-22**DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ÁREA NORTE DE SEVILLA**

ESTHER RECACHA, ELENA SALAMANCA, INMA LOPEZ, FELIPE FERNANDEZ-CUENCA, ANA ISABEL SUAREZ BARRENECHEA, ALVARO PASCUAL

UNIDAD INTERCENTROS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. H.U. VIRGEN MACARENA, SEVILLA

INTRODUCCIÓN/ OBJETIVOS:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como cervicitis, uretritis y enfermedad pélvica inflamatoria están causadas por microorganismos como *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis* y *M.genitalium*. Su detección precoz es importante para tratar y prevenir futuras complicaciones como infertilidad en la mujer y/o la transmisión vertical. El presente trabajo tiene como objetivo el análisis de: 1) La distribución de cada uno de estos microorganismos en nuestra área asistencial 2) La comparación de dos métodos para el diagnóstico de *N.gonorrhoeae* (cultivo y PCR) 3) La distribución de cada uno de los microorganismos causantes de ITS en función del sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron 5528 determinaciones (Cultivo de *N.gonorrhoeae*: 1449; PCR *N.gonorrhoeae*:1095; PCR *C.trachomatis*:1791 y PCR *M.genitalium*: 1193) para el diagnóstico de infección endocervical y uretritis en el periodo comprendido entre Enero de 2014 hasta Junio de 2016. Las muestras utilizadas fueron exudado uretral en varones y exudado endocervical en mujeres. La detección convencional de *N.gonorrhoeae* se llevó a cabo mediante microscopia óptica utilizando la tinción de Gram del exudado uretral compatible con infección por gonococo y mediante cultivo en medio GC (OXOID®) y posterior identificación mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF, Bruker®) en ambos tipos de muestras. Además, se utilizaron 2 técnicas de PCR; una no comercial para la detección de *C.trachomatis* durante 2014 y otra comercial (BioRad®) para la detección de *N.gonorrhoeae*, y *M.genitalium* (Dx CT/NG/MG Assay®) durante 2015 y 2016.

RESULTADOS:

Los % de resultados positivos para cada determinación se muestran en la tabla 1.

Cultivo <i>N.gonorrhoeae</i>	PCR <i>N.gonorrhoeae</i>	PCR <i>C.trachomatis</i>	PCR <i>M.genitalium</i>
5,8	No disponible	11,7	No disponible
5,6	8,7	8,6	2,5
4,4	6,9	12,8	5,1

Tabla 1. Determinaciones con resultado positivo para cada uno de los microorganismos estudiados.

La introducción de la PCR de *N.gonorrhoeae* ha aumentado en un 5,6% la detección de este microorganismo en comparación con los resultados positivos obtenidos por cultivo.

En la tabla 2 se muestra la distribución de los patógenos por sexo.

	Cultivo <i>N.gonorrhoeae</i>	PCR <i>N.gonorrhoeae</i>	PCR <i>C.trachomatis</i>	PCR <i>M.genitalium</i>
Hombre	97,5%	90%	69,1%	82,1%
Mujer	2,5%	10%	30,9%	17,9%

CONCLUSIONES:

El microorganismo causante de ITS más prevalente en nuestra área fue *C.trachomatis*, seguido de *N.gonorrhoeae* y *M.genitalium*.

El diagnóstico de estos microorganismos es más frecuente en población masculina en los que la presentación clínica es más sintomática.

La introducción de la PCR de *N.gonorrhoeae* en nuestro área asistencial ha permitido aumentar la detección de *N.gonorrhoeae* en un 5,6%.

Palabras clave: Infección de transmisión sexual, Detección de ITS, Uretritis

P-23**ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA NOSOCOMIAL POR ASPERGILLUS FUMIGATUS**

MARÍA DE LA PAZ CASAS, ADOLFO DE SALAZAR, NATALIA CHUECA, JUAN LUIS RECIO, FEDERICO GARCÍA*

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS, GRANADA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Presentamos un caso poco frecuente de endoftalmitis causada por *Aspergillus fumigatus* en una paciente intervenida de catarata.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 74 años operada de catarata en ojo derecho. Tras 12 días de ser operada acude al Servicio de Urgencias por uveítis anterior en ojo derecho refiriendo empeoramiento importante de la visión con dolor moderado. Es diagnosticada de endoftalmitis subaguda postquirúrgica. La paciente es ingresada para administración de inyecciones intravítreas de vancomicina y ceftazidima y toma de muestras de humor acuoso y vítreo para ser enviadas al Servicio de Microbiología. Ambas muestras fueron sembradas en Agar Sangre, Agar Chocolate (en atmósfera de 5% CO₂) y Agar Sabouraud. El cultivo microbiológico fue negativo para bacterias y hongos tras 7 días de incubación. Además a la paciente se le prescribieron: colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima, moxifloxacino y linezolid. Dado la ligera mejoría clínica, se procedió al alta hospitalaria. A los 15 días, la paciente reingresa por empeoramiento de su endoftalmitis en ojo derecho practicándosele vitrectomía y reinyección de intravítreas de ceftazidima y vancomicina con anestesia retrobulbar y sedación. Además se volvieron a tomar muestras para nuevo cultivo microbiológico. En esta ocasión, la muestra fue previamente enriquecida con caldo BHI. Tras 24 horas de incubación a 37°C, se realizó un subcultivo a medio Agar Sangre, Agar Chocolate (5%CO₂) y Agar Sabourad con resultado positivo para *Aspergillus fumigatus*. Se procedió a la retirada de la lente intraocular (LIO) y saco capsular, vitrectomía y administración de inyección intravítrea de voriconazol y anfotericina B, estableciéndose como juicio clínico: endoftalmitis postquirúrgica por *Aspergillus fumigatus*. La unidad de Infecciosos se hizo cargo del seguimiento. Tras 6 meses de tratamiento con voriconazol se procedió a su suspensión debido al buen aspecto conjuntival y corneal del ojo derecho. La paciente fue citada a revisión a los 3 meses, rogándole autocontrol y vuelta al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento de la clínica.

DISCUSIÓN:

La endoftalmitis postquirúrgica es una complicación rara pero grave de la cirugía oftalmológica. Aportamos un caso en el que el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para erradicar las infecciones por *A. fumigatus*. El enriquecimiento previo de la muestra ocular es importante para dar un diagnóstico certero de este tipo de infecciones que son muy graves y difíciles de prevenir debido a la ubicuidad del hongo en todos los ambientes en los que se mueve un paciente y la facilidad con la que sus conidias son capaces de transmitirse.

Palabras clave: Aspergillus fumigatus, Endoftalmitis

P-24**ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD IN VITRO DE DALBAVANCINA Y TEDIZOLID FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTES A METICILINA Y STAPHYLOCOCCUS COAGULASA NEGATIVO RESISTENTES A LINEZOLID**

MARÍA DE LA PAZ CASAS, ALEJANDRO PEÑA, JUAN LUIS RECIO, ADOLFO DE SALAZAR, FEDERICO GARCÍA*
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA; CHUG, CENTRO PTS, GRANADA

INTRODUCCIÓN

La introducción de nuevos antibióticos como dalbavancina y tedizolid mejoran el arsenal terapéutico ante el aumento de prevalencia de infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilín resistentes (SAMR) y/o *Staphylococcus coagulasa* negativo resistentes a linezolid (SCNRL). Dalbavancina gracias a su prolongada vida media (372 horas) y su gran efecto post-antibiótico permite una administración semanal por vía parenteral. Tedizolid es una oxazolidinona con el mismo mecanismo de acción que linezolid pero con una posología más favorable (200 mg/24 h) y con menor riesgo de efectos secundarios.

OBJETIVOS

Evaluar la sensibilidad in vitro de dalbavancina y tedizolid frente a *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina y *Staphylococcus coagulasa* negativo resistentes a linezolid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 31 cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina y 15 cepas de *Staphylococcus coagulasa* negativos resistentes a linezolid. La identificación se realizó mediante MALDI-TOF. Los estudios de sensibilidad de vancomicina, dalbavancina, linezolid y tedizolid se realizaron mediante E-test. Las cepas fueron sembradas en placa Mueller-Hinton a 0,5 de McFarland e incubadas 24 h a 37 °C. La resistencia a meticilina se comprobó utilizando cefoxitina de 5 µg. Se determinó la CMI de cada aislado clínico y el rango de CMI según microorganismo. La interpretación de resultados se realizó utilizando los puntos de corte recomendados por EUCAST (v 6.0): Linezolid ($S \leq 4$ µg/ml), tedizolid ($S \leq 0,5$ µg/ml), vancomicina ($S \leq 2$ µg/ml para *S. aureus* y $S \leq 4$ µg/ml para SCN) y dalbavancina ($S \leq 0,125$ µg/ml).

RESULTADOS

El 100% de las cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina fueron sensibles a linezolid, tedizolid, dalbavancina y vancomicina. En cuanto a *Staphylococcus coagulasa* negativo resistentes a linezolid todas las cepas fueron resistentes a tedizolid, pero sensibles a dalbavancina y vancomicina.

CONCLUSIONES

Todas las muestras con *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina y *Staphylococcus coagulasa* negativo resistentes a linezolid mostraron sensibilidad a dalbavancina lo que le sitúa como buena opción terapéutica para el tratamiento de la infección asociada a este tipo de microorganismos. Sin embargo, todos los *Staphylococcus coagulasa* negativo resistentes a linezolid también lo fueron a tedizolid, por lo que no podemos demostrar la superioridad de tedizolid frente a linezolid.

Palabras clave: Dalbavancina, Tedizolid, Staphylococcus

P-25

EPIDEMIOLOGÍA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE EL PERIODO 2014-2016.

PARRA-SÁNCHEZ M1, PALOMARES JC*1, BERNAL S1, GARCÍA-REY S1, PUEYO I2, SIVIANES N1, MORILLA MD1, PEREZ L1, MARTÍN-MAZUELOS E1

1. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE SEVILLA.

OBJETIVOS.

Analizar la epidemiología de Chlamydia trachomatis (CT) de pacientes atendidos en un centro de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Sevilla durante el periodo comprendido entre enero 2014 a junio 2016.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se analizaron un total de 14489 muestras (orinas, exudados cervicales, faríngeos, rectales y uretrales) de 10383 pacientes utilizando un sistema de PCR a tiempo real (cobas 4800, Roche Diagnostics). Los datos clínicos, epidemiológicos y microbiológicos de estos pacientes se incluyeron en una base de datos que posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS v23.0.

RESULTADO.

Durante este periodo de estudio un total de 1168 (8.06%) muestras resultaron positivas para CT. El 65.5% de los pacientes NG+ eran varones con una mediana de edad de 27 años (Q1-Q3: 23-34). El 14.9% de todos los pacientes presentaban coinfección con Neisseria gonorrhoeae (NG). El principal motivo de solicitud de análisis fue control de infección (52.7%), seguido de síntomas por infección (33.2%). Estos datos se incluyen en la tabla 1.

Año	2014	2015	2016	global
Muestras (n)	4810	6005	3674	14489
Pacientes (n)	4420	3768	2195	10383
CT+ n (%)	440 (9.1)	433 (7.2)	295 (8.0)	1168 (8.1)
CT+ n (%)	361 (82)	369 (85.2)	264 (89.5)	994 (85.1)
CTNG+ n (%)	79 (18)	64 (14.8)	31 (10.5)	174 (14.9)
Edad mediana (años)	28	27	27	27
[Q1-Q3] (años)	23-33	23-34	23-33	23-34
Tipo muestra n (%)				
orina	186 (42.6)	181 (41.9)	121 (41.7)	488 (42.1)
rectal	95 (21.7)	85 (19.7)	59 (20.3)	239 (20.6)
cervical	136 (31.1)	137 (31.7)	87 (30.0)	360 (31.1)
faríngeo	16 (3.7)	23 (5.3)	23 (7.9)	62 (5.3)
uretral	4 (0.9)	6 (1.4)	0 (0.0)	10 (0.9)
Sexo n (%)				
Hombre	284 (65.0)	281 (65.2)	193 (66.6)	758 (65.5)
Mujer	153 (35.0)	150 (34.8)	97 (33.4)	400 (34.5)
Motivo petición n (%)				
Control	237 (54.5)	231 (53.5)	142 (49.0)	610 (52.7)
Síntomas	114 (26.2)	162 (37.5)	108 (37.2)	384 (33.2)
Seg. Contactos	83 (19.1)	38 (8.8)	40 (13.8)	161 (13.9)
Postratamiento	1 (0.2)	1 (0.2)	0	2 (0.2)
LGV n (%)	11 (2.5)	13 (3.0)	12 (4.1)	36 (3.1)
VIH				
Neg (%)	95.7	93.0	95.4	94.6
Pos (%)	4.1	7.0	4.6	5.4

DISCUSIÓN.

1. El número de pacientes y muestras remitidas han aumentado, aunque el % de CT positivas se mantiene en un 8 %.
2. En este periodo de estudio, la mediana de edad se mantiene en 27 años así como el % de pacientes infectados con VIH. Han aumentado el número de determinaciones en exudados faríngeos así como el % de varones examinados. El % de coinfección con NG está disminuyendo.
3. El número de casos confirmados de LGV mediante PCR aumenta cada año, siendo necesario su determinación por las implicaciones clínicas y epidemiológicas.

Palabras clave: CHLAMYDIA TRACHOMATIS, EPIDEMIOLOGIA, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

P-26

EPIDEMIOLOGÍA DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN UN CENTRO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE EL PERIODO 2014-2016.

PARRA-SÁNCHEZ M1, PALOMARES JC*1, BERNAL S1, GARCÍA-REY S1, PUEYO I2, SIVIANES N1, MORILLA MD1, PEREZ L1, MARTÍN-MAZUELOS E1

1. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA (UCEIM). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DE SEVILLA.

OBJETIVOS:

Analizar la epidemiología de Neisseria gonorrhoeae (NG) de pacientes atendidos en un centro de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Sevilla durante el periodo comprendido entre enero 2014 a junio 2016.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizaron un total de 14489 muestras (orinas, exudados cervicales, faríngeos, rectales y uretrales) de 10383 pacientes por un sistema de PCR a tiempo real (cobas 4800, Roche Diagnostics). Los datos clínicos y epidemiológicos de estos pacientes se incluyeron en una base de datos que posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS v23.0.

RESULTADO:

Durante este periodo de estudio resultaron positivas para NG un total de 706 (4.8%) muestras. Un 83.7% de los pacientes NG+ eran varones con una mediana de edad de 28 años (Q1-Q3: 24-36). El 24.6% de estos pacientes presentaban coinfección con Chlamydia trachomatis, pero disminuye a lo largo del periodo de estudio (30.5% a 18.9%). Las coinfecciones con sífilis (16.3%) o VIH (3.7%) aumentaron en este periodo ($p < 0.001$). El principal motivo de solicitud de análisis fue la presencia de síntomas (46.8%), seguido de control sin síntomas (35.6%). Estos datos se incluyen en la tabla 1.

Año	2014	2015	2016	global
Muestras (n)	4810	6005	3674	14489
Pacientes (n)	4420	3768	2195	10383
NG+ n (%)	259 (5.4)	280(4.7)	167 (4.5)	706 (4.8)
CTNG+ n (%)	79 (30.5)	64 (22.9)	31 (18.9)	174 (24.6)
Edad mediana (años)	29	28	28	28
[Q1-Q3] (años)	24-35	24-36	23-38	24-36
Tipo_muestra (%)				
orina	49.0	36.3	30.7	31.0
rectal	26.5	24.5	28.3	20.4
cervical	8.6	12.5	7.8	7.7
faríngeo	14.8	24.5	30.7	17.5
uretral	1.2	2.2	2.4	1.5
Sexo (%)				
Hombre	84,9	81,3	84,3	83,7
Mujer	15,1	18,7	15,7	16,3
Motivo (%)				
Control	34,5	33,6	39,2	35,6
Síntomas	46,7	48,9	41,6	46,8
Seg. Cont	18,8	15,0	19,3	17,6
TPHA (%)				
Neg	92,8	80,9	74,2	83,7
Pos	6,9	19,1	25,8	16,3
VIH (%)				
Neg	99,6	92,1	97,5	96,3
Pos	0,4	7,9	2,5	3,7

Tabla 1. Datos epidemiológicos de la cohorte estudiada para Neisseria gonorrhoeae.

DISCUSIÓN.

1. La prevalencia de Neisseria gonorrhoeae ha disminuido durante el periodo de estudio.
2. Aumento del porcentaje de coinfección con VIH y sífilis entre nuestros pacientes. Sin embargo, la coinfección con clamidias disminuye.
3. Disminuyen el nº de muestras de orina a favor de exudados faríngeos debido al aumento de pacientes HSH con prácticas de riesgo en nuestra cohorte (24.7% a 27%).

Palabras clave: NEISSERIA GONORRHOEAE, EPIDEMIOLOGIA, CENTRO INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

P-27**CONFIRMACIÓN DE UN BROTE DE TOSFERINA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IGG ESPECÍFICOS ANTI-TOXINA DE BORDETELLA PERTUSSIS EN SUERO**

DOMÍNGUEZ M.C.*, GÓMEZ M.C., ROLDÁN M.E.

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, U.G.C. LABORATORIOS CLÍNICOS, HOSPITAL DE LA MERCED, ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA (SEVILLA)

ANTECEDENTES:

La Tosferina representa, a pesar de la vacunación infantil universal, un problema de salud pública mundial. En los países con altas coberturas de vacunación se observa una proporción creciente de casos.

OBJETIVO:

Describir las principales variables observadas en un brote poblacional por *Bordetella pertussis* en Écija (Área de Gestión Sanitaria de Osuna) con confirmación serológica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde el 1 de marzo, con la aparición de los dos primeros casos de tosferina con vínculo epidemiológico familiar, hasta el 12 de mayo de 2016, fueron sucediéndose declaraciones de casos sospechosos de tosferina en la población de Écija (39.055 habitantes). La definición de caso fue personas con tos durante, al menos, dos semanas junto con uno de estos tres signos: tos paroxística; estridor inspiratorio ó vómitos provocados por la tos. En niños menores de un año se consideró también los episodios de apnea. La confirmación del brote se realizó mediante vínculo epidemiológico (témpero/espacial) de los casos y las pruebas serológicas de Inmunoensayo quimioluminiscente indirecto (CLIA) para la determinación de anticuerpos IgG específicos anti-toxina de *B. pertussis* (VirClia; Vircell, S.L. Granada, España).

RESULTADOS:

De los 91 casos sospechosos, 58 fueron confirmados por presentar criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (IgG anti-toxina *B.pertussis* > 120 UI/ml). La edad media de los casos fue 10,2 años, con una mediana de 8 años (mínimo 2, máximo 78), la mayoría (>80%) agrupándose entre los 4 y 11 años. 22 casos fueron varones (37,9%) y 36 mujeres (62,1%). La incidencia durante la duración del brote fue de 1,5 casos/1000 habitantes de manera global, y de 8,1 casos/1000 habitantes en menores de 14 años. Todos los menores de 18 años estaban correctamente vacunados en primovacunación aunque a 2 niños les faltaba la quinta dosis (cobertura del 96,4%). El tiempo medio entre inicio de los síntomas y la fecha de diagnóstico fue de 25 días. La evolución en todos los casos fue a la curación.

CONCLUSIONES:

Se confirmó un brote poblacional de Tosferina en Écija entre marzo y mayo de 2016 en pacientes que cumplían los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (IgG anti-toxina *B.pertussis* > 120 UI/ml). La incidencia fue especialmente alta en menores de 14 años, sobre todo de 4 a 11 años, todos ellos, salvo dos, bien vacunados.

Palabras clave: Brote, Bordetella pertussis, Serología

P-28**INTERPRETACIÓN DE LAS RESISTENCIAS A ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C: EVALUACIÓN DEL SISTEMA GENO2PHENO**

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, MARTA ÁLVAREZ, JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARIA DOLORES MÉRIDA, ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ-BUENO, GASTÓN RAMOS, FEDERICO GARCÍA
SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

ANTECEDENTES Y OBJETIVO:

Una de las herramientas más utilizadas para la interpretación de las mutaciones de resistencia a los nuevos antivirales de acción directa frente al virus de la hepatitis C es Geno2pheno, basado en el alineamiento de la secuencia problema con la secuencia de referencia. Mediante este sistema, se identifican los cambios en las posiciones de resistencia y te proporciona un informe con distintos grados de resistencia de los diferentes antivirales (sensible, resistencia intermedia, resistente). El objetivo de nuestro estudio ha sido describir los errores en la herramienta geno2pheno versión 0.92 que pueden condicionar la práctica clínica.

MÉTODOS:

Se analizaron mediante el sistema geno2pheno (<http://hcv.geno2pheno.org/>), 948 secuencias fasta de 477 pacientes tanto tratados como naive. Se analizaron 266 secuencias de NS3 (posiciones 1-181), 445 secuencias de NS5A (posiciones 1-95) y 237 secuencias de NS5B (posiciones 235-365 y en casos tratados con Dasabuvir, 150-592). Los resultados fueron registrados y se manejaron a través del programa SPSS v.22.

RESULTADOS:

Del total de pacientes, 15 estaban infectados por VHC-1, 140 por VHC-1a, 143 por VHC-1b, 2 VHC-2, 31 eran VHC-3, 43 VHC-3a, 75 VHC-4, 2 VHC-4a, 4 VHC-4b, 1 VHC-4d y 21 de genotipo desconocido. La mediana de edad fue de 52 años (IQR 47-56), el 82,5% eran varones y la mediana del logaritmo de carga viral fue de 6,08 (IQR 5,57-6,60). Por genotipos, se detectaron las siguientes inconsistencias al utilizar geno2pheno para la interpretación de las resistencias a AADs: genotipo 1a: variante 444D en la región NS5B definida como mutación asociada a resistencia que podría tratarse de un polimorfismo natural debido a la elevada frecuencia con que se presenta (18/66; 27,3%); genotipo 1b: variantes 36V y 170V en la región NS3 son definidas como mutaciones asociadas a resistencia en 21/78 casos (26,9%); variante 316N en la región NS5B definida como mutación asociada a resistencia cuando se trata de un polimorfismo natural (28/52; 53,8%); genotipo 4a: en la posición 282 de la región NS5B, define como aminoácido natural T mientras es S (8/9: 88,9%); genotipo 4d: en la posición 58 de la región NS5A, define como aminoácido natural T mientras es P (14/24: 58,3%).

CONCLUSIONES:

La versión actual de la herramienta geno2pheno presenta ciertas vulnerabilidades que tienen un gran impacto sobre los informes generados de resistencias en VHC, por lo que recomendamos sean estudiados con cautela.

Palabras clave: geno2pheno, vhc, AADs

P-29**PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR NEISSERIA GONORRHOEAE Y ESTUDIO DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL A.G.S. DE OSUNA EN EL AÑO 2016**

GÓMEZ MC*, DOMÍNGUEZ MC, ROLDÁN ME

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA, U.G.C. LABORATORIOS CLÍNICOS, HOSPITAL DE LA MERCED, OSUNA (SEVILLA)

ANTECEDENTES

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* es un importante problema de Salud Pública debido al incremento en el número de casos y al aumento de la resistencia a los antimicrobianos que se ha observado en los últimos años. Por este motivo es necesario realizar el estudio de sensibilidad a todos los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*.

OBJETIVO

Estudiar la prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* en el A.G.S. de Osuna desde el 1 de Enero hasta el 31 de Agosto de 2016 y conocer la sensibilidad a los antimicrobianos de estos aislamientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron los aislados de *Neisseria gonorrhoeae* obtenidos en las muestras del tracto genital recibidas en nuestro laboratorio desde el 1 de Enero hasta el 31 de Agosto de 2016. La identificación se realizó mediante sistema API NH[®] (Biomeriéux) y el estudio de sensibilidad de los aislados se realizó mediante tiras de E-test[®] (Biomeriéux y Thermo Fisher Diagnostics), siguiendo las recomendaciones del European Committee on Antimicrobial Suceptibility Testing (EUCAST). Los antibióticos probados fueron Azitromicina, Cefixima, Ceftriaxona, Ciprofloxacino, Penicilina y Tetraciclina.

RESULTADOS

Se aislaron un total de 18 cepas de *Neisseria gonorrhoeae*, 17 (95%) en muestras uretrales y 1 (5%) en un exudado vaginal, observándose un incremento en el número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* con respecto a los años anteriores (6, 5, 7, 9 y 3 aislamientos en 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 respectivamente). El rango de edad de los pacientes fue de 21 a 59 años (media de edad = 32 años). En 2016 el 83% de los aislamientos fueron resistentes a Ciprofloxacino (CMI 0.004->32 mg/L). El 72% fueron resistentes a Tetraciclina y el 11% presentaron sensibilidad intermedia (CMI 0.125-256 mg/L). Con respecto a Penicilina, el 28 % fueron resistentes y el 67% intermedios (CMI 0.016->32 mg/L). El 93% fueron sensibles a Azitromicina (CMI 0.032-1 mg/L). Todos los aislamientos fueron sensibles a Cefixima (CMI <=0.016-0.064 mg/L) y a Ceftriaxona (CMI <=0.002-0.125mg/L).

CONCLUSIONES

1. Se ha observado un incremento en el número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* en muestras del tracto genital respecto a los 5 años anteriores.
2. Se ha detectado un elevado porcentaje de resistencias a Penicilina, Ciprofloxacino y Tetraciclina de los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* estudiados.

Palabras clave: Prevalencia, Neisseria gonorrhoeae, Sensibilidad

P-30**DETECCIÓN DE POSIBLES CAUSAS DE FALLO VIROLÓGICO CON TERAPIA BASADA EN ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C: ERRORES DE GENOTIPADO Y REINFECCIONES**

ANA BELÉN PÉREZ*, NATALIA CHUECA, MARTA ÁLVAREZ, MAR MASIÀ, MARIA MAGDALENA LARA, MOHAMED OMAR, ENRIQUE BERNAL, JOSÉ JOAQUÍN ANTÓN, ISABEL ARATA, FEDERICO GARCÍA, ET AL.

1,2,3,10: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

4: HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

5: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

6: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE JAÉN

7: HOSPITAL GENERAL REINA SOFÍA, MURCIA

8: CENTRO PENITENCIARIO DE ALBOLOTE

9: HOSPITAL DE FUENLABRADA

ANTECEDENTES Y OBJETIVO:

Una de las posibles causas de fallo tras tratamiento con antivirales de acción directa (AADs) frente al virus de la hepatitis C puede ser un error de genotipado del virus, una reinfección o la selección poblacional de una población viral mixta, habiendo llevado a cabo una pauta o régimen terapéutico inadecuado.

En el presente estudio hemos analizado las discrepancias de genotipo halladas en pacientes que han fracasado a AADs pertenecientes a la Cohorte HepCREsp.

MÉTODOS:

Para realizar el estudio de genotipado de las muestras, se ha utilizado secuenciación poblacional de la región NS5B con primers pangenotípicos. Para confirmar las sospechas en caso de discrepancia en el genotipo respecto al informado en origen de la muestra del fallo y diferenciarlo de una probable reinfección, se ha solicitado muestra basal (previa al tratamiento antiviral) y se analizaron ambas en paralelo, utilizando posteriormente métodos filogenéticos para confirmar los resultados. Además, se ha utilizado secuenciación masiva para descartar posibles infecciones mixtas.

RESULTADOS:

La cohorte de resistencias HepCREsp contiene 255 fallos a tratamiento, 83,9% varones, una mediana de 52 años y una CV de 5,94 logs. Hemos detectado 35 discrepancias de genotipo (13,7%) entre el informado en origen y el obtenido por secuenciación. Estas discrepancias fueron confirmadas mediante secuenciación de una muestra basal (si se dispuso) y con métodos filogenéticos. En 17 pacientes (48,6%) hubo discrepancias a nivel de genotipo, de los cuales se consiguió muestra basal en 6 casos, confirmándose 2 errores de genotipado y 4 casos de reinfecciones. Dieciseis enfermos presentaron discrepancias, respecto al informado en origen, a nivel de subtipo, oscilando entre los subtipos 1a y 1b.

De estos 16 casos, se obtuvo muestra previa al tratamiento en 4 casos, confirmándose error de genotipado en todas ellas. Hubieron dos casos informados como patrón mixto 1a+4 que por secuenciación resultaron población viral única con genotipos 1a y 4d, respectivamente. Finalmente, se consiguieron subtipar 61 casos con subtipo indeterminado en origen.

CONCLUSIONES:

Las técnicas de secuenciación y los métodos filogenéticos pueden ayudar a detectar casos de reinfecciones y errores de genotipado. Es aconsejable disponer de una muestra basal archivada de los pacientes que inician tratamiento con AADs para el estudio en paralelo junto con la muestra del fracaso.

Palabras clave: genotipo, reinfección, error

P-31**BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO**

ANA MARÍA RODRÍGUEZ REY, JOSÉ ANTONIO LEPE, MARÍA JOSÉ GÓMEZ GÓMEZ, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA- UCEIMP. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

INTRODUCCIÓN.

En los últimos años existe controversia en cuanto a la importancia de la bacteriemia por bacterias o microorganismos anaerobios, algunos autores detectan un aumento en su incidencia, y otros, una disminución. Su identificación es importante ya que presentan una elevada mortalidad cuando no son tratadas adecuadamente.

OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de la bacteriemia por anaerobios y ver los microorganismos que más frecuentemente están implicados.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de bacteriemia por anaerobios en EL hospital Virgen del Rocío entre los años 2012- mayo 2016. Los viales de hemocultivos se incubaron en el sistema Bactec FX y la identificación de los aislamientos se realizó por espectrometría de masas MALDI-TOF. El análisis de los datos se realizó con el software Omnimium y WHONET.

RESULTADOS.

Durante este período se registraron 238 bacteriemias por anaerobios, de las que 51 correspondían al año 2012 (3,53% del total de bacteriemias), 60 al año 2013 (4,1%), 45 al año 2014 (3,45%), 49 al año 2015(3,5%) y 33 hasta mayo del 2016.

En cuanto a la etiología 116 episodios correspondían a bacteriemias por anaerobios Gram-negativos: Bacteroides fragilis grupo (97 episodios), Fusobacterium spp (14 episodios) y Prevotella spp (2 episodios). 122 episodios por Gram-positivos: Clostridium spp (44 episodios), cocos Gram-positivos anaerobios (9 Peptostreptococcus spp, 10 Parvimonas spp, 2 Anaerococcus spp, 1 Finegoldia spp, 1 Peptoniphilus spp); Clostridium perfringens (22 episodios) y Propionibacterium spp (29 episodios) en la mayoría de los casos se consideran contaminantes.

En cuanto a las Unidades de procedencia de los pacientes, el 21% corresponde a Medicina Intensiva, el 10,5 % a Digestivo y el 7,5% a Enfermedades Infecciosas.

CONCLUSIONES.

La incidencia en nuestro centro se sitúa en torno al 3,5%, manteniéndose estable a lo largo de los últimos años. El principal microorganismo implicado es el grupo Bacteroides fragilis y Medicina Intensiva y Digestivo los principales lugares de procedencia de los pacientes.

Palabras clave: bacteriemia, anaerobios

P-32**DETECCIÓN VIRUS HERPES SIMPLE EN MUESTRAS DE EXUDADOS GENITALES**

LAURA MERINO DIAZ, MAGDALENA SANCHEZ, MARIA DEL CARMEN LOZANO, JAVIER AUNAR MARTIN

H.U VIRGEN DEL ROCIO

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de virus del herpes simple 1+2 en muestras de exudados genitales de pacientes atendidos en nuestro hospital en un periodo de dos años y medio

MATERIAL Y MÉTODOS

En el periodo comprendido entre enero de 2014 y junio de 2016 se procesaron en nuestro laboratorio un total de 646 muestras de exudados con petición de PCR de virus herpes simple 1+2. De estas 646 muestras, 146 fueron muestras genitales y el resto (499) de exudados de otras localizaciones (ocular, cutáneo y oral). La extracción del ADN de las muestras se llevó a cabo empleando el sistema Magnapure (Roche) y la amplificación y detección el ADN del VHS 1+2 se realizó mediante el sistema Lightcycler (Roche), usando Sybergreen y primers caseros.

RESULTADOS

Las 146 muestras genitales correspondieron a 135 pacientes (64 mujeres y 71 hombres). Las muestras fueron: 45 úlceras genitales, 39 exudados perianales, 28 exudados vaginales, 27 exudados balano-prepuciales, 6 exudados endocervicales y una muestra de exudado uretral. En 59 de las 146 muestras se detectó ADN del VHS 1+2, correspondiente a un 40.4%. De las 59 muestras positivas, 34 pertenecieron a mujeres y 25 a hombres. Estando un 37% de los pacientes en edades comprendidas entre 25-34 años, un 33% entre 15 -24 años, un 17% entre 35-44 años y un 12% más de 44 años.

CONCLUSIONES

1. - El índice de positividad de las muestras genitales es alto (40.4%) y es superior al 33% encontrado entre las 499 muestras no genitales.
- 2.- Las técnicas moleculares son una herramienta muy útil para dar un diagnóstico rápido en estos pacientes, siendo las muestras con mayor índice de positividad los exudados vaginales y los exudados endocervicales con 60% y 50% de positividad respectivamente.

Palabras clave: VIRUS HERPES SIMPLE GENITAL

P-33**HEMOCULTIVOS EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS**

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMÍREZ, MD LÓPEZ PRIETO
UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Es recomendable el manejo conservador de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRCVC), especialmente por microorganismos poco virulentos, dada la relevancia de estos dispositivos. Un correcto diagnóstico y seguimiento microbiológico permite un adecuado tratamiento que evita retiradas y complicaciones asociadas y permite un consumo racional de antimicrobianos. Nuestro objetivo fue describir la adecuación de la petición de hemocultivos en pacientes con sospecha de BRCVC y en el control de esta, especialmente en aquellas por *Estafilococo coagulasa* negativo (ECN)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los hemocultivos remitidos a Microbiología para el diagnóstico y seguimiento de BRCVC: vía central (VC) o vía central mas periférica (VC+VP), en pacientes oncohematológicos entre enero 2015 y junio 2016. Revisión de historia clínica en DIRAYA para completar información. Los criterios de infección secundaria a catéter intravascular fueron los recogidos en las guías IDSA 2009. Cuando los hemocultivos fueron pareados, utilizamos el criterio de la diferencia de tiempo hasta la positividad (DTP). Se consideró "colonización" del catéter cuando los hemocultivos extraídos exclusivamente del CVC fueron positivos o si cuando se extrajeron simultáneamente con otros de VP estos últimos fueron estériles.

RESULTADOS

Se enviaron un total de 629 tomas correspondientes a 127 pacientes: 342 fueron extraídas solo de VC sobre 90 pacientes y 287 de VC mas VP sobre 113 pacientes. Se documentaron microbiológicamente un total de 29 episodios de BRCVC en 24 pacientes: 25 ECN, 2 *S. aureus*, 2 *Candida parapsilosis*. Otros 6 episodios tuvieron criterios clínicos y aislamiento de ECN (3), *Escherichia coli* (2) y *C. albicans* (1) pero sin DTP valorable. En el 10.3% (65/629) de las tomas, el cateter estaba colonizado: 50/342 VC y 15/287 VC+ VP. Todos los episodios de BRCVC por ECN tuvieron un manejo conservador, siendo la media de hemocultivos de control de 2.5/paciente, correspondiendo el 62% a extracciones de CVC solamente. La concordancia de las especies de ECN al diagnóstico y en los hemocultivos de control fue del 56%. La "colonización" del catéter supuso inicio de tratamiento en el 98% de los casos y el informe de un hemocultivo positivo al final del tratamiento supuso la continuación de este en el 38%.

CONCLUSIONES

El diagnóstico microbiológico de la BRCVC no siempre es posible en estos pacientes por la dificultad de una extracción adecuada. La ambigüedad en la indicación de hemocultivos en el control de esta, conlleva a una sobrecarga de trabajo en el laboratorio, resultados discordantes y una posible sobreutilización de antimicrobianos.

Palabras clave: Bacteriemia, catéter, oncohematología

P-34**EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN EL ÁREA SANITARIA DEL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO**

LAURA MERINO DIAZ, MAGDALENA SANCHEZ, MARIA DEL CARMEN LOZANO, JAVIER AZNAR MARTIN

H.U VIRGEN DEL ROCIO

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de los casos de sífilis detectados en nuestro hospital entre los años 2014-2016 y a su vez compararlos con los casos detectados en los años 2007-2008 para conocer la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los años 2014,2015 y mitad de 2016 se analizaron en nuestro laboratorio para serología de sífilis un total de 18.922, 27.599 y 11.085 sueros respectivamente. Estos resultados se compararon con los 18.664 y 20.842 sueros analizados los años 2007 y 2008 respectivamente. El cribado se realizó por una técnica de QLIA (LIASON, diasorin) y el RPR mediante aglutinación (Beckton Dickinson®)

RESULTADOS

En la tabla adjunta se exponen los resultados de las muestras analizadas

Año	2007	2008	2014	2015	½ 2016
Total Muestras	18664	20842	18922	27599	11085
Pacientes	17066	18949	17480	25097	10536
Cribado Neg	18078	20165	18080	25852	10396
Cribado Pos	603	677	842	1747	688
Pacientes RPR \geq 1\8	75 (0.44%)	89 (0.46%)	126 (0.72%)	214 (0.85%)	80 (0.75%)

En la última fila se recoge el porcentaje de pacientes con sífilis en actividad (considerando como tal, aquellos cuyas muestras presentaron cifras de RPR \geq 1/8), comparándolos con el total de pacientes estudiados cada año.

En el año 2014 y 1/2 del 2016 el 90% de los pacientes con sífilis activas fueron hombres y el 10% mujeres. En el año 2015, el 97% fueron hombres y el 3% mujeres.

En los años 2014, 2015 y ½ 2016 el 40%, 41% y 40% de los pacientes con cribado positivos fueron mayores de 44 años. El 29%, 34% y 30% tuvieron edades comprendidas entre 34-44 años y el 28%, 24% y 29% tuvieron edades comprendidas entre 20 y 34 años. Por lo tanto el mayor porcentaje de positividad se observó en los mayores de 44 años en los tres años estudiados

CONCLUSIONES

1.- El número de pacientes diagnosticados de sífilis casi se ha duplicado sin compararnos los años 2007-2008 con los años 2014-2016.

2.-- El alto porcentaje de sífilis en varones (90-97%) podría deberse a la alta prevalencia de esta enfermedad en hombres que tiene sexo con hombres (HSH) que son atendidos en las consultas de ETS de nuestro hospital

Palabras clave: EVOLUCIÓN SIFILIS

P-35**ESTUDIO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL FEMENINO CAUSADAS POR ACTINOMYCES TURICENSIS EN EL AÑO 2016**

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, MI GONZÁLEZ GÓMEZ, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMIREZ, MD LÓPEZ PRIETO

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

Actinomyces turicensis es un bacilo Gram positivo no ramificado, cuyo papel como agente causal de diferentes infecciones en humanos está aumentando, desde su descripción en 1995. Los principales cuadros clínicos implicados son infecciones del aparato genital, infecciones del tracto urinario, infecciones de heridas, bacteriemia, abscesos entre otros. Además, A. turicensis forma parte de la microbiota normal del tracto genitourinario, por ello, puede ser difícil determinar el verdadero papel patógeno en estas localizaciones. Nuestro objetivo es determinar los casos de vulvitis-vaginitis por A. turicensis en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz desde Enero a Agosto de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron todas las muestras de exudado vaginales recibidas en el servicio de Microbiología del Hospital de Jerez desde Enero a Agosto de 2016. El cultivo se realizó mediante la siembra en medios de agar Columbia-CNA, agar chocolate-bacitracina y agar Sabouraud (bioMerieux®).

RESULTADOS

De un total de 3107 muestras de exudados vaginales recibidas, A. turicensis fue aislada en 11 pacientes (0,36%). El rango de edad estuvo comprendido entre 4 y 46 años, donde 9 pacientes eran menores de 16 años (mediana 7 años, IQR: 5 a 16 años). La mayoría de ellas presentaron picor, malestar y tres casos presentaron leucorrea. Tras 48h de incubación en atmosfera de 5% de CO₂ se observa crecimiento de colonias sólo en agar columbia-CNA. En todos los casos, A. turicensis fue aislado en cultivo puro o de forma predominante con respecto al resto de la microbiota normal. Se identifica como A. turicensis con unos índices entre 1,8 a 2.07 mediante MALDI-TOF directamente del cultivo. No se realizó antibiograma debido a la rara resistencia a beta-lactámicos. En tres pacientes se realizaron cultivos control postratamiento un mes después de instaurado este, obteniéndose la resolución microbiológica del cuadro, al aislarse microbiota vulvo-vaginal en los tres casos.

CONCLUSIONES

El papel de A. turicensis en infecciones del aparato genital femenino puede ser controvertido, debido a que además, forma parte la microbiota normal. Aunque no siempre la presentación clínica de la vulvitis-vaginitis por A. turicensis esté acompañada de leucorrea, se debe sospechar su papel patógeno en estas infecciones cuando se aisle en cultivo predominante o cultivo puro de muestras de exudado vaginal.

Palabras clave: Actinomyces turicensis, tracto genital femenino

P-36**PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA POR ACTINOMYCES NEUII IDENTIFICADO POR MALDI-TOF.**

E TORRES MARTOS, JM SÁNCHEZ CALVO, O CARRERO PEREA, JC ALADOS ARBOLEDAS, JL DE FRANCISCO RAMIREZ, MD LÓPEZ PRIETO

UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA AGS NORTE DE CÁDIZ

Actinomyces neuii es un bacilo Gram positivo no ramificado, que en raras ocasiones, está implicado en infecciones en humanos. Sin embargo, la incidencia de casos por este microorganismo ha aumentado, debido a la introducción de nuevos métodos de identificación de especies, especialmente del sistema de espectrometría de masas (MALDI-TOF) (Bruker Daltonics). A. neuii ha sido aislado en infecciones de tejidos blandos, endocarditis o sepsis. Presentamos un caso de prostatitis crónica bacteriana (PBC) causado por A. neuii en un paciente de 59 años, con antecedentes de hiperplasia prostática benigna, que acude a urgencias por disuria, dolor en zona genital e hipogastrio de dos meses de evolución, molestias eyaculatorias y malestar general. Fue tratado en cuadros previos de prostatitis de forma empírica con varios antimicrobianos (amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino, cotrimoxazol) sin presentar mejoría, enviándose muestras de semen para valorar su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio microbiológico completo basado en la aplicación de los criterios de Meares y Stamey al cultivo de muestras fraccionadas, constituido por la orina pre-semen, semen y orina pos-semen. Las muestras de orina obtenidas se sembraron en agar cisteína-lactosa-electrolito-deficiente (CLED) y la de semen en agar sangre, agar chocolate y agar Thayer-Martin. Se realizó un cultivo de control un mes después de iniciado el tratamiento antimicrobiano.

RESULTADOS

Tras 48h de incubación en atmosfera de 5% de CO₂ se observa crecimiento en agar sangre y agar chocolate, procedentes del cultivo de semen, pero no en agar CLED, único medio de cultivo usado en orinas. Se identifica A. neuii con un índice de 2.06 mediante MALDI-TOF directamente del cultivo. No se realizó antibiograma debido a la rara resistencia a beta-lactámicos. El paciente fue tratado con cefuroxima durante 4 semanas, consiguiéndose resolución clínica y microbiológica, al ser negativos los cultivos postratamiento.

CONCLUSIONES

La PCB caracterizada por su clínica de larga duración, está asociada frecuentemente a trastornos psicósomáticos. Esto, junto con el amplio abanico de patógenos responsables, dificulta el diagnóstico microbiológico. A. neuii debe ser considerado potencial responsable de PCB y es aislado con éxito mediante el cultivo fraccionado de Meares y Stamey. Sin embargo, sería conveniente incorporar un medio de cultivo convencional como agar sangre, al cultivo de orina, para poder determinar con seguridad el diagnóstico de PCB. Por otro lado, son necesarios tratamientos prolongados con beta-lactámicos, tal y como queda reflejado en el escaso efecto terapéutico del uso previo de amoxicilina-clavulánico en pautas cortas.

Palabras clave: Actinomyces neuii, protatitits

P-37**IMPACTO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR UNIFICADA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA**

1 JUAN MANUEL SÁNCHEZ CALVO, 2 CARMEN ARAGÓN FERNÁNDEZ, 1 EVA TORRES MARTOS*, 2 DAVID GÓMEZ PASTRANA, 1 JUAN CARLOS ALADOS ARBOLEDAS, 1 MARIA DOLORES LÓPEZ PRIETO

1 UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAS JEREZ. AGS NORTE DE CÁDIZ

2 UGC PEDIATRÍA. HOSPITAL SAS JEREZ. AGS NORTE DE CÁDIZ

ANTECEDENTES

La fibrosis quística (FQ), es una enfermedad genética autosómica recesiva. Esta enfermedad produce afectación a nivel de varios órganos, lo que implica que estos pacientes sean atendidos de por vida por varios profesionales sanitarios. Para un mejor control de su enfermedad, se creó en el Hospital SAS Jerez una consulta multidisciplinar unificada para poder abordar mejor su enfermedad. El objetivo de este estudio es comparar la microbiota respiratoria de estos pacientes antes y después de la constitución de la consulta multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los 2 periodos estudiados fueron: Primer periodo (1 Septiembre 2014-31 Agosto 2015); Segundo Periodo (1 Septiembre 2015-31 Agosto 2016). La Unidad está compuesta por 2 pediatras, 1 digestivo, 1 otorrinolaringólogo, 1 microbiólogo, 2 fisioterapeutas, 1 enfermera y un psicólogo. En el segundo periodo, cada 2 semanas, 4 pacientes fueron atendidos por los profesionales en la consulta, y al final de la mañana, los especialistas se reunían para comentar cada caso de manera individualizada. En el primer periodo la consulta unificada no existía. Los esputos fueron sembrados de manera cuantitativa en agar sangre, agar manitol, agar MacConkey, agar Burkholderia y agar chocolate-bacitracina. Los exudados faríngeos fueron sembrados en agar sangre, agar manitol y agar MacConkey. En ambas muestras se incluyó un cultivo de hongos.

RESULTADOS

En estos periodos se atendieron a 19 niños entre 1 y 13 años. Los microorganismos aislados en los 2 periodos fueron *Staphylococcus aureus* (68.4% vs. 47.4%), *Pseudomonas aeruginosa* (36.8% vs. 26.3%), *Stenotrophomonas maltophilia* (21.1% vs. 10.5%), *Burkholderia cepacea complex* (5.3% vs. 5.3%), otros bacilos gram-negativos no fermentadores (21.1% vs. 26.3%), enterobacterias (26.3% vs. 31.6%) *Aspergillus fumigatus* (5.3% vs. 15.8%) y *Scedosporium apiospermum* (0% vs. 5.3%). Solo el 10.5% de los pacientes del segundo periodo presentaron co-colonización por *S. aureus* y *P. aeruginosa* frente al 26,3% en el primer periodo. Es importante destacar que en el segundo periodo hubo solamente 2 primo-infecciones por *P. aeruginosa* y se consiguió la erradicación de *P. aeruginosa* en 5 pacientes. Un paciente con colonización crónica por *S. aureus* resistente a la metilina también fue erradicado. Todos los pacientes estuvieron libres de micobacterias atípicas.

CONCLUSIONES

La creación de una consulta multidisciplinar en la que los pacientes acuden con una periodicidad regular (2-3 meses) y son atendidos el mismo día por todos los profesionales sanitarios puede ayudar a un mejor control de su enfermedad y adecuar sus tratamientos de manera más efectiva.

Palabras clave: Fibrosis Quística, Pseudomonas aeruginosa, Erradicación

P-38**A PROPÓSITO DE UN CASO: BACTERIEMIA POR NEISSERIA GONORRHOEAE**

PEDRO CAMACHO MARTÍNEZ*, JOSE ANTONIO LEPE JIMÉNEZ, ANGEL RODRÍGUEZ VILLODRES, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. H.U.VIRGEN DEL ROCÍO

INTRODUCCIÓN:

La infección gonocócica diseminada (IGD) es una manifestación poco común (0,5-1%) de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*. Clásicamente la IGD se manifiesta como una bacteriemia asociada con dermatitis y tenosinovitis, o con una artritis purulenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 27 años, sin factores de riesgo conocidos; que acude a urgencias con dolor e inflamación en la rodilla derecha. A la exploración, presentaba derrame articular con moderada hinchazón, sin enrojecimiento, ni aumento de temperatura. El diagnóstico de alta fue monoartritis pendiente de estudio. Posteriormente consulta en varias ocasiones por persistir el dolor articular, no evidenciándose nuevos hallazgos clínicos, siendo derivado a la consulta de aparato locomotor, donde se le realiza una artrocentesis de rodilla derecha, presentando el líquido articular características mixtas (1700 cel/mm³, polimorfonucleares 11%, mononucleares 89%, proteínas 49.3 g/L, glucosa 1.02 g/L). En la tinción de Gram no se observaron polimorfonucleares ni microorganismos y el cultivo de líquido articular resultó negativo.

Un mes y medio después, acude de nuevo a urgencias por persistencia de la inflamación articular y fiebre de reciente aparición asociada a náuseas, vómitos frecuentes y postración. Además, refería disuria y un exudado uretral verdoso desde hace 3 días. En base a la clínica se realizó cultivo del exudado uretral y hemocultivos. Ante la sospecha de uretritis exudativa, se le administró 2 g ceftriaxona iv, y fue dado de alta con cefixima 400 mg cada 24h.

Tanto en el hemocultivo como en el exudado uretral se observaron diplococos Gram-negativos en la tinción de Gram. Posteriormente, se aisló e identificó en ambos cultivos *Neisseria gonorrhoeae* mediante MALDI-TOF, siendo sensible a ceftriaxona (CMI=0,008mg/L) y espectinomocina (CMI=8mg/L); sensibilidad intermedia a penicilina (CMI=0,5mg/L) y azitromicina (CMI=0,5mg/L); y resistente a ciprofloxacino (CMI>32mg/L).

La tipificación de la cepa (tipado molecular y auxotipado) está en curso.

DISCUSIÓN:

La patogénesis de la IGD se asocia tanto a factores microbianos como del huésped. Los factores de riesgo más importantes incluyen: sexo femenino, embarazo, menstruación, la infección asintomática, consumo de drogas intravenosas, deficiencia del complemento, infección por VIH, y el lupus eritematoso sistémico. Los factores microbianos se asocian a serotipos WI (porina A1) y a cepas con requerimientos nutricionales específicos (cepas HAU).

En este caso, los factores microbianos pueden haber tenido un papel importante en el desarrollo de IGD dado que el paciente era inmunocompetente y no presentaba factores de riesgo.

Palabras clave: Neisseria gonorrhoeae, gonococo, infección gonocócica diseminada

P-39**ESTUDIO DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN EL AÑO 2016.**

CAMACHO MARTÍNEZ P*, ANDRADES ORTEGA M, RODRÍGUEZ REY AM, RUIZ GALLEGO MC, AZNAR MARTÍN J

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. H.U.VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

INTRODUCCION

La infección gonocócica es un problema de salud pública debido a las altas tasas de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a ciertos antibióticos. Las últimas guías europeas recomiendan la introducción de un tratamiento antimicrobiano dual debido al incremento de estas resistencias. El objetivo del estudio fue hacer un seguimiento de la sensibilidad antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae* obtenidas entre enero de 2009 y junio de 2016 en el H.U.Virgen del Rocío.

MATERIAL Y METODOS

Desde enero de 2009 a junio de 2016 se aislaron un total de 157 cepas de *Neisseria gonorrhoeae*, mediante cultivo en agar Thayer Martin. La identificación se realizó hasta el año 2012 utilizando galería de *Neisseria* 4H, y de ahí en adelante mediante MaldiToF (Bruker). Todas las cepas fueron estudiadas mediante E-test siguiendo los criterios del European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) para su interpretación. El medio que se utilizó fue Mueller-Hinton sangre y los antibióticos estudiados fueron penicilina (N=149), ceftriaxona (N=152), espectinomicina (N=154), ciprofloxacino (N=157) y azitromicina (N=48).

RESULTADOS

Las cepas estudiadas fueron un 36.9% resistentes a penicilina, 41.6% de sensibilidad intermedia y 21.5% sensibles; 2.6% resistentes a ceftriaxona y 97.4% sensibles; 2.6% resistentes a espectinomicina y 97.4% sensibles; 63.1% resistentes a ciprofloxacino y 36.9% sensibles; 12.5% resistentes a azitromicina, 2.1% de sensibilidad intermedia y 85.4% sensibles.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que debido al alto porcentaje de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* en nuestro medio a penicilina (78.5% resistentes o sensibilidad intermedia) y a ciprofloxacino (63.1% resistentes), estos antibióticos no deben utilizarse como tratamiento empírico de elección.

Por eso, resulta fundamental desarrollar programas de monitorización de resistencias como estrategia de control de la infección gonocócica y así poder mantener las guías terapéuticas actualizadas para un correcto manejo del paciente.

Palabras clave: Neisseria gonorrhoeae, gonococo, sensibilidad

P-40**EVOLUCION DE LAS ESPECIES DE MICOBACTERIAS ATIPICAS IDENTIFICADAS EN NUESTRO CENTRO**

RUIZ MARTINEZ, PILAR, GUTIERREZ AROCA, JUAN, CAUSSE DEL RIO, MANUEL, CASAL ROMAN, MANUEL

(1)CENTRO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS. FACULTAD DE MEDICINA.

(2)(3) (4) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA .HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. CENTRO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS. FACULTAD DE MEDICINA. CORDOBA.

Desde que se les empezó a asignar un papel en diferentes patologías (broncopulmonares, ganglionares, cutáneas, osteoarticulares, genitourinarias, intestinales etc) la importancia de los aislamientos de Micobacterias atípicas ha ido en aumento. Las podemos encontrar distribuidas por todo el medio ambiente, siendo el agua y el suelo el reservorio principal. Su transmisión es fundamentalmente por contacto directo, aerosoles o bien por ingesta de alimentos contaminados. Normalmente son saprofitas pero se pueden comportar también como patógenos oportunistas y patógenas según el estado de inmunosupresión. Los métodos moleculares, así como la espectrometría de masas han facilitado enormemente la identificación de estas micobacterias.

Revisamos en los últimos 5 años las Micobacterias atípicas identificadas en nuestro Centro para ver cuales han sido las especies más frecuentemente aisladas y en que tipo de muestras.

MATERIAL Y METODO:

Todos los cultivos recibidos para identificación de posible Micobacteria atípica, fueron resembrados tanto en medio sólido de Lowenstein_jensen, como Medio líquido de MGIT. La identificación se llevó a cabo mediante Genotype CM/AS.

RESULTADOS:

En este periodo se han identificado 229 Micobacterias atípicas. Estas micobacterias procedían de un 81,22% de muestras pulmonares y un 18,77% de muestras extrapulmonares. De ellas 118(51,52%) han sido micobacterias de crecimiento lento y 111 (48,47%) de crecimiento rápido. La especie más frecuentemente identificada en este periodo ha sido *M. intracellulare* (28,38%) se guía de *M. fortuitum* (20,08%), *M. chelonae* (11,3%) y *M. abscessus* (6,11%). Otras especies identificadas en menor proporción han sido : *M. gordonae*, *M. avium*, *M. lentiflavum*, *M. marinum*, *M. kansasii*, *M. mucogenicum*, *M. peregrinum*, *M. simiae*, *M. scrofulaceum*, *M. gastri*, *M. celatum* , *M. xenopy* y *M. smegmatis*.

CONCLUSIONES:

La frecuencia en las identificaciones de micobacterias atípicas de crecimiento lento y crecimiento rápido, han sido muy similares, predominando los aislamientos pulmonares.

Palabras clave: Micobacterias atípicas, Genotype

P-41

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS AISLAMIENTOS DE MUESTRAS RESPIRATORIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GARCÍA PÉREZ C., SENA CORRALES G., BARDÓN DE TENA P.*, VIÑUELA GONZÁLEZ L., ORTEGA TORRES M., VICIANA RAMOS I., CLAVIJO FRUTOS E.

INTRODUCCIÓN

La infección-colonización de las vías respiratorias inferiores es una situación frecuente en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y sometidos a ventilación mecánica. La neumonía en estos pacientes lleva asociada una elevada tasa de morbi-mortalidad, situación agravada debido al carácter multirresistente de los agentes causales. Por ello, es importante conocer la incidencia para establecer programas de prevención.

OBJETIVO:

Estudiar los microorganismos aislados en muestras respiratorias en pacientes sometidos a ventilación mecánica, ingresados en la UCI de nuestro hospital en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo desde Enero de 2011 a Diciembre de 2015 de los microorganismos aislados en muestras respiratorias. La identificación y estudio de sensibilidad se realizaron con el sistema automatizado MicroScan Walkaway (Siemens). Detección fenotípica de beta-lactamasas y carbapenemasas: discos de cefalosporinas y carbapenems combinados con inhibidores (método DST, Rosco Diagnostic) y test de Hodge como screening inicial para las carbapenemasas.

RESULTADOS

El número total de aislamientos fue 560: el 37,7% correspondía a Enterobacterias (10,7% *K. pneumoniae*, 10,2% *E. coli*, 8,4% *Enterobacter sp.*, 6,2% *S. marcescens*, 5,1% otras), 31,8% bacilos gram negativos no fermentadores (18,6% *P. aeruginosa*, 8,2% *A. baumannii*, 5% *S. maltophilia*), 25% cocos gram positivos (19,6% *S. aureus*, 5,3% *S. pneumoniae*) y 5,5% *H. influenzae*.

Tabla 1. Número de aislamientos N (%) de microorganismos multirresistentes por año.

	2011	2012	2013	2014	2015
SARM	4(13,3)	5(16,7)	5(16,7)	5(16,7)	11(36,7)
<i>Pseudomonas</i> multirresistente	2(7,4)	6(22,2)	2(7,4)	10(37)	7(25,9)
AMBR	6(13,9)	7(16,3)	5(11,6)	9(20,9)	16(37,2)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> BLEE	0(0)	3(15,7)	4(21)	6(31,6)	6(31,6)
TOTAL	12	21	16	30	40

SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

AMBR: *Acinetobacter baumannii* multirresistente

Respecto a la sensibilidad, destaca: Todas las cepas de *A. baumannii* presentaron multirresistencia, siendo uniformemente sensibles a colistina. El 26% de *P. aeruginosa* fueron multirresistentes. 5 cepas (45,5%) de SARM aisladas en 2015 fueron resistentes a Linezolid. El 31,7% de *K. pneumoniae* fueron BLEE, con producción simultánea de OXA-48 en 3 cepas en 2015.

CONCLUSIONES

Se observa un aumento de microorganismos multirresistentes en los últimos años (2014-2015), lo cual puede explicarse por la aparición de brotes nosocomiales en esta unidad. El incremento de multirresistencia hace necesario un estrecho seguimiento del perfil de sensibilidad, un mejor uso de antibioterapia e intensificar las medidas de control para evitar la aparición y propagación de estos microorganismos.

Palabras clave: multirresistencia, epidemiología

P-42**ESTUDIO DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE ENTEROBACTERIAS MÁS FRECUENTES AISLADAS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN (SEVILLA)**

VALLE ODERO BERNAL, JOSE CÓRDOBA-GARCÍA, ROSARIO CARRILLO, MARÍA ROSA MOYANO

AUTOR (1) VALLE ODERO BERNAL

OBJETIVOS:

Conocer el patrón de sensibilidad de las enterobacterias más frecuentes aisladas en nuestro hospital desde abril a septiembre 2016, periodo desde el cual se puso en marcha el sistema automático Phoenix® 100.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo de aislamientos significativos procedentes de muestras de pacientes hospitalizados desde el 1 de abril de 2016 a 1 de septiembre de 2016. La identificación y la determinación de la sensibilidad antimicrobiana se realizó mediante el sistema automático Phoenix®100 de Becton-Dickinson. Se estudió la sensibilidad a: ampicilina (AM), amoxicilina-ácido clavulánico (AMC), cefuroxima (CRM), ceftriaxona (CFT), ceftazidima (CAZ), imipenem (IMP), gentamicina (GM), ciprofloxacino (CIP), cotrimoxazol (T/S) y fosfomicina (FOS). Se determinaron los porcentajes de sensibilidad con el paquete estadístico de Epicenter® conectado a Phoenix® 100. Ante la alerta del sistema de posible cepa productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) se procedió a confirmación mediante estudio con disco-placa en agar Mueller-Hinton.

RESULTADOS:

En nuestro periodo de estudio se aislaron 405 cepas de enterobacterias de muestras clínicas de pacientes ingresados; 262 correspondieron a aislamientos de las enterobacterias descritas: 205(50.6%) E. coli; 30(7.4%) K pneumoniae, y 27(6.6%) P. mirabilis.

La sensibilidad para E. coli fue: IMP y FOS 100%, GM 88.2%, CAZ y CFT 86.3% CRM 81.3%, CIP 77.5%, T/S 74.1%, AMC 69.8%, y AM 31.7%

K. pneumoniae: IMP 100%, GM 90%, T/S y CIP 83.3%, FOS 80%, CFT 76.7%, AMC 74.1%, y CRM y CAZ 73.3%

P. mirabilis: IMP, CAZ, CFT y CRM 100%, AMC 95.83%, FOS 88.8 %, CIP 70.3 %, GM 66.7%, T/S 59.3 % y AM 51.8 %.

Phoenix®100 detectó posible producción de BLEE en 27 (13.2%) cepas de E. coli, de las cuales fueron confirmadas como positivas en 4 de ellas, procedentes de pacientes varones con un intervalo de edad comprendido [7-72 años], 2 de ellos procedentes del servicio de medicina interna, 1 pediatría y otro oncología. Las muestras clínicas correspondieron a 2 urocultivos, 1 catéter y 1 úlcera.

CONCLUSIONES:

- E. coli fue la enterobacteria más frecuente en nuestro medio, destacando su sensibilidad 100% a FOS y 4 de ellas fueron confirmadas como BLEE.
- K. pneumoniae presentó mejor sensibilidad a quinolonas y mayor resistencia a cefalosporinas con respecto a las otras dos especies.
- GM y T/S presentaron en P. mirabilis menor sensibilidad, pero no presentó resistencia a ninguna de las cefalosporinas.
- IMP fue sensible en todos los aislamientos estudiados.

Palabras clave: Sensibilidad, Enterobacterias

P-43**TEMPORADA GRIPAL 2015-2016 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA**

GARCÍA PÉREZ C.1, VIÑUELA GONZÁLEZ L.1, VICIANA RAMOS I.*1, BARDÓN DE TENA P.1, AGUILERA AGUILERA A.2, CABRERA GODOY F.2, CLAVIJO FRUTOS E.1

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA¹. SERVICIO DE MEDINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA². HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

La gripe representa un importante problema de salud pública. Las epidemias estacionales de gripe se relacionan con altas tasas de hospitalización y mortalidad en poblaciones de alto riesgo, además de ejercer gran presión sobre los servicios de salud y tener importantes repercusiones económicas. Es imprescindible una adecuada vigilancia epidemiológica de la enfermedad que permita detectar y caracterizar los virus circulantes.

OBJETIVO

Describir las características clínico-epidemiológicas durante la temporada de gripe 2015-2016 en nuestro hospital.

MATERIAL/MÉTODOS

Estudio descriptivo de las determinaciones realizadas mediante biología molecular a las muestras de exudado nasofaríngeo y aspirado bronquial de pacientes que presentaban criterios clínicos de gripe durante el período octubre 2015-mayo 2016 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. La técnica de diagnóstico fue una PCR a tiempo real que detecta virus influenza A, influenza B y virus respiratorio sincitial (Simplexa™ Flu A/B & RSV Direct assay, Focus Diagnostics).

RESULTADOS

Se realizaron 687 determinaciones durante el período gripal, siendo positivas 214 (31,1%): 168 (78,5%) gripe A y 47 (21,5%) gripe B. De los casos positivos, no hubo diferencias significativas por sexo, siendo el 51.8% hombres. La edad media fue de 55 años (15-25: 40, 36-55:70, 56-75:66, 76-95:37). 47 pacientes (21,9%) estaban vacunados, 165 no (77,1%) y en 2 casos se desconoce. El 51.8% de los positivos presentaron factores de riesgo.

Se requirió ingreso en 102 (47,6%) pacientes, siendo los servicios de admisión: 45% neumología, 25,5% medicina interna y 6,8% UCI. Durante el ingreso 10 fallecieron.

El pico epidémico fue entre la semana 12 y 13 (temporada 2014-2015: pico semana 5-6). En la siguiente tabla se recoge el análisis de los positivos por semanas:

Semana	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Positivos	5	4	4	12	24	32	37	38	18	12	8	6
	5A	4A	4A	12A	19A/5B	24A/8B	33A/4B	31A/7B	9A/9B	5A/7B	6A/2B	2A/4B
Total	24	21	18	39	69	70	87	102	42	37	33	21

CONCLUSIÓN

La epidemia gripal a diferencia de la temporada anterior, se inició de forma tardía alcanzando su punto máximo en marzo, y se asoció a una circulación mayoritaria del virus de la gripe A, con una creciente contribución de virus de la gripe B a medida que avanza la temporada (marzo-abril). El 50% de pacientes eran menores de 55 años y más del 70% no estaban vacunados, por lo que habría que insistir en las campañas de vacunación antigripal.

Palabras clave: Gripe

P-44**EMPLEO DE MÉTODOS FILOGENÉTICOS PARA EVALUAR CONTAMINACIÓN CRUZADA EN SECUENCIACIÓN MASIVA**

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

ANTECEDENTES / OBJETIVOS

Los métodos filogenéticos se utilizan en la población VIH y VHC en estudios de parentesco, dinámica de epidemia, subtipado molecular y conocer redes de transmisión. La secuenciación UDS es muy sensible, por lo que debemos de asegurar que no haya secuencias cruzadas entre pacientes, realizando un estudio filogenético podemos obtener dicha información. Nuestro objetivo ha sido evaluar la filogenia como marcador de posible contaminación en el proceso de secuenciación UDS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio filogenético de cada ensayo empleando la tecnología 454 GS-Junior (Roche) en pacientes VIH del periodo Julio 2015- Septiembre 2016. Se analizaron un total de 23 ensayo distintos, siendo un total de 340 muestras comprobadas. Las distintos amplicones de cada paciente se obtuvieron de GS Amplicon Variant Analyzer para la región PR y RT, posteriormente se filtraron las secuencias según calidad (Q>30). Además se creó una secuencia consenso de cada paciente del gen pol mediante el software Mesquite. Se utilizó el software MUSCLE para alinear las secuencias y MEGA 6.06 para generar árboles filogenéticos mediante el método Neighbor joining para la región PR, RT y secuencias consenso, definiendo una relación entre secuencias en ramas pertenecientes a clusters con valor de bootstrap superiores a 70%.

RESULTADOS

La mediana de edad fue de 41 años [IQR: 32-49], de ellos un 80,3% eran hombres, el 91,1% de las secuencias son subtipo B. La mediana de carga viral fue de 37.200 cp/ml [IQR: 2333-151000], la mediana de CD4 fue de 295 cel/ml [IQR: 150-547]. Se contabilizó un único ensayo contaminado para muestras VHC, se volvieron a secuenciar las muestras, repitiendo el estudio filogenético, demostrando que ya no existía contaminación. Para los ensayo en los que no se produce contaminación entre muestras se observa las secuencias de cada paciente bien agrupadas en cluster con bootstrap >90%. Sin embargo, cuando existe contaminación cruzada las secuencias de los pacientes se mezclan entre los cluster de cada paciente, creándose un gran cluster que engloba todas las secuencias contaminadas, no existiendo distancias genéticas entre muestras contaminadas, ni variabilidad intraespecifica ni interespecifica. Se observa una similitud en los árboles filogenéticos con los amplicones estudiados y la secuencia consenso de cada paciente.

CONCLUSIONES

Los estudios filogenéticos nos pueden ayudar a observar si existe una contaminación en el ensayo efectuado. Los árboles filogenéticos no difieren, pudiendo utilizarse la secuencia consenso del paciente o amplicon de la región PR/RT.

Palabras clave: Filogenia, Secuenciación masiva, Contaminación

P-45**RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN HELICOBACTER PYLORI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO**

ANA MARÍA RODRÍGUEZ REY, PEDRO CAMACHO MARTÍNEZ, MARÍA ANDRADES ORTEGA, MAITE RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, JAVIER AZNAR MARTÍN

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA-UCEIMP-HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

INTRODUCCIÓN.

La determinación de la sensibilidad in vitro de *Helicobacter pylori* a los agentes antimicrobianos es importante ya que la resistencia tanto primaria como adquirida a varios antibióticos se asocia con la ausencia de erradicación de la bacteria en el estómago.

OBJETIVO:

Describir los patrones de resistencia de *Helicobacter pylori* aislados en muestras de biopsia gástrica desde enero de 2010 a agosto de 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En el estudio se incluyeron 270 muestras de biopsia gástrica recibidas en nuestro laboratorio desde enero de 2010 hasta agosto de 2016. El cultivo se hizo en agar sangre y agar *Helicobacter* con incubación a 37° y atmósfera microaerófila durante 4-5 días. La identificación de las cepas se basó en la observación macroscópica de sus colonias, la tinción de Gram y a la prueba de la ureasa. El estudio de sensibilidad se hizo mediante E-test en agar Mueller-Hinton sangre. Los antibióticos estudiados fueron: amoxicilina-clavulánico, tetraciclina, metronidazol, claritromicina y azitromicina. La interpretación se hizo siguiendo los criterios EUCAST.

RESULTADOS:

De las 270 muestras procesadas el cultivo resultó positivo en 73 de ellas (27,03%) y el antibiograma fue posible realizarlo en 52 de las mismas. Los resultados se recogen en la siguiente tabla:

Antibiótico	Nº cepas resistentes	% resistencia
Amoxicilina-clavulánico	2	3.8
Azitromicina	1	1.9
Claritromicina	23	44.2
Metronidazol	17	32.6
Tetraciclina	0	0

De las 52 cepas, 32(64%) son resistentes a algún antibiótico. Los principales fenotipos de resistencia se recogen en la siguiente tabla:

Fenotipo resistencia	Nº cepas resistentes(%)
Claritromicina	11 (34,3%)
Claritromicina+metronidazol	13(40,6%)
Amoxicilina-clavulánico	1(3,1%)
Metronidazol	5(15,6%)
Claritromicina+azitromicina	1(3,1%)
Amoxicilina-clavulánico+claritromicina+ metronidazol	1(3,1%)

Tras la revisión de la historia clínica la mitad de los pacientes con cepas resistentes a algún antibiótico son niños menores de 15 años y el resto adultos, 15 pacientes no recibieron tratamiento erradicador previo, mientras que 9 sí y del resto no constan datos.

CONCLUSIONES:

-La mayor tasa de resistencia se da en claritromicina (44.2%) seguido de metronidazol (32.6%).

-Las cepas resistentes a claritromicina y a metronidazol son el fenotipo de resistencia más común, seguidas por las que únicamente presentan resistencia a claritromicina.

Palabras clave: Helicobacter pylori, resistencia

P-46**UTILIDAD DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA (NGS) PARA EL ESTUDIO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: INFECCIONES MIXTAS Y MUTACIÓN S282T**

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO , ANA BELÉN PÉREZ , NATALIA CHUECA , MIGUEL GARCÍA DEL TORO , MIGUEL JIMÉNEZ , DANIEL NAVARRO , DOLORES MERINO , JUAN CARLOS ALADOS , ANA MARÍA MARTÍNEZ-SAPIÑA , FEDERICO GARCÍA, ET AL.

(1) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (2) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (3) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (4) SERVICIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS, H. GENERAL VALENCIA. (5) H. CARLOS HAYA. (6) COMPLEJO H. SANTIAGO DE COMPOSTELA. (7) COMPLEJO H. HUELVA. (8) H. JEREZ. (9) H. MIGUEL SERVET. (10) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

ANTECEDENTES / OBJETIVO

Existe cierta controversia acerca de la utilidad de las técnicas de secuenciación masiva (NGS) para el estudio de las resistencias del VHC. La secuenciación masiva ha demostrado ser útil en algunas situaciones; para el análisis exhaustivo de la variación genética intra-paciente. En nuestro estudio mostramos la utilidad de NGS para la correcta identificación de la sustitución asociada a resistencia S282, así como para la detección de infecciones mixtas.

MATERIAL Y MÉTODO

En la cohorte de resistencias HepCREsp-GEHEP-004 hemos analizado por el momento 255 fallos a diferentes combinaciones de AADs, en pacientes la mayoría varones (83,9%), con una edad mediana de 53 años (IQR 48-58) y con una CV mediana de 5,94 Log UI/ml (IQR 5,49-6,46). En todos ellos se ha analizado, entre otros la región NS5B mediante secuenciación tipo Sanger. Para los casos en los que se detectó la sustitución de resistencia S282T pura y/o en forma de mezclas, casos de cambio de genotipo desde la basal al fracaso, o en origen se describía una infección mixta, utilizamos NGS mediante GS Junior para la discriminación. El fragmento NS5B secuenciado fue de 387 pb (posiciones de nucleótidos 8254-8641). Los genotipos se asignaron utilizando BLAST y geno2pheno.

RESULTADOS

La población de estudio para la confirmación de S282T incluyó a 5 pacientes, hombres de nacionalidad española, con una mediana de edad de 51 años (IQR 47,5-55), una mediana de carga viral de 6,24 log UI/ml (IQR 5,41-7,10). Cuatro pacientes genotipados como 4d (n=2), 4a (n=1) y 4d+1a (n=1) habían fallado a SOF+LED, y uno a SOF+SIM presentando genotipo 1A. En tres casos se pudo confirmar la mutación S282T, modificándose el codón wild type AGC por ACC, con proporciones de mutante del 17%, 37% y 100% en cada muestra. Se hizo un seguimiento en uno de los pacientes, confirmando una persistencia excepcional de dicha mutación. Los casos restantes fueron artefactos producidos en la secuenciación poblacional, por lo que la prevalencia real de S282T fue de 1,3%.

De los once casos de sospecha por infección mixta, esta se confirmó en cinco casos, lo que arroja una prevalencia de infección mixta del 2,2%, siendo la infección mixta de genotipos 1a + 1b la mayoritaria. La relación de genotipos en las infecciones mixtas fue entorno a 30%:70%.

CONCLUSIONES

NGS es una herramienta útil, necesaria para confirmar la presencia de S282T, diferenciándola de artefactos producidos por la secuenciación Sanger, y para confirmar la presencia de infecciones mixtas.

Palabras clave: VHC, mixta, S282T

P-47**ESTUDIO DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE S. AUREUS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN (SEVILLA)**

VALLE ODERO BERNAL, JOSE CÓRDOBA-GARCÍA, MARÍA ROSA MOYANO
AUTOR (1) VALLE ODERO BERNAL

OBJETIVOS:

Debido a la importancia de *Staphylococcus aureus* en patología infecciosa, tanto en el ámbito nosocomial como en la comunidad; decidimos conocer el patrón de sensibilidad de las cepas de *S. aureus* aisladas en pacientes ingresados en nuestro hospital desde abril a septiembre de 2016, periodo desde el cual se puso en marcha el sistema automático Phoenix®100 de Becton-Dickinson (BD).

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo de los aislamientos procedentes de muestras de pacientes hospitalizados desde el 1 de abril al 1 de septiembre de 2016. La identificación y la determinación de la sensibilidad se realizó mediante el sistema automático Phoenix® de BD. Se estudió la sensibilidad a los siguientes antibióticos: gentamicina (GM), cotrimoxazol (T/S), cefoxitina (FOX), ceftarolina (CTR), oxacilina (OX), teicoplanina (TP), vancomicina (V), daptomicina (DAP), clindamicina (CC), eritromicina (ERT), linezolid (LZD), ciprofloxacino (CIP), moxifloxacino (MXF), tetraciclina (TET), ácido fusídico (FA) y mupirocina (MP). Para la determinación de porcentajes de sensibilidad se utilizó el paquete estadístico EpiCenter® conectado a Phoenix® de BD.

RESULTADOS:

Durante el periodo descrito, se aislaron 519 cepas con significación clínica en pacientes ingresados en nuestro hospital, de las cuales 42 (8.1%) fueron *S. aureus*. El estudio de sensibilidad mostró TP, V, DAP y LZD sensibles en el 100% de las cepas, CTR 97.6%, T/S, TE y FA 95.2%, GM 92.8%, MP 90%, MXF y CC 85.7%, y FOX, OX, E y CIP 83.3%. Durante el periodo de estudio hemos obtenido 8 cepas *S. aureus* meticilin-resistentes (MRSA), pero sólo 2 correspondieron a 2 mujeres de 24 y 77 años ingresadas en planta al servicio de medicina interna, las 6 restantes fueron cepas de pacientes que habían sido vistos en urgencias y no se llegó a su ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

- Todas las cepas fueron sensibles a LZD, DAP y glicopéptidos.
- Eritromicina, quinolonas y clindamicina fueron los antibióticos que presentaron menor sensibilidad.
- En nuestro periodo de estudio se detectaron 2 cepas MRSA, de las que se alertó para el aislamiento de contacto de las pacientes ingresadas.

Palabras clave: Sensibilidad, S. aureus

P-48**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y FILOGENÉTICO DE PACIENTES VIH RECLUSOS EN INSTITUCIÓN PENITENCIARIA DE GRANADA**

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, ALEJANDRO PEÑA, JOSE JOAQUÍN ANTÓN, FERNANDO RUIZ, FEDERICO GARCÍA
(1)SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (2)SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS. (3) CP ALBOLOTE, GRANADA. (4) CP ALBOLOTE, GRANADA. (5) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

ANTECEDENTES / OBJETIVOS

En España se estima que entre un 6-13% de personas VIH están en prisión. Existen pocos estudios centrados en la población penitenciaria en España, sobre todo de estudios filogenéticos. Nuestro objetivo ha sido estudiar la población VIH de reclusos en Granada; cadenas de transmisión VIH, existencia de mutaciones, características sociodemográficas y clínicas de los presos VIH a los que se solicita estudio de resistencias antirretrovirales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las secuencias de 33 pacientes diagnosticados VIH de la institución penitenciaria de Granada durante el periodo 2005-2016. La secuenciación del gen pol (Proteasa y Transcriptasa reversa) para las muestras de 2005-2013 se realizaron mediante el kit Trugene HIV Genotyping Kit (Siemens), las pertenecientes al año 2013-2016 fueron secuenciadas con UDS mediante 454 GS-Junior. Para el estudio de resistencias se utilizó la database Stanford v 7.0, el estudio filogenético se realizó mediante MEGA 6.06 y el método de Neighbor-Joining. También se analizaron las historias clínicas de los presos.

RESULTADOS

La población estudiada presenta una mediana de edad (IQR) de 44 años (38-47), mayoritariamente hombres (70%), valores de mediana CD4 y CV de 417 cel/ml (259-686) y 14403 cp/ml (6190-44500) respectivamente, la mediana de tiempo en prisión actual fue de 18 meses (7,5-33), predominando el subtipo B (93,3%). La vía de transmisión más común fue UDVP con 19 pacientes (63,3%), seguido de HTX en 9 casos (30%) y 1 HMX (3,3%). En 16 casos (53,3%) presentaban infección por VHC, mayoritariamente subtipo 1 y 3. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra Tuberculosis en 4 pacientes (13,3%). La adherencia al tratamiento es subóptima; siendo un 26,6% irregulares y un 23,3% rechazan tratamiento. El 15,15% de pacientes tenía mutaciones en la región RT, siendo las mutaciones K103N y M184V las más abundantes (60%). El 9% de los pacientes presentaron alguna mutación para la región Integrasa. No se ha detectado ningún evento de transmisión entre los pacientes estudiados dentro de la institución. Tan solo detectamos secuencias relacionadas en tres pacientes, en los que se disponía de más de un ensayo de resistencias; dos se asociaron con un bootstrap >90% y otro con un 70%.

CONCLUSIONES

Presentamos los datos sociodemográficos y epidemiológicos de los reclusos que acceden a tratamiento antirretroviral en la institución penitenciaria de Granada. Entre los casos estudiados no existen cadenas de transmisión VIH. La adherencia al tratamiento antirretroviral es subóptima.

Palabras clave: VIH, Epidemiología, Reclusos

P-49**VALORACIÓN DEL CORRECTO GENOTIPADO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C MEDIANTE EL ENSAYO COBAS HCV GT**

*JOSE ÁNGEL FERNÁNDEZ-CABALLERO, MARTA ÁLVAREZ, NATALIA CHUECA, ANA BELÉN PÉREZ, MARÍA DOLORES MÉRIDA, JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ, JOSEFA LÓPEZ, FEDERICO GARCÍA

SERVICIO MICROBIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA, CENTRO SAN CECILIO-PTS.

ANTECEDENTES / OBJETIVO

Para la correcta elección del régimen de tratamiento con antivirales de acción directa frente al VHC, la correcta asignación del genotipo, y la diferenciación de los subtipos 1a y 1b es fundamental. Cobas HCV GT (Roche) es un nuevo ensayo para determinar el genotipo VHC. Nuestro objetivo ha sido determinar la correcta asignación de genotipos VHC a través de esta última tecnología, en comparación con la secuenciación poblacional NS5b.

PACIENTES Y MÉTODOS

Primero se procedió a la determinación de genotipo mediante Cobas HCV GT, posteriormente los extraídos fueron utilizados para efectuar secuenciación tipo Sanger en NS5b. El fragmento NS5b secuenciado presento 387 pb (posiciones de nucleótidos 8254-8641). Los genotipos fueron asignados utilizando BLAST y geno2pheno HCV. Las principales diferencias se definieron como las diferencias entre el genotipo asignado por Cobas HCV GT y secuenciación NS5b (incluyendo la diferenciación de subtipos 1a y 1b). No se pudieron considerar discrepancias a nivel de subtipos 2-6 debido a que Cobas HCV GT no hace diferenciación. Se estudiaron 153 muestras procedentes de pacientes VHC, en los que Cobas HCV GT identifico los siguientes genotipos; 1b (n=55), 1a (n=54), 2 (n=1), 3 (n=22), 4 (n=18), "indeterminado" (n=3).

RESULTADOS

La mayoría fueron hombres (69,9%), presentando una mediana de edad de 52,5 años (IQR: 47-65), una mediana de carga viral 5,9 log UI/ml (IQR: log 4,9-6,5), de nacionalidad española (97,4%). La comparación entre ambos métodos no arrojó discordancias. El ensayo Cobas HCV GT identificó correctamente todos los subtipos 1a y 1b, aunque para el resto de genotipos no fue capaz de discriminar el subtipo. Las únicas diferencias fueron en los tres indeterminados: una muestra cuya carga viral fue de 10400 UI/ml, y la secuenciación poblacional NS5b obtuvo un genotipo 4d; y dos muestras con cargas virales altas, que en NS5b resultaron ser 3a y 1a respectivamente.

CONCLUSIONES

Si utilizamos la secuenciación poblacional NS5b como referencia, observamos que Cobas HCV GT pudo asignar correctamente los genotipos de VHC prácticamente en la totalidad de los casos, aunque no es capaz de subtipar los genotipos 2, 3, 4, 5 y 6. La secuenciación NS5b fue útil como técnica de referencia para resolver el pequeño porcentaje de casos en que Cobas HCV GT no pudo determinar el genotipo viral.

Palabras clave: VHC, Genotipado, Cobas

P-50**ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD A CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM DE CEPAS DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTES Y CARACTERIZACION MOLECULAR DE LA RESISTENCIA MEDIADA POR METALOBETALACTAMASAS**

MARTA ANILLO PONCE, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, JORGE ARCA SUÁREZ, PILAR MARÍN CASANOVA, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS

UGC MICROBIOLOGÍA H. U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

Pseudomonas aeruginosa se caracteriza por su facilidad para desarrollar resistencia a diferentes antibióticos. Ceftolozano-tazobactam(C/T) es eficaz frente a cepas multirresistentes pues posee capacidad para evadir numerosos mecanismos de resistencia de este microorganismo, aunque su actividad frente a carbapenemasas parece limitada. La prevalencia de cepas de *P. aeruginosa* productoras de estas enzimas en España es todavía relativamente baja aunque su detección no es infrecuente. Los objetivos del presente trabajo son determinar la sensibilidad aC/T en cepas multirresistentes de *P. aeruginosa*, comparar su eficacia in vitro con la de otros betalactámicos y caracterizar la resistencia mediada por metalobetalactamasas.

MATERIALES Y MÉTODO:

Se estudiaron 65 cepas de *P. aeruginosa* multirresistentes aisladas de muestras clínicas remitidas al Laboratorio de Microbiología del H. U. Puerta del Mar entre enero de 2013 y abril de 2016, previamente identificadas mediante MALDI-TOF y con estudio de sensibilidad realizado mediante MicroScan (Soria-Melguizo). Se recogieron datos de sensibilidad de ceftazidima, piperacilina/tazobactam, cefepime, imipenem y meropenem. La CMI de C/Tse determinó mediante E-test y se interpretó por criterios EUCAST. La detección fenotípica de carbapenemasas se realizó comparando los halos de inhibición de dos discos de imipenem, uno de ellos impregnado con cloxacilina. Se determinaron los genes codificantes de las principales metalobetalactamasas producidas por *P. aeruginosa* (IMP, VIM, GIM, SPM, SIM) mediante PCR multiplex en todas las cepas con resultado positivo en la detección fenotípica de carbapenemasas y/o resistencia a C/T.

RESULTADOS:

De las 65 cepas estudiadas, 9 se consideraron resistentes a C/T (CMIs entre 6 ug/ml->256 ug/ml), correspondiendo al 13,8% de las cepas. Los datos de resistencia para los otros antibióticos analizados fueron: 51% para piperacilina-tazobactam, 43% para ceftazidima, 60% para cefepime, 98,5% para imipenem y 97% para meropenem. Según el análisis fenotípico 8 cepas fueron productoras de carbapenemasas, 7 resistentes a C/T y una sensible a este antibiótico. La PCR multiplex realizada a estas cepas y a dos resistentes a C/T con análisis fenotípico negativo detectó simultáneamente blaGIM y blaVIM en 6 cepas, únicamente blaVIM en una cepa y ninguna metalobetalactamasa en tres cepas.

CONCLUSIONES:

Ceftolozano-tazobactam demostró una excelente actividad in vitro, siendo más del 86% de las cepas del estudio sensibles a esta combinación, muy superior a otros betalactámicos. La mayoría de las cepas resistentes a C/T producían metalobetalactamasas, destacando su relativamente elevado porcentaje en esta colección (superior al 10%) y la frecuente presencia simultánea de dos de estas enzimas en las cepas.

Palabras clave: Pseudomonas aeruginosa, Ceftolozano-tazobactam, Metalobetalactamasa

P-51**EVALUACIÓN DE LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTAFILOCOCOS DIRECTAMENTE DE HEMOCULTIVOS**

JORGE ARCA SUAREZ, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ*, INMACULADA GUERRERO LOZANO, TERESA TRUJILLO SOTO, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC MICROBIOLOGIA H.U.PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

La identificación de microorganismos directamente del frasco de hemocultivo mediante MALDI-TOF constituye un procedimiento recientemente introducido que permite obtener resultados rápidos y fiables. A pesar de los problemas técnicos que puede presentar, debidos a la baja carga bacteriana y los residuos de la propia muestra biológica, los resultados de identificación en gramnegativos son favorables. Sin embargo, en cocos grampositivos, especialmente en estafilococos, la técnica no resulta tan efectiva. El objetivo de este estudio es evaluar un procedimiento mediante MALDI-TOF para la identificación de estafilococos directamente del hemocultivo empleando una técnica de extracción rápida y adaptada a la rutina de trabajo.

MATERIALES Y MÉTODO:

El estudio se realizó prospectivamente entre abril y agosto de 2016 en la UGC de Microbiología del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, incluyendo en el estudio los hemocultivos positivos, tras incubación en el sistema Bactec FX (Becton Dickinson), en los que se observaron estafilococos en la tinción de Gram. Brevemente, se extrajeron 1.5 mL del hemocultivo y se mezclaron con 50 uL de Tritón al 10%, centrifugándose a 13200 rpm durante 2'. Tras descartar el sobrenadante, se resuspendió el sedimento en 500 uL de agua destilada para volver a centrifugar (13200 rpm /2'). El sedimento se resuspendió en 50 uL de etanol absoluto, depositándose 1 uL en un pocillo de la placa MALDI-TOF, se dejó secar y se añadió 1 uL de ácido fórmico (70%) y matriz, para finalmente realizar la lectura. La confirmación de los resultados se llevó a cabo mediante espectrometría de masas a las colonias obtenidas en los subcultivos tras incubaciones de 18-24 horas.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 70 hemocultivos, en los que se identificaron directamente seis especies de estafilococos: *S. aureus* (n=8) [score: 1,89 – 2,228], *S. haemolyticus* (n=9) [score: 1,738 – 2,137], *S. hominis* (n=25) [score: 1,6 – 2,214], *S. warneri* (n=1) [score: 1,891], *S. epidermidis* (n=24) [score: 1,6 – 2,263] y *S. capitis* (n=3) [score: 1,73 – 1,95]. Los resultados de identificación microbiana al repetirse la prueba en los subcultivos correspondientes fueron idénticos en todos los casos. Los resultados para cada muestra se obtuvieron siempre en un tiempo inferior a 10 minutos desde la visualización del Gram.

CONCLUSIONES:

La identificación de estafilococos directamente del frasco de hemocultivo constituye una técnica viable y de gran utilidad, fiable y rápida. Facilita al microbiólogo la valoración del hemocultivo, y permite establecer un tratamiento eficaz rápidamente en los casos en los que realmente está indicado.

Palabras clave: MALDI-TOF, HEMOCULTIVOS, ESTAFILOCOCOS

P-52**PREVALENCIA DE GENES QNRA, QNRB, QNRC, QNRD Y QNRS EN AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE SALMONELLA ENTERICA.**

TERESA TRUJILLO SOTO*, FÁTIMA GALÁN SÁNCHEZ, FRANCISCA DE LA RUBIA MARTÍN , SALOMÉ TELLO NIETO, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC MICROBIOLOGIA, H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:

Las infecciones sistémicas causadas por *Salmonella* spp. con bajo nivel de resistencia a fluoroquinolonas pueden tener mala respuesta clínica a ciprofloxacino. Esta resistencia es difícil de detectar usando discos de 5 ug de ciprofloxacino; además, la resistencia mediada por plásmidos, como el gen *qnr*, a menudo no es detectada con ácido nalidíxico. Desde 2014, EUCAST ha establecido un screening con discos de pefloxacino de 5 ug para detectar mecanismos de resistencia a fluoroquinolonas en *Salmonella* spp.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de los genes *qnrA*, *qnrB*, *qnrC*, *qnrD* y *qnrS* en cepas de *Salmonella* aisladas de muestras clínicas en humanos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 115 aislamientos clínicos de *Salmonella enterica* aisladas en el H. U. Puerta del Mar serotipadas en un laboratorio de referencia. A todas las cepas se les realizó el screening con pefloxacino y la determinación de la CMI a ciprofloxacino mediante E-test (Liofilchem). Los valores de los puntos de corte fueron interpretados según las pautas de las guías EUCAST. La presencia de genes *qnrA*, *qnrB*, *qnrC*, *qnrD* y *qnrS* fue estudiada mediante dos PCR multiplex en aquellos aislamientos que resultaron positivos a la prueba de screening con pefloxacino (halo de inhibición < 24 mm).

RESULTADOS:

En un total de 37 cepas (32,2%) se obtuvo un halo de inhibición en la prueba con pefloxacino < 24 mm (screening positivo), estando las CMIs de ciprofloxacino en este grupo comprendidas en un rango de 0,064-0,075 mg/mL. De estas cepas, el 89,1% fueron identificadas como *S. Enteritidis* y el 10,9% como *S. Typhimurium*. El resto de las cepas fueron negativas en el screening con pefloxacino, con valores de CMI de ciprofloxacino entre 0,012 y 0,023 µg/mL, correspondiendo el 51,3% a *S. Enteritidis*, el 24,3% a *S. Typhimurium* y el 24,4% a otros serotipos. De los 37 aislamientos con screening positivo, el gen *qnrS* fue detectado en 3/37 (8,1%), correspondiendo a 3 cepas de *S. Typhimurium*.

CONCLUSIONES:

La correlación entre los halos de inhibición con pefloxacino y la CMI de ciprofloxacino fue excelente. La prevalencia del gen *qnrS* en *S. Typhimurium* debe controlarse puesto que los genes *qnr* pueden diseminarse mediante plásmidos incrementando así la aparición de mayores niveles de resistencia. Los resultados obtenidos nos alertan de la necesidad de controlar la resistencia a quinolonas para poder minimizar la aparición y selección de cepas de *Salmonella* spp. que muestran una sensibilidad disminuida o resistencia a quinolonas.

Palabras clave: SALMONELLA ENTERICA, qnr, PEFLOXACINO

P-53**DIAGNÓSTICO Y SENSIBILIDAD DE AEROCOCCUS URINAE.**

ROCIO SAINZ RODRIGUEZ*, ELENA MARTIN DURAN , MIRIAM VALVERDE TROYA, BEGOÑA PALOP BORRÁS

INTRODUCCIÓN:

Aerococcus urinae son cocos Gram positivos, catalasa negativos de difícil identificación a través de los métodos convencionales y fácil confusión con *Streptococcus* del grupo viridans. Se ha relacionado con infecciones del tracto urinario, bacteriemia y endocarditis. La implantación de la espectrometría de masas MALDI TOF® (Bruker Daltonics) en el diagnóstico etiológico ha facilitado su identificación.

OBJETIVO:

Estudio retrospectivo de los aislamientos de *Aerococcus urinae* y revisión de las historias clínicas desde enero de 2013 a junio de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo desde enero de 2013 a junio de 2016 de los aislamientos de cepas de *Aerococcus urinae* en el HRU de Málaga. Las muestras se procesaron según los protocolos normalizados de trabajo. Tras 18-24 horas de incubación a 35-37°C se observó el crecimiento en agar sangre de colonias alfa hemolíticas morfológicamente similares a *Streptococcus* del grupo viridans. La identificación se realizó mediante espectrometría de masas MALDI-TOF, Bruker Daltonics. Las pruebas de sensibilidad se realizaron mediante la técnica disco-placa en Müeller-Hinton suplementado con un 5 % de sangre de carnero e incubado 20-24 horas en estufa de 35°C en atmósfera con 5 % de CO₂. Se testaron penicilina, cefotaxima, ceftriaxona, meropenem, getamicina, vancomicina, quinolonas y linezolid.

RESULTADOS:

Desde enero de 2013 a junio de 2016 se aislaron en el Laboratorio de Microbiología del HRU de Málaga 10 cepas de *A. urinae* que correspondieron a 9 pacientes (8 extrahospitalarios y 1 intrahospitalarios). Las muestras fueron: 5 orinas, 4 hemocultivos, 1 biopsia articular y 1 líquido articular. La distribución por sexo fue: 55.55% hombres (5) y 44.44% mujeres (4). La distribución por edades: >65 años 77.77% (7), 3 meses 11.11% (1) y 15-64 años 11.11% (1). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: la presencia de sonda vesical (44.44%), diabetes (33.33%), trasplante previo (11.11%) y el ser portador de prótesis de rodilla (11.11%). Todos los aislados fueron sensibles a penicilina, ceftriaxona, vancomicina, quinolonas y linezolid. El 88.88% de los aislados de *A. urinae* fueron sensibles a gentamicina.

CONCLUSIONES:

- En los últimos años se observa un incremento de aislamientos de *Aerococcus urinae* clínicamente significativos en pacientes inmunodeprimidos, portadores de material protésico y de edad avanzada, coincidiendo con los hallazgos de otros autores.
- La mejora de los métodos diagnósticos, como la espectrometría de masas, y la sospecha en pacientes con factores de riesgo contribuye a la correcta identificación de este microorganismo.

Palabras clave: Aerococcus urinae, MALDI-TOF

P-54**VALORACIÓN DEL MÉTODO DE DETECCIÓN DEL ANTÍGENO OSOM STREP A TEST® EN EL DIAGNÓSTICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES.**

ROCIO SAINZ RODRIGUEZ*, CONCEPCION MEDIAVILLA GRADOLPH, MIRIAM VALVERDE TROYA, PILAR BERMUDEZ RUIZ, BEGOÑA PALOP BORRAS

OBJETIVO:

Estudiar el rendimiento de la detección cualitativa del antígeno de Streptococcus pyogenes procedentes de exudado faríngeo mediante la técnica inmunocromatográfica OSOM Strep A Test (Sekisui Diagnostics, UK) frente al cultivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde marzo a agosto del presente año se han procesado 196 muestras de exudados faringoamigdalares en el Laboratorio de Microbiología del HRU de Málaga. Se realizó un estudio prospectivo comparativo entre la determinación del antígeno carbohidrato de S. pyogenes mediante la inmunocromatografía OSOM Strep A Test y el cultivo de la muestra.

Todos los exudados faríngeos se sembraron en agar sangre (incubados a 35-37°C con 5% de CO₂, durante 48 horas) y agar sangre-nalidíxico-colistina (a 35-37°C en anaerobiosis durante 48 horas). La identificación de las colonias se realizó mediante espectrometría de masas MALDI-TOF Microflex (Bruker Daltonics, Bremen-Alemania). Paralelamente se realizó la inmunocromatografía siguiendo las recomendaciones del fabricante.

RESULTADOS

Se han evaluado un total de 196 inmunocromatografías con sus respectivos cultivos. Del total de las muestras el 74.48% (146) procedían de pacientes pediátricos y el 25.51% (50) de adultos. En 64 cultivos se aisló S. pyogenes (32.65%), de los cuales la inmunocromatografía fue positiva en 62 (96.87%) y negativa en 2 (3.12%). En 132 cultivos no se aisló S. pyogenes (negativos 67.34%), de los cuales en 128 la inmunocromatografía fue negativa (96.96%) y 4 fueron positivas (3.03%). La sensibilidad del test fue 0.97%, especificidad 0.96%, VPP 0.94% y VPN 0.98%. Se aisló una cepa de S. pyogenes de morfotipo mucoide en un paciente de edad pediátrica y la inmunocromatografía fue positiva. En 3 pacientes adultos en los que se aisló S. dysgalactiae, las inmunocromatografías fueron negativas.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio se observó una alta concordancia entre la inmunocromatografía OSOM Strep A Test y el cultivo de la muestra, por lo que este test puede ser una prueba de diagnóstico en el punto de atención (Point-of-Care Testing - POCT), muy útil para Urgencias y Atención Primaria.

Palabras clave: Streptococcus pyogenes

P-55**INCIDENCIA DE LOS GENOTIPOS 16 Y 18 DE VPH EN LA PROVINCIA DE JAEN Y PERSISTENCIA A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO.**

GUILLOT V*, MARTIN L, LIÉBANA C, ROLDÁN C

U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

ANTECEDENTES

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común y su persistencia se asocia con riesgo de cáncer genital. Los genotipos de alto riesgo 16 y 18 son responsables de hasta el 70% de la infección por VPH y además el 16 está relacionado con una alta tasa de persistencia, aunque casi todos los estudios reflejan un aclaramiento de este genotipo de más del 70% a los 36 meses.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Describir la incidencia de nuevos casos de infección por genotipos de alto riesgo 16 y 18 en el área de influencia del CH Ciudad de Jaén.

Evaluar el aclaramiento viral tras el primer año de seguimiento y su relación con otros factores como el estado citológico y la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 1700 pacientes de la provincia de Jaén durante el año 2014 con estudio de VPH en exudado endocervical. El cribado se realizó mediante la técnica de captura de híbridos (Qiagen, CA) y el genotipado mediante Anyplex™ II HPV28 Detection (Seegene, KOR).

RESULTADOS

333 muestras resultaron positivas para VPH-AR de las cuales 83 (24, 9%) correspondieron a HPV16 y 28 (8, 70%) a HPV18. De todas las pacientes en las que se detectó VPH-AR 16 y 18, el 64,07% (n=66) correspondieron a primeros diagnósticos, 9 pacientes presentaron coinfección 16-18 y 65 infectados además con otros VPH-AR. Se dispuso de 61 muestras con control anual con una distribución del estadio citológico repartida en: 28 negativas, 26 con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) o ASCUS y 6 pacientes con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL). La persistencia de VPH-AR 16 y 18 a los 12 meses del diagnóstico fue del 29, 5%. Destaca la asociación significativa entre la persistencia del genotipo 16 con presencia de coinfección con otros VPH-AR. No se observó influencia alguna en la persistencia de VPH-AR 16-18 de factores como edad o estadio citológico.

CONCLUSIONES

- Escasa incidencia de HPV 16 y 18, debido, principalmente, a la presencia de un cribado oportunista no dirigido.
- Menos de un tercio de los diagnósticos de VPH 16 y 18 persisten a los 12 meses.
- El único factor asociado a la persistencia de genotipos 16 y 18 fue la coinfección con otros VPH-AR.

Palabras clave: VPH-AR 16-18

P-56**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN EL ÁREA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN**

CARMEN LÍEBANA MARTOS, LINA MARTÍN HITTA, VICENTE GUILLOT SUAY, CAROLINA ROLDÁN FONTANA

U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

ANTECEDENTES/OBETIVO:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son actualmente un problema de salud pública en todo el mundo debido al aumento que han experimentado en los últimos años. La dificultad para el diagnóstico mediante métodos convencionales de los principales agentes etiológicos se ha implicado el desarrollo de nuevas herramientas moleculares para mejorar el diagnóstico. El objetivo del presente estudio es analizar las características epidemiológicas de los casos de ITS causadas por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* diagnosticadas en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizaron las muestras con sospecha de ITS recibidas en el Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario de Jaén entre enero y julio de 2016 a las que se les realizó una PCR en tiempo real para determinación de *N. gonorrhoeae* y *C.trachomatis* (Anyplex CT/NG, Seegen). Posteriormente se analizaron el resto de las peticiones de la muestra así como las características epidemiológicas de los pacientes mediante una búsqueda en el sistema informático del laboratorio.

RESULTADOS:

De las 67 muestras recibidas el 58,2% (39) procedían del hospital y el 41.8% (28) eran extrahospitalarias. El 74,6% (27) de los pacientes eran varones y el 25,4% (17) mujeres con una edad media de 36 años (rango: 17-77 años). La sospecha diagnóstica recogía la petición de despistaje de ETS por contacto de riesgo o por pareja con contacto de riesgo en el 40.3% de los casos. La segunda causa de consulta más frecuente fue la uretritis en 26 casos (38.8%). Las muestras recibidas fueron exudados uretrales y exudados vaginales en el 55,2% y en el 22,4% de los casos respectivamente. De las 67 muestras analizadas resultaron positivas para *C.trachomatis* 2 (2.98%) y 11 (16.4%) y para *N.gonorrhoeae*, 3 de las cuales fueron confirmadas mediante cultivo. Estos tres casos correspondieron a exudados uretrales extrahospitalarios de varones con diagnóstico de uretritis. En el resto de las uretritis se diagnosticó uretritis infecciosa no gonocócica en 6 casos: 4 bacterianas y dos por *C.trachomatis*. De los casos analizados, 8 pacientes presentaban serología positiva frente a VIH, uno de ellos con coinfección por VHB. De estos solo en un caso se detectó *N. gonorrhoeae* mediante PCR en una orina remitida por la unidad de enfermedades infecciosas.

CONCLUSIÓN:

La presentación más común de las ITS en el área del complejo Hospitalario de Jaén es la uretritis, siendo el principal agente causal *N. gonorrhoeae* (61,53%).

Palabras clave: ITS

P-57**EVALUACION DE LA UTILIDAD DE LOS TEST RAPIDOS EN EL DIAGNOSTICO DE LA HEPATITIS B**

LINA MARTIN HITTA, CARMEN LIEBANA MARTOS, VICENTE GUILLOT SUAY, CAROLINA ROLDAN FONTANA

U.G.C. ENFERMEDADES INFECCIOSA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA. C.H. JAÉN

INTRODUCCION:

Las pruebas serológicas comerciales que detectan HBsAg, incluyen sólo algunos epítomos que están sobre la proteína S y ninguno de los correspondientes a pre-S2 y pre-S1. Por lo general producen índices altos y rara vez generan resultados positivos falsos. Cuando esto sucede casi siempre lo es con índices bajos. Estos resultados pueden confirmarse mediante técnicas de neutralización (se consideran positivas las inhibiciones superiores al 50%). Los tests mediante inmunocromatografía son técnicas sencillas que permiten la detección de HBsAg y se caracterizan por realizarse en suero, plasma o sangre total en unos pocos minutos. Aunque su sensibilidad y especificidad no alcanzan a las técnicas de inmunoensayo, su fácil utilización puede ayudarnos en casos de bajos índices de seropositividad.

OBJETIVOS:

El objetivo del trabajo ha sido evaluar el valor de las pruebas rápidas diagnósticas de detección de HBsAg por inmunocromatografía y analizar el valor que estas pruebas pueden aportar en casos de bajos índices de positividad del HBsAg.

MATERIAL Y METODOS:

Para este estudio se analizaron todas las muestras de suero con índices positivos HBsAg mediante CLIA (Abott). Se les realizó la prueba confirmatoria de neutralización (Abott) y las pruebas rápidas de inmunoadherencia por inmunocromatografía: Vikia (Biomerieux) ABON (BeckmanCoulter y Alere)), INFO (Atom) y InmunoQuick (MYC Diagnostica)

RESULTADOS:

Durante el periodo estudiado (1 Enero a 31 Agosto 2016) hubo 18 casos con índices positivos mediante CLIA de HBsAg. 5 casos presentaban además HBcAc y 4 HBeAc. No se detectaron en ningún caso HBcAC IgM ni HBeAg. A todos se les realizó el test de neutralización siendo 4 positivos y 14 negativos. Solo una de las muestras fue positiva por los cuatro test evaluados. El test de ABON detectó además una segunda muestra positiva.

CONCLUSIONES:

- En situaciones de índices positivos bajos de HBsAg el test de neutralización es fundamental para un adecuado diagnóstico
- Los test rápidos mostraron en nuestro caso un buen valor predictivo negativo

Palabras clave: HBsAg confirmatorio, Inmunocromatografía

P-58**INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA AMBIENTAL EN EL DESARROLLO DE GASTROENTERITIS BACTERIANAS DIAGNOSTICADAS MEDIANTE COPROCULTIVO**

IANIRE VIRTO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CARMEN MARTINEZ, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), FRANCISCA DE LA RUBIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (HUPM), SALOME TELLO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (HUPM), DIEGO SANTOTORIBIO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CESAR DEL PARADO, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), CAROLINA FREYRE, HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPR), MANUEL A. RODRIGUEZ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (HUPM- HUPR)

ANTECEDENTES.

Se postula que la incidencia de las gastroenteritis bacterianas causadas por *Campylobacter* y *Salmonella* es mayor en épocas estivales. Estudios realizados en otros países de Europa, Estados Unidos y Canadá, encuentran un patrón estacional relacionado con la temperatura.

OBJETIVOS.

Analizar en nuestra área sanitaria Cádiz-Bahía La Janda, la relación entre el número de aislamientos de *Campylobacter* y *Salmonella* productores de gastroenteritis, y la temperatura media de la zona en cada estación del año.

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudiamos el número de cepas aisladas de *Campylobacter* spp. y *Salmonella* spp. en muestras de heces en los Hospitales Puerta del Mar (HUPM) y Puerto Real (HUPR) desde 2010 hasta 2015, en cada estación del año, y en relación con la temperatura media de la zona de la Bahía de Cádiz, según los datos de la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía.

Las estaciones y por tanto la temperatura media, están agrupadas por trimestres, empezando el invierno en Diciembre. Para el análisis estadístico se ha calculado el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS.

Se aislaron un total de 1001 (57,86%) *Campylobacter* (481 HUPR, 520 HUPM) y 729 (42,14%) *Salmonella* (337 HUPR, 392 HUPM).

En la distribución anual, vemos que, con alguna excepción en 2013, el número de aislamientos ha ido creciendo progresivamente durante el período estudiado (101 y 57 casos en 2010 vs 247 y 229 en 2015 de *Campylobacter* y *Salmonella* respectivamente).

La mediana de casos por trimestre de *Campylobacter* es 41 vs a la de *Salmonella*, 22.

El número de cepas aisladas de *Campylobacter* se mantiene estable, independientemente de la época del año, con una discreta disminución en invierno ($p=0.46$). *Salmonella* sin embargo, muestra un número de aislamientos mucho menor en invierno (mediana 11 casos), frente a las estaciones más cálidas, primavera y verano (41 y 30 casos respectivamente).

CONCLUSIONES.

1. La incidencia de gastroenteritis por *Campylobacter* es superior a la de gastroenteritis por *Salmonella*.
2. Se obtiene correlación directamente proporcional entre la temperatura ambiental y el desarrollo de gastroenteritis por *Salmonella* ($p=0,02$), es decir, el aumento de la temperatura ambiental incrementa el número de casos de salmonelosis diagnosticadas por coprocultivo.
3. Las estaciones de primavera y verano son las que presentan mayor incidencia de salmonelosis.
4. La temperatura ambiental no se relaciona con la incidencia de gastroenteritis por *Campylobacter*.
5. No se aprecian diferencias significativas entre los dos hospitales estudiados.

Palabras clave: COPROCULTIVO, CAMPYLOBACTER, SALMONELLA

P-59**RESISTENCIA A CARBAPENÉMICOS MEDIADA POR METALOBETALACTAMASAS EN PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

JORGE ARCA SUAREZ*, PILAR MARIN CASANOVA, TERESA TRUJILLO SOTO, INMACULADA GUERRERO LOZANO, FATIMA GALAN SANCHEZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA, HU PUERTA DEL MAR/HU DE PUERTO REAL, CÁDIZ

ANTECEDENTES/OBJETIVOS:

Pseudomonas aeruginosa es un patógeno oportunista nosocomial. El aislamiento de cepas multiresistentes es frecuente, especialmente en pacientes con tratamientos antimicrobianos prolongados, institucionalizados o ingresados en unidades de críticos. La resistencia a imipenem y meropenem en *P. aeruginosa* constituye una limitación terapéutica importante y puede deberse a la combinación de mecanismos de resistencia cromosómicos o a carbapenemasas, siendo las metalobetalactamasas (MBL) las más frecuentemente detectadas en este grupo de enzimas.

Nuestro objetivo es comunicar la resistencia de *P. aeruginosa* a los carbapenémicos imipenem y meropenem en nuestro centro en los últimos 6 años, valorando el impacto que tiene sobre estas cifras la producción de MBL.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudiamos retrospectivamente todos los aislados de *P. aeruginosa* (N=4338) y la resistencia a carbapenémicos en los últimos 6 años, en las que los estudios fenotípicos mostraron R concomitante a imipenem (CMI >8) y a meropenem (CMI >8). Se incluyó un aislamiento por paciente. La identificación se llevó a cabo por el sistema Wider y/o mediante espectrometría de masas MALDI-TOF. Para los estudios de sensibilidad antibiótica de los aislados se han empleado los sistemas Wider (Soria Melguizo) y MicroScan (Beckman), utilizando los puntos de corte establecidos por CLSI hasta septiembre de 2015 y EUCAST posteriormente y siguiendo las recomendaciones de la SEIMC. La detección de MBL en los aislados con perfil fenotípico compatible se realizó mediante E-test (imipenem/EDTA) y asociaciones con disco carbapenémico/inhibidor (ácido borónico, ácido dipicolínico, cloxacilina).

RESULTADOS:

Los estudios de sensibilidad revelaron un total de 288 aislados con resistencia a ambos antibióticos (6,7%). De ellos, 204 aislados mostraron resistencia a carbapenémicos mediados por mecanismos cromosómicos. En 84 aislados se detectó la presencia de MBL (29,1%).

El porcentaje anual de aislados productores de MBL respecto al número de aislados fue el siguiente:

36,5% en 2010 (n= 41), 21,2% en 2011 (n=33), 31,4% en 2012 (n=35), 25,3% en 2013 (n=71), 48,9 en 2014 (n=49), 13,1% en 2015 (n=38) y 20,0 en 2016 (n=20).

CONCLUSIONES:

P. aeruginosa productora de metalobetalactamasas es endémica en nuestro centro hospitalario, aunque tiene menor relevancia que la combinación de mecanismos de resistencia cromosómicos en la resistencia a carbapenémicos. Además del potente espectro hidrolítico de estas enzimas, los plásmidos que las codifican se diseminan fácilmente y a menudo albergan co-resistencias. Es necesario un trabajo eficaz en los servicios de Microbiología y una buena política antiinfecciosa hospitalaria para frenar su dispersión.

Palabras clave: metalobetalactamasas, Pseudomonas aeruginosa, carbapenemas

P-60 **AISLAMIENTOS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX DURANTE LOS AÑOS 2011-2015 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA**

GARCÍA PÉREZ C., BARDÓN DE TENA P*, VIÑUELA GONZÁLEZ L., ORTEGA TORRES M., VICIANA RAMOS I., GARCÍA LÓPEZ MV., PEREA LÓPEZ B., CLAVIJO FRUTOS E. SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más importantes a nivel mundial. Dentro de la Unión Europea, España es considerada un país de baja incidencia (10,80 casos/100.000 habitantes), siendo esta cifra en nuestra comunidad de 6,72 casos/100.000 habitantes.

OBJETIVO

Conocer el número de aislamientos de Mycobacterium tuberculosis complex (MTC), su incidencia en nuestra área sanitaria durante los últimos 5 años y sensibilidad a los fármacos antituberculosos de primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los aislamientos de MTC durante los años 2011-2015. Las muestras clínicas no estériles fueron procesadas siguiendo el protocolo de descontaminación con N-acetil-cisteína/NaOH y posterior inoculación en medio líquido (BACTEC MGIT 960). Las muestras estériles se sembraron directamente. La identificación se realizó mediante BD MGIT TBc Identification Test (Becton-Dickinson) y GenoType Mycobacterium CM/AS (Hain Lifescience). Para el estudio de sensibilidad se siguió el protocolo BACTEC MGIT 960. En los casos de multirresistencia (MDR) se estudió la sensibilidad a fármacos de segunda línea en nuestro centro de referencia (Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga).

RESULTADOS

394 aislamientos pertenecientes a 142 pacientes fueron positivos para MTC, de los cuales 4 fueron identificados como Mycobacterium bovis. El 72,5% fueron hombres y 27,5% mujeres, con una edad media de 55 años (14-84 años). El 90,8% eran muestras respiratorias (71,1% esputos) y 7,7% de otras localizaciones extrapulmonares. El 8,4% (12/142) de los aislamientos MT presentó alguna resistencia a fármacos (11 muestras respiratorias y 1 muestra de orina). Se detectaron 10 (7%) cepas resistentes a Isoniazida y 2 (1,4%) Isoniazida+Rifampizina (MDR). Los 4 aislamientos de M. bovis fueron resistentes a Pirazinamida. Las cepas MDR fueron sensibles a fármacos de segunda línea.

Tabla 1. Distribución pacientes/año diagnosticados e incidencia en nuestra área

	Pacientes/año	Incidencia HUVV	Incidencia Andalucía	Incidencia España	Resistencia
2011	28	6,29	11,61	14,63	2INH/1INH+RIF
2012	26	5,84	10,74	13,04	2 INH
2013	22	4,95	9,12	11,88	2INH/1INH+RIF
2014	35	7,87	6,72	10,80	1 INH
2015	31	6,97	-	-	3 INH
TOTAL	142				

12

INH: Isoniazida, RIF: Rifampicina

CONCLUSIONES

La incidencia de MTC en nuestro medio se mantiene uniforme a lo largo del período de estudio aumentando ligeramente los últimos años a diferencia de lo recogido a nivel nacional y autonómico. La resistencia a Isoniazida es del 7%, similar a lo comunicado por otras provincias andaluzas. Se detectaron 2 cepas MDR, pero ningún aislamiento extremadamente resistente (XDR).

Palabras clave: INCIDENCIA, RESISTENCIA, ANTITUBERCULOSOS

P-61**DIAGNOSTICO DE C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE Y M. GENITALIUM EN MUJERES ATENDIDAS EN EL H.U. VIRGEN DEL ROCIO DURANTE LOS AÑOS 2014-2016**

LAURA MERINO DIAZ (1), MAGDALENA SANCHEZ (1), MARTA HERRERO ROMERO (2), MARIA DEL CARMEN LOZANO DOMINGUEZ (1), JAVIER AZNAR MARTIN (1)

(1) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. H.U.VIRGEN DEL ROCÍO

(2) SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H.U VIRGEN DEL ROCIO

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de C. trachomatis, N. gonorrhoeae y M. genitalium en muestras de mujeres atendidas en el H.U. Virgen del Rocío, durante los años 2014-2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el período enero 2014-junio 2106 se han analizado un total de 1892 muestras de distintas procedencias, de 1149 pacientes (235 mujeres y 914 hombres). El diagnóstico de C.trachomatis, N. gonorrhoeae y M. genitalium por PCR a tiempo real se realizó mediante la técnica DX CT/NG/MG assay (Biorad) en los años 2014 y 2015 y el año 2016 en la plataforma ELITe InGenius (ELITechGroup, Palex)

RESULTADOS

En el caso de las 235 mujeres estudiadas se procesaron 260 muestras genitales de distintas procedencias, resultando positiva para alguno de los patógenos estudiados 28 (10.8%) muestras de 28(11.9%) mujeres. De estas 28 mujeres, 26 (11%) tuvieron infección por un sólo microorganismo y 2 (0.85%) mujeres tuvieron infección mixta por dos microorganismos. La prevalencia global de CT fue de un 7,2% (17 mujeres), de MG de un 4,2% (10 mujeres) y de NG de un 1,2% (3 mujeres). La localización de estas 28 muestras positivas fueron 15 exudados vaginales, 10 endocervicales, 1 faríngeo, 1 exudado perianal y una muestra de orina.

La edad media de estas 28 mujeres fue de 30 años (17-59). El 43% de las mujeres tenían entre los 25-35 años, el 32% tenían menos de 25 años y el 25% tenían más de 35 años. En estas 28 mujeres el 50% (14) fueron asintomáticas y acudieron a la consulta de ETS por positividad de la pareja, en el 28 % (8) el diagnóstico fue de EPI, en el 11%(3) fue de cervicitis y un caso (3%) disuria.

CONCLUSIONES

- 1.- C. trachomatis fue el patógeno genital detectado en mayor porcentaje en mujeres, estando presente en igual proporción tanto en mujeres sintomáticas como asintomáticas.
- 2.- M. genitalium es un patógeno emergente con una gran relevancia clínica en ITS, que en nuestro estudio detecto en 10 mujeres dos de ella con EPI.
- 3.- Es importante establecer programas de cribado fundamentalmente en mujeres con mayores factores de riesgo para evitar las posibles secuelas de la infección

Palabras clave: Enfermedades de transmisión sexual

P-62**AISLAMIENTOS DE UREAPLASMA UREALYTICUM Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS EN UN PERIODO DE ESTUDIO DE SEIS AÑOS.**

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., GARCÍA VELA, J.H., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

ANTECEDENTES/OBJETIVOS:

Ureaplasma urealyticum forma parte de la flora saprofita genital habitual. Aunque la colonización por Ureaplasma spp. en el varón oscila entre el 3-56%, y en la mujer del 8,5-77% (siendo especialmente elevada durante el embarazo), se relaciona con infecciones del tracto genitourinario como la uretritis no gonocócica, la vaginosis bacteriana, la cervicitis o enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones materno-fetales (coriamnionitis, aborto espontáneo o parto pretérmino), e infecciones neonatales (enfermedad pulmonar del neonato).

El objetivo de nuestro trabajo, es conocer la prevalencia de infección por Ureaplasma urealyticum en muestras de líquido seminal y conocer la resistencia a los antimicrobianos empleados en su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo durante los años 2010 al 2015. Se analizaron todas las muestras de líquido seminal, de pacientes procedentes de la consulta de Urología con síntomas de prostatitis, epidemitis, así como los que referían contactos sexuales de riesgo. También aquellas muestras de líquido seminal procedentes de pacientes de la consulta de fertilidad de Ginecología. La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 17 y los 85 años, con una media de 40,3 años.

Se procesaron un total de 1112 muestras de líquido seminal, según los protocolos normalizados de trabajo habituales del laboratorio de Microbiología. Para la detección de los micoplasmas y ureaplasmas en las muestras de líquido seminal, se empleó el Sistema Comercial, Mycoplasma IST2 de BioMérieux®.

RESULTADOS:

Se detectó Ureaplasma urealyticum en el 16,5 % (184) de las muestras de líquido seminal.

El 100 % de los aislamientos fue sensible a la azitromicina y doxiciclina. La resistencia en el grupo de las quinolonas fue del 44,5 %.

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de infección por Ureaplasma urealyticum y su resistencia a los antimicrobianos testados, son similares a los ya publicados, en otras zonas de nuestro país. A lo largo de estos años se ha mantenido la sensibilidad a los antimicrobianos de elección para el tratamiento de las infecciones genitourinarias (azitromicina y doxiciclina) con una sensibilidad total de todos los aislados.
- El sistema Micoplasma IST BioMérieux®, permite la detección de Ureaplasma spp. y M. hominis con un resultado semicuantitativo y el estudio de la sensibilidad a diferentes antimicrobianos. En nuestro Centro donde no contamos con técnicas moleculares de detección, podemos concluir que es un buen método para la identificación y estudio de la sensibilidad en muestras de líquido seminal.

Palabras clave: Ureaplasma urealyticum, Resistencia

P-63**RELACIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR PERIOCLAR CON LA PREVALENCIA Y DENSIDAD DE LA INFESTACIÓN POR DEMODEX FOLLICULORUM**

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, JUAN CARLOS SANCHEZ-ESPAÑA², CARLOS HIDALGO-GRASS³, CARLOS RUIZ-FRUTOS⁴

UGC MICROBIOLOGÍA CHUH UGC OFTALMOLOGÍA CHUH

HGC BIOMEDICAL DIAGNOSTIC RESEARCH S.L. HUELVA

DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

INTRODUCCIÓN

Demodex folliculorum es un ácaro que infesta los folículos pilosos humanos principalmente de las pestañas. Este parásito interviene conocidamente en afecciones cutáneas como la blefaritis crónica y rosácea. Y se sospecha su implicación en el desarrollo de carcinoma basocelular (CBC) periocular observado por algunos autores con técnicas de cuantificación por conteo convencional con microscopía óptica.

OBJETIVO

Detectar y cuantificar mediante PCR D. folliculorum en la región periocular y establecer una posible relación entre carcinoma basocelular y densidad del parásito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una PCR cuantitativa a tiempo real para la detección de D. folliculorum. El sistema de detección utilizado fue mediante una sonda TaqMan con un fluoróforo FAM unido al extremo 5' y un extintor de señal (Quencher) al extremo 3'. Las secuencias diseñadas de oligonucleótidos y sonda para la detección de D. folliculorum fueron: sense: CGAGGATCTATTGGAGGGCAAGT; antisense: GAACTGAGATACTACTAGGCT; sonda: [6FAM]AGCCGCGGTAATTCCA[BQH1a]. Se utilizó el termociclador a tiempo real 7500 Fast (Applied Biosystems), con el siguiente programa de temperaturas: 10 minutos a 95°C y 40 ciclos de 95°C 15 segundos, 55°C 25 segundos y 72°C 30 segundos. La extracción de ácidos nucleicos se realizó mediante columnas de sílica (ISOLATE Genomic DNA Spin Column- Bionline). Se hizo un estudio retrospectivo de casos y controles, utilizando muestras de biopsias de casos con CBC periocular y biopsias de controles de lesiones benignas no cancerosas de zona periocular (queratosis seborreica, hidrocistoma, nevus, papiloma fibroepitelial, quiste epidérmico y hemangioma capilar). La densidad se expresó mediante número de amplicones/gramo de tejido.

RESULTADOS

Se analizaron 115 muestras. 64 (31 hombres y 33 mujeres) casos con una media de edad de 67.7 ± 13.5 [35.8 - 89.7 años] y 51 (20 hombres y 31 mujeres) con una media de edad de 65 ± 13.1 [36.6 - 87 años] controles. La prevalencia de D. folliculorum fue de 42,4% en pacientes con CBC versus 19,6% en los controles (odds ratio 2,99; p=0,01). La densidad media en los casos positivos fue de $159,5 \pm 249,6$ amplicones/gramo de tejido y de los controles positivos fue de $8,19 \pm 20$ (p=0,008).

CONCLUSIÓN

Los datos revelan una significativa correlación de CBC con la densidad de parasitación de D. folliculorum, confirmando las observaciones de otros autores mediante técnicas de conteo manual. La precisión de la cuantificación mediante técnicas moleculares estudiadas por primera vez en esta patología le dan una reveladora y novedosa importancia a dicho hallazgo.

Palabras clave: Demodex folliculorum, PCR cuantitativa a tiempo real, Carcinoma basocelular

P-64**DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE INFECCIÓN POR VHA EN SEVILLA**

VIDAL REYES* (1), LOZANO M^a DEL CARMEN (1), MERINO LAURA (1), SÁNCHEZ MAGDALENA (1), HERRERO MARTA (2), AZNAR JAVIER

(1) SERVICIO MICROBIOLOGÍA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA UCEIMC. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

(2) SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA UCEIMC. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (Sevilla)

ANTECEDENTES/OBJETIVO:

La hepatitis A es una enfermedad inflamatoria hepática, normalmente autolimitada. El virus se elimina por las heces y su vía de transmisión fundamentalmente es fecal-oral. Es frecuente la aparición de brotes y suelen estar asociados a regiones de bajo nivel socio-económico-higiénico-sanitario.

Dada la aparición de un número elevado de casos de anticuerpos IgM VHA positivos durante este año, se decide estudiar la posible relación epidemiológica entre ellos

MATERIAL/MÉTODO:

El período comprende desde enero a principios de agosto del año 2016.

Mediante el programa Omega 3000 de Roche® y con la colaboración del Servicio de Enfermedades infecciosas se obtienen los datos demográficos de los pacientes, fecha de la infección, bioquímica hepática, serología VIH así como si hay existencia de algún factor de riesgo para contraer la infección. Finalmente, se enviaron los sueros al laboratorio del virología del Centro Nacional de Microbiología para su estudio filogenético.

RESULTADOS:

En el período estudiado, hubo 15 casos de hepatitis A: 14 hombres y 1 mujer. El caso de la mujer tuvo lugar en enero y de marzo a principios de agosto los correspondientes a los hombres, agrupándose 11 casos entre junio y agosto. Desde el fin del período estudiado hasta la fecha, han acontecido 12 casos más (en estudio).

El rango de edad osciló entre 24-52 años para los hombres y la mujer tenía 45 años.

La serología frente al VIH fue positiva en 8 (57.14%) de los hombres, mientras que la mujer fue negativa. Destaca que el 100% de los VIH positivos mantenían relaciones sexuales con hombres (MSM). De los 6 hombres no VIH, sólo 2 (33.3%) mantenían este tipo de relaciones; de los 4 restantes no se dispone de esta información.

En el 100% de los casos hubo elevación de las enzimas hepáticas y de la bilirrubina total en la agudeza, resolviéndose todos los casos sin complicaciones.

Se enviaron 13 sueros al CNM, de las que tan sólo se pudieron secuenciar 8, pertenecientes todos al VHA genotipo 1A; de ellos, 6 formaron un grupo monofilogenético, correspondientes a los casos agrupados en el tiempo. Tanto el caso de la mujer como el caso detectado en mayo, no se encontraron en este grupo.

Epidemiológicamente parece que el foco estuvo en una sauna.

CONCLUSIONES:

- 1.- Existe actualmente en nuestra área un brote hepatitis A, predominantemente entre MSM.
- 2.- Habría que incidir en la vacunación frente VHA dentro de los MSM que mantienen prácticas de riesgo.

Palabras clave: BROTE VHA

P-65**COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LA ORINA CON EL EXUDADO ENDOCERVICAL PARA CRIBADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO**

TERESA TRUJILLO SOTO, MERCEDES MÁRQUEZ COELLO, ESTEBAN RODRÍGUEZ MARTÍN, ROSA MARÍA GARCÍA ESPINOSA, BERTA BECERRIL CORRAL, INÉS RUIZ MOLINA, MANUEL RODRÍGUEZ IGLESIAS, CLOTILDE FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO

UGC. DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO:

El VPH es la principal causa de cáncer de cuello uterino. La infección persistente por VPH de alto riesgo es el requisito indispensable para desarrollar lesiones cervicales de alto grado y carcinomas. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar el cribado de la población susceptible a la infección por VPH mediante técnicas de amplificación genómica para genotipos de alto riesgo, principalmente los genotipos 16 y 18. Facilitar la recogida de muestra por la paciente supondría mejorar el nivel de participación en los programas de cribado y la prevención de las lesiones precancerosas.

El objetivo de este estudio es comparar la sensibilidad de la orina con respecto al exudado endocervical para el cribado de VPH de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se recogieron muestras de exudado endocervical y primera orina de la mañana de 47 pacientes pertenecientes al programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino atendidas en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y en el Hospital Punta de Europa de Algeciras durante el periodo de octubre de 2015 a mayo de 2016.

La detección de ADN del VPH tanto en la muestra de orina como en el exudado endocervical se llevó a cabo mediante extracción en m2000 (Abott) y PCR a tiempo real (Abbott RealTime High Risk HPV).

RESULTADOS:

De las 47 pacientes a las que se tomaron muestras de exudado endocervical y orina, en 13 de ellas se detectó VPH tanto en exudado endocervical como en orina; en 29 se obtuvieron resultados negativos para ambas muestras; sólo en 3 casos se detectó ADN del virus en el exudado endocervical pero no en la orina; en 1 de las pacientes fue positivo el exudado endocervical y la orina mostró una inhibición en la reacción de amplificación; y finalmente en 1 caso resultó positiva la muestra de orina para VPH siendo, sin embargo, negativo el exudado endocervical.

La sensibilidad de la muestra de orina con respecto al exudado endocervical sería del 82,3%, y la especificidad del 96,9%.

CONCLUSIONES:

El cribado del VPH de alto riesgo en orina en mujeres con lesiones sospechosas de infección por VPH muestra una sensibilidad similar a la detección en exudado endocervical.

Gracias a la mayor facilidad para obtener la muestra de orina, el porcentaje de la población cribada aumentaría, mejorando así la eficacia del programa de prevención de cáncer de cuello uterino y una mayor adherencia al mismo.

Palabras clave: VPH, CRIBADO, ORINA

P-66**CURACIÓN Y RESISTENCIAS A LOS NUEVOS TRATAMIENTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C**

ALBERTO TENORIO-ABREU¹, ESMERALDA RODRÍGUEZ-MOLINS², MARÍA BEATRIZ CONTRERAS REY², J. IGNACIO, YNFANTE MILÁ²

(1) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

(2) UGC FARMACIA HOSPITALARIA CHUH

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos frente a la Hepatitis Crónica por VHC han sufrido una revolución en los últimos años. Hasta el 2015, se trataba con ribavirina, interferón, telaprevir y boceprevir. Desde esa fecha aparecieron los nuevos antivirales de acción directa (AAD's).

OBJETIVO

Evaluar la curación y las resistencias de los AAD's: sofosbuvir (SO), simeprevir (SI), daclatasvir (DCV) y los combos: ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (V), dasabuvir (E) y sofosbuvir/ledipasvir (HAR) frente a la Hepatitis Crónica por VHC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de seguimiento a pacientes en tratamiento durante 8, 12 ó 24 semanas con sofosbuvir 400 mg comprimidos, simeprevir 150 mg cápsulas, daclatasvir 60 mg comprimidos, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir 12.5/75/50 mg comprimidos y sofosbuvir/ledipasvir 400/90 mg comprimidos con o sin ribavirina (RBV) o interferón (INF) en distintas combinaciones. La variable principal fue la respuesta viral sostenida (carga viral) a los 6 meses de finalizar el tratamiento. También se recogieron datos de edad, sexo, genotipos, tratamientos previos y tras la resistencia.

RESULTADOS

Se realizó el seguimiento a 61 pacientes que finalizaron el tratamiento, de los cuales se curaron 82% y recayeron 18%. El 75% fueron hombres con edad media de 55 años. Los genotipos de los pacientes que se curaron fueron 42% G1b, 26% G1a, 24% G4 y 8% G3 y de los que recayeron fueron 46% G1a, 36% G1b, 9% G3 y G4. De los pacientes que se curaron 19 eran naive y 31 habían recibido tratamiento previo y de los pacientes que recayeron: 5 naive y 6 pretratados. De los que se curaron 34% se trataron con SO+SI, 18% con SI+DCV, 16% con V+E+RBV, 12% con SO+DCV y con HAR y 8% con VR y de los que recayeron 36% SI+DCV, 28% con SO+SI, 18% con HAR y 9% con SI+RBV+INF y con V+E+RBV. De los 11 pacientes que recayeron, 4 fueron tratados con: 2/4 con HAR obteniéndose carga viral cero a los 3 meses y 2/4 con V+E+RBV con resistencias NS3 (D168V), NS5A (L31M y Y93H) y NS5B (L159F). La carga viral media a los 6 meses de finalizar el tratamiento fue indetectable (<10 UI/ml) en los que se curaron y 4.119.799 UI/ml (DE=384.397) en los que recayeron.

CONCLUSIÓN

Los AAD's muestran un alto porcentaje de curación, aunque en una quinta parte de los pacientes tratados aparecieron resistencias. Por ello, en estos casos, sería aconsejable realizar test de resistencias para redirigir adecuadamente el tratamiento y evitar futuras recaídas.

Palabras clave: VHC, Nuevos antivirales

P-67**ACTIVIDAD IN VITRO DE LA CEFTAROLINA FRENTE A DIFERENTES BACTERIAS CAUSANTES DE INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS Y NEUMONÍA**

ÁLVARO GRAGERA-MARTÍNEZ¹, ALBERTO TENORIO-ABREU², SUHIL MIRO, ADRIANA MÁRQUEZ SANABRIA², ANA DOMÍNGUEZ CASTAÑO², JOSE MARÍA SAAVEDRA MARTÍN², MATILDE DE LA IGLESIA SALGADO²

(1) UCG ANÁLISIS CLÍNICOS CHUH

(2) UGC MICROBIOLOGÍA CHUH

INTRODUCCIÓN

La ceftarolina es una cefalosporina de última generación aprobado para uso en infecciones de piel y tejidos blandos y neumonía. Es activo frente a bacterias grampositivas y gramnegativas, con la excepción de *Pseudomonas* spp. y *Proteus* spp.

OBJETIVO

Evaluar la actividad in vitro de la ceftarolina frente a una serie de aislados bacterianos procedentes de infecciones de piel y tejidos blandos y neumonía mediante microdilución en caldo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se testaron 495 cepas de procedentes de infecciones de piel y tejidos blandos y neumonías. Correspondientes a: 95 *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina con el gen *mecA* (SARM *mecA*), 17 *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina con el gen *mecC* (SARM *mecC*), 171 *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (SASM), 20 *Streptococcus agalactiae*, 95 *Streptococcus pyogenes*, 7 *Streptococcus pneumoniae*, 66 *Haemophilus influenzae*, 10 *Haemophilus parainfluenzae* y 14 *Moraxella catharralis*. Se admitió un solo aislado por paciente. La potencia del antibiótico se midió mediante los parámetros de concentración mínima inhibitoria (CMI) y bactericida (CMB). Se empleó el método de referencia de microdilución en caldo utilizando sustancia pura valorada proporcionada por Laboratorios AstraZeneca. Como control se utilizaron cepas de *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus aureus* de la colección ATCC. Los puntos de cortes fueron los recomendados por los CLSI (<0,5 µg/ml = Sensible; ≥0,5 µg/ml = Resistente para *Streptococcus* y gramnegativos; ≤1 µg/ml = Sensible; 2 µg/ml = Intermedio; ≥4 µg/ml = Resistente para *Staphylococcus*).

RESULTADOS

Las CMI₅₀, CMI₉₀, rango de CMI, CMB₅₀, CMB₉₀ y CMB rango, fueron respectivamente para SARM *mecA* de 0.25, 0.5, 0.06-1, 0.5, 1 y 0.125-1 µg/ml; para SARM *mecC* de 0.25, 0.25, 0.125-0.25, 0.25, 0.5 y 0.125-0.5; para SASM de 0.125, 0.25, 0.06-0.25, 0.25, 0.25 y 0.125-0.5; para *S. agalactiae* de 0.016, 0.03, 0.004-0.25, 0.03, 0.03 y 0.004-0.25; para *S. pyogenes* de 0.004, 0.008, 0.002-0.06, 0.008, 0.016 y 0.004-0.016; para *S. pneumoniae* de 0.03, 0.125, 0.008-0.125, 0.03, 0.125 y 0.008-0.125; para *H. influenzae* de 0.008, 0.03, 0.004-0.016, 0.016, 0.03 y 0.008-0.125; para *H. parainfluenzae* de 0.008, 0.016, 0.008-0.016, 0.016, 0.03 y 0.008-0.03; y para *M. catharralis* de 0.06, 0.125, 0.06-0.125, 0.125, 0.125 y 0.06-0.125. Todas la cepas fueron sensibles.

CONCLUSIÓN

La ceftarolina presenta una potente actividad in vitro frente a los aislados testados. Por ello, podría ser considerado como alternativa en la terapéutica para combatir dichos microorganismos.

Palabras clave: Ceftarolina, Actividad in vitro

P-68**CARACTERIZACIÓN DE CEPAS DE ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A LINEZOLID DETECTADAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA**

MARÍA DOLORES ROJO MARTÍN (1), FEDERICO ROMÁN ALONSO (2), ANA LARA OYA (1), GEMMA JIMÉNEZ GUERRA (1), PILAR TRINCADO CARLOS-ROCA (2), VICTOR HERAS CAÑAS (1), MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ (1), CARMEN MARCOS MORENO (2), JOSE MARÍA NAVARRO MARÍ (1)

1. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (COMPLEJO HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA, CHUG)

2. CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

ANTECEDENTES/OBJETIVOS.

La resistencia al linezolid es relativamente baja, aunque cada vez más frecuente, sobre todo en estafilococos coagulasa negativos. El mecanismo más frecuente es por mutación nucleotídica G2576T en el dominio V subunidad 23S del ARNr. Menos frecuentes son las mutaciones en los genes rplC, rplD y rplV que codifican las proteínas ribosomales L3, L4 y L22 de la subunidad 50S y la adquisición del gen cfr vehiculizado en un plásmido que puede ser transferido horizontalmente. En nuestro centro nos planteamos estudiar la evolución de la resistencia a linezolid en estafilococos y conocer los mecanismos de resistencia implicados.

MATERIAL Y MÉTODOS.

La sensibilidad antibiótica se estudió con Wider (2011-2013) y Microscan Walkaway (desde 2014), comprobándose la resistencia con tiras MIC Test Strip (Liofilchem). Los porcentajes de resistencia (2011-2015) se obtuvieron del programa Microb Dynamic (Soria Melguizo). Durante el periodo octubre 2015-mayo 2016 se recopilaron 19 cepas con CMI >4 a linezolid y se enviaron al Centro Nacional de Microbiología para estudiar los mecanismos de resistencia mediante PCR del gen cfr, PCR y secuenciación del dominio V del 23 rRNA y de las mutaciones en las riboproteínas L3, L4 y L22. Los amplicones fueron secuenciados y analizados usando el software DNASTAR (Madison, WI, USA).

RESULTADOS.

El porcentaje de resistencia en *S. aureus* y *S. epidermidis*, respectivamente fue de 0,4 y 3,4 (2011), 0,3 y 2,4 (2012), 0,3 y 2,2 (2013), 0,4 y 9,1 (2014) y 0,6 y 8,1(2015). En una de las dos cepas de *S. aureus* caracterizadas, se detectó el gen cfr y la mutación A29V en L22 y en la otra la mutación G175E en L3. En las 14 cepas de *S. epidermidis* estudiadas se detectó la mutación G2576T, en tres además se detectaron las mutaciones L101V (aparece también en algunas cepas sensibles), Q136L y M156T en L3 y en una el gen cfr. En dos cepas de *S. hominis* se detectó la mutación G2576T y la mutación F147I en L3. Se detectó el gen cfr en una cepa de *S. lugdunensis* sensible a oxacilina.

CONCLUSIONES

La resistencia a linezolid en *S. aureus* se ha mantenido estable y en *S. epidermidis* ha aumentado. El mecanismo más frecuente ha sido la mutación G2576T en el dominio V de 23S.

El gen cfr se ha detectado en una cepa de *S. aureus*, una de *S. epidermidis* y una de *S. lugdunensis*, esto último según nuestros datos, no descrito en la literatura hasta ahora.

Palabras clave: Linezolid, Estafilococos, Resistencia

P-69**SENSIBILIDAD A TEDIZOLID, DALVABANCINA Y CEFTAROLINA DE ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A LINEZOLID DETECTADOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA**

ANA LARA OYA (1), MARÍA DOLORES ROJO MARTÍN (1), GEMMA JIMÉNEZ GUERRA (1), FEDERICO ROMÁN ALONSO (2), ARACELI PUERTAS RODRIGUEZ (1), VICTOR HERAS CAÑAS (1), MARÍA DOLORES PÉREZ RAMÍREZ (1), JOSE MARÍA NAVARRO MARÍ (1)

1. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES (COMPLEJO HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA)

2. CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

ANTECEDENTES/OBJETIVO.

El tratamiento de las infecciones producidas por SARM y *Staphylococcus epidermidis* a veces plantea problemas y es necesario utilizar antibióticos de amplio espectro, entre ellos el linezolid. Últimamente están aumentando las resistencias a este antibiótico, sobre todo en *S. epidermidis*, lo cual plantea la necesidad de disponer de otros antibióticos con mayor actividad. Actualmente se dispone de una nueva oxazolidinona, el tedizolid que no pierde su actividad cuando la resistencia está mediada por el gen *cfr*. Otros antibióticos que podrían ser una alternativa para el tratamiento de estafilococos multirresistentes son la dalvabancina y la ceftarolina. Nos hemos planteado determinar la sensibilidad a estos antibióticos en cepas de estafilocos resistentes a linezolid detectadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se estudiaron 33 cepas de estafilocos resistentes a linezolid (CMI >4) detectadas en nuestro servicio: 3 *S. aureus*, 21 *S. epidermidis*, 4 *S. hominis*, 3, *S. haemolyticus*, 1 *S. capitis*, 1 *S. lugdunensis*. La sensibilidad antibiótica se estudió con Wider (2011-2013) y Microscan Walkaway (desde 2014); la comprobación de la resistencia al linezolid y la determinación de CMI a tedizolid, dalvabancina y ceftarolina se realizaron con tiras MIC Test Strip (Liofilchem); se utilizaron los criterios del CLSI y EUCAST (dalvabancina). En el Centro Nacional de Microbiología se estudiaron los mecanismos de resistencia al linezolid mediante PCR del gen *cfr*, PCR y secuenciación del dominio V del 23 rRNA y de las mutaciones en las riboproteínas L3, L4 y L22. Los amplicones fueron secuenciados y analizados usando el software DNASTAR (Madison, WI, USA).

RESULTADOS.

Las 3 cepas de *S. aureus* (2 cepas *cfr*+) fueron sensibles a tedizolid, mientras que entre los estafilococos coagulasa negativa solo el 5% (2 cepas) fueron sensibles (*S. epidermidis cfr* - y *S. lugdunensis cfr* +); en todas las cepas resistentes a tedizolid se detectaron uno o varios mecanismos de resistencia distintos a la adquisición del gen *cfr*. Todas las cepas testadas fueron sensibles a dalvabancina (CMI₅₀ = 0,06, CMI₉₀ = 0,125). Las 3 cepas de *S. aureus* fueron sensibles a ceftarolina, mientras que en estafilococos coagulasa negativa la sensibilidad fue del 91% (CMI₅₀ = 0,75, CMI₉₀ = 1).

CONCLUSIONES

Aunque el número de cepas testadas ha sido escaso, tedizolid ha sido activo en las cepas cuyo único mecanismo de resistencia ha sido la adquisición del gen *cfr*.

Dalvabancina ha presentado una excelente actividad frente a estafilococos multirresistentes; en ceftarolina ha sido ligeramente inferior frente a estafilococos coagulasa negativa.

Palabras clave: Linezolid, Tedizolid, Dalvabancina

P-70**ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

SALOME TELLO NIETO, FRANCISCA DE LA RUBIA MARTIN, JORGE ARCA SUAREZ, FATIMA GALAN SANCHEZ, MANUEL RODRIGUEZ IGLESIAS

UGC INTERCENTROS DE MICROBIOLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR Y H.U. DE PUERTO REAL, CÁDIZ

ANTECEDENTES/OBJETIVOS

Los pacientes con vejiga neurógena presentan una alta incidencia de infecciones urinarias. Es muy importante un tratamiento antimicrobiano adecuado y conocer los datos locales de sensibilidad antibiótica. Nuestro objetivo es analizar los urocultivos procedentes de pacientes ingresados en Rehabilitación de nuestro hospital, estableciendo etiología, frecuencia y sensibilidad a antimicrobianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron los microorganismos aislados en 83 pacientes ingresados en la UGC de Rehabilitación del H. U. Puerta del Mar, Cádiz, durante un año. La identificación de los microorganismos y el estudio de sensibilidad a antimicrobianos se llevaron a cabo mediante un sistema comercial automatizado (MicroScan). La presencia de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas se confirmó mediante E-test y/o disco combinados con inhibidores y PCR.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes aislamientos: *Klebsiella pneumoniae* (n=47) (32 no BLEE y 15 BLEE); *Escherichia coli* (n=12); *Enterobacter* spp (n=7); *Proteus mirabilis* (n=3); *Citrobacter koseri* (n=2); *Pseudomonas aeruginosa* (n=4); *Enterococcus faecalis* (n=10); y (n=1) de *Morganella morganii*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus* y *Staphylococcus epidermidis*. La sensibilidad a antimicrobianos en *K. pneumoniae* no productoras de BLEE fue: 100% a cefotaxima, ceftazidima y carbapenemes, 90,6% a cefuroxima y nitrofurantoína, 87,5% a gentamicina, 84,3% a piperacilina-tazobactam, 68,8% a amikacina, 62,5% a fosfomicina, 53,1% a tobramicina y cotrimoxazol, 43,7% a ciprofloxacino y 34,3% a amoxicilina-clavulánico. En las cepas de *K. pneumoniae* productoras de BLEE: 100% a amikacina, 93,3% a carbapenemes, 86,7% a piperacilina-tazobactam y nitrofurantoína, 60,0% a fosfomicina, y ninguna cepa sensible a amoxicilina-clavulánico, gentamicina, tobramicina, ciprofloxacino y cotrimoxazol. Los porcentajes de sensibilidad a *E. coli* fueron: 100% a carbapenemes, piperacilina-tazobactam y amikacina, 91,7% a cefotaxima, ceftazidima y nitrofurantoína, 83,3% a gentamicina, tobramicina, fosfomicina y cotrimoxazol, 75,0% a cefuroxima, 66,7% a ciprofloxacino y 41,7% a amoxicilina-clavulánico. *E. faecalis* presentaba un 60% de resistencia a levofloxacino.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra hay un predominio de *K. pneumoniae*, con 31,9% de BLEE. En estas cepas sólo piperacilina-tazobactam, carbapenemes, amikacina y nitrofurantoína presentan buena actividad, constituyendo piperacilina-tazobactam un buen antimicrobiano de primera línea. *K. pneumoniae* no productora de BLEE y *E. coli* presentan aceptable sensibilidad a nitrofurantoína y cefuroxima, con buenas opciones de terapia oral, no ocurriendo así con fosfomicina y cotrimoxazol para *K. pneumoniae*. El uso muy frecuente de fosfomicina y ciprofloxacino sea determinante en la resistencia a estos antimicrobianos; por ello sería muy útil diversificar el uso de antimicrobianos. *E. faecalis* es el coco gram positivo más frecuente manteniéndose muy activa fosfomicina.

Palabras clave: infección urinaria, *Klebsiella pneumoniae*, vejiga neurógena

P-71**ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE NEISSERIA GONORRHOEAE**

P. BARDÓN DE TENA*, C. GARCÍA PÉREZ, L. VIÑUELA GONZÁLEZ, V. GARCÍA LÓPEZ, I. VICIANA RAMOS, E. CLAVIJO FRUTOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ANTECEDENTES/ OBJETIVO

La alta incidencia de casos de *Neisseria gonorrhoeae* (NG), unido a la creciente aparición de resistencias al tratamiento antimicrobiano, convierten a la gonorrea en un problema de salud pública a nivel mundial. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la evolución de la sensibilidad de NG en nuestra área sanitaria a lo largo de varios años.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2012 a julio de 2016 se cultivaron 4368 muestras (genitales, faríngeas, rectales y orinas), según el protocolo de rutina de nuestro laboratorio, para estudio de NG utilizando el medio de Martin Lewis. Se testó la sensibilidad a cefotaxima, ciprofloxacino, penicilina y tetraciclina mediante el método disco-placa, y los resultados fueron interpretados según los criterios CLSI.

RESULTADOS

De las 4368 muestras, 164 (3,75%) fueron positivas para NG, distribuidas: 2012: 24; 2013: 32; 2014: 38; 2015: 42; enero a julio de 2016: 28. El 90,8% (149) se obtuvieron de exudados uretrales, 12 de exudados vaginales, 2 de muestras rectales y 1 de semen. Los porcentajes de cepas sensibles a los diferentes antibióticos fueron: Ciprofloxacino: 2012, 41,6%; 2013, 59,4%; 2014, 41,2%; 2015, 42,9%; 2016, 60,7%. Penicilina: 2012, 20,8%; 2013, 26,7%; 2014, 10,5%; 2015, 4,76%; 2016, 0%. Tetraciclina: 2012, 25,0%; 2013, 35,5%; 2014, 20,6%; 2015, 28,6%; 2016, 57,1%. El 100% de las cepas se mostraron sensibles a cefotaxima durante los cinco años del estudio.

CONCLUSIONES

Este estudio corrobora los altos porcentajes de resistencia de NG a penicilina y tetraciclina. La sensibilidad a ciprofloxacino oscila entre el 41 y el 61% por lo que no parece recomendable en el tratamiento empírico. A pesar de existir descritas resistencias a cefalosporinas de tercera generación en NG, todas las cepas de nuestro estudio se mostraron sensibles a cefotaxima, considerándose, por tanto, el tratamiento empírico de primera elección. A pesar de que hoy existen técnicas más sensibles que el cultivo (PCR), se debe continuar vigilando la susceptibilidad antibiótica de NG con el objetivo de detectar posibles casos de resistencias.

Palabras clave: Neisseria gonorrhoeae, Sensibilidad

P-72**ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO DE 2 MÉTODOS DE SIEMBRA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.**

ROCÍO SÁINZ RODRÍGUEZ, MIRIAM VALVERDE TROYA, MARÍA CONCEPCIÓN MEDIAVILLA GRADOLPH, BEGOÑA PALOP BORRAS

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es comparar el método de siembra manual con el método automático Inoqula BT, utilizando un sistema de toma de imágenes y lectura digital (ImagA BT). Se ha valorado el rendimiento de ambos métodos de siembra según la capacidad de obtener colonias aisladas, el tamaño de las mismas, la hemólisis, estandarización del método y la reproductibilidad de la siembra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se realizó en el laboratorio de microbiología del Hospital Regional Universitario de Málaga el 24 y 25 de Febrero de 2016. El primer día se realizó la siembra de las placas de manera manual y automática con esfera magnética. El segundo se analizaron y compararon los resultados. Se necesitaron 3 técnicos de laboratorio para la realización del trabajo y 18 Microbiólogos clínicos para la interpretación y evaluación.

Se sembraron 10 µl de distintas diluciones de las siguientes cepas siguiendo 2 protocolos de trabajo: Protocolo A: *Enterococcus faecalis* ATCC29212; *Escherichia coli* ATCC25922; *Klebsiella pneumoniae* ATCC700603. En medio cromogénico incubado en aerobiosis a 35°C, durante 18 horas. Patrón de siembra: zig-zag.

Protocolo B: *Streptococcus agalactiae* ATCC13813; *Staphylococcus aureus* ATCC29213; *Streptococcus pneumoniae* ATCC49619. En agar sangre incubado en atmósfera de CO₂ a 35°C, durante 18 horas.

Patrón de siembra: cuadrantes.

La lectura de las imágenes se realizó en las primeras 2 horas. El análisis de las imágenes se realizó por ingenieros de BD Kiestra con el último sistema Supervised High Quality Imaging System. La comparación entre el número de colonias aisladas por ambos métodos se realizó mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. La reproductibilidad entre los métodos se realizó por Anova basado en las comparaciones de modelos de regresión lineal. Los microbiólogos valoraron subjetivamente el nivel de aislamiento de las colonias, el tamaño, la hemólisis y la morfología.

RESULTADOS

Se sembraron 6 placas, por cada cepa, tipo de siembra y dilución. Lo que hace un total de 18 placas por cada cepa y de 36 por cada dilución de las distintas cepas.

En la siguiente tabla aparecen los datos estadísticos de la comparación de la siembra manual frente a la automática del número de colonias aisladas.

Método	n	media	DE	Cv	Mediana	Min	Max
Inoqula	630	27.39	14.70	0.54	26	0	80
Manual	629	17.40	14.03	0.81	14	0	90

*Se presentan resultados totales.

La prueba de Wilcoxon nos muestra que la diferencia en el contaje entre la siembra con esferas magnéticas y la manual ($p < 0.0001$).

La siembra manual presenta un mayor error estándar (0.84), que la automatizada (0.58), lo que demuestra una significativa mejor reproductibilidad.

CONCLUSIONES

- La siembra automática permite detectar un significativo mayor número de colonias aisladas con respecto a la siembra manual.
- La siembra automática permite mejorar la reproductibilidad con respecto a la manual.
- En cuanto a la evaluación subjetiva con la siembra automática se perciben un mayor número de colonias y se observa mejor la hemólisis.

Palabras clave: siembra automática

P-73**INCIDENCIA DE NEISSERIA GONORRHOEAE Y REPERCUSIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR PCR**

P. BARDÓN DE TENA, C. GARCÍA PÉREZ, L. VIÑUELA GONZÁLEZ, V. GARCÍA LÓPEZ, I. VICIANA RAMOS, E. CLAVIJO FRUTOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ANTECEDENTES/OBJETIVO

Actualmente asistimos a un incremento de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Para aumentar el rendimiento al cultivo convencional se incorporaron técnicas de biología molecular. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de NG en nuestro medio, las características epidemiológicas de los pacientes y los casos de coinfección con otras ITS.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre enero de 2012 y julio de 2016 se procesaron 4368 muestras, según el protocolo de rutina del laboratorio. Para cultivo de NG utilizamos medio Martin Lewis y para detección de *Mycoplasma hominis* (MH) y *Ureaplasma urealyticum* (UU), la galería *Mycoplasma* IST 2 (bioMérieux®). A partir de junio de 2015 se incorporó la PCR a tiempo real de NG y *Chlamydia trachomatis* (CT) (sistema automatizado Cobas 4800 de Roche®), realizándose paralelamente al cultivo a 570 muestras.

RESULTADOS.

De 4368 muestras analizadas, se detectó NG en 222 (86% exudados uretrales), 89% varones, 54% con edades entre 20 y 34 años. La incidencia de NG (nº casos por 100.000 habitantes) fue: 2012: 5,7; 2013: 7,5; 2014: 8,8.

En 2015 se diagnosticaron 68 infecciones por NG, 42 por cultivo y 26 con cultivo negativo y PCR positiva, siendo la incidencia de 9,3 con cultivo, y de 14,9 cultivo y PCR (aumentando 5,6). En 2016 se detectaron 37 casos de NG, 29 con cultivo positivo y 8 negativo PCR positiva. La incidencia fue de 11,1 con cultivo, 14 cultivo negativo +PCR positiva (aumentando 2,9). De las 570 muestras a las que se realizó estudio de CT, el 12,2% (42 exudados uretrales, 7 vaginales, 12 rectales, 4 endocervicales, 4 orinas y 1 faríngeo) resultaron positivas. La incidencia de CT fue de 15,6. Durante el último año se detectó NG en 81 muestras, 17 (20,9%) presentaron coinfección NG+CT; 7 (8,6 %) NG+UU; 2 (2,5%) infección mixta NG+CT+ UU.

CONCLUSIONES

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* se detecta con mayor frecuencia en hombres y exudados uretrales. El 54% de pacientes tenía entre 20 y 34 años. La incidencia en nuestro medio ha aumentado progresivamente desde 2012, pasando de 5,7 a 14 casos /100.000 habitantes actualmente. La PCR ha contribuido a este incremento de incidencia en los últimos años (3-6 casos /100.000 habitantes) con respecto al cultivo. La incidencia de CT es de 15,6 casos/100.000 habitantes. En 20,9% de los casos detectamos coinfección CT y NG por lo que deben ser consideradas en la práctica clínica.

Palabras clave: Neisseria gonorrhoeae, PCR, Incidencia

P-74**SEROPREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE HUELVA.**

FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., GARCÍA VELA, JH., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
 UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS:

La infección por *Helicobacter pylori*, está relacionada con diferentes patologías digestivas como la gastritis crónica activa, la úlcera gastroduodenal y el linfoma MALT; por lo que su detección y diagnóstico, presenta una gran relevancia clínica. Entre las técnicas empleadas en el diagnóstico indirecto de la infección por *H. pylori* se encuentra la detección de anticuerpos.

El objetivo de este trabajo es conocer la seroprevalencia de *H. pylori* en la población del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva durante el periodo 2010-2016.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han procesado un total de 1953 muestras de suero durante los años 2010-2016.

La metodología empleada fue una técnica de inmunocromatografía para la detección cualitativa rápida de anticuerpos de IgG específicos frente *H. pylori* en suero, plasma o sangre completa (Clearview® *H. pylori*) y a partir del año 2015 una nueva técnica automatizada de inmunoensayo de quimioluminiscencia indirecta (VirCia® de Vircell), en la detección de anticuerpos de clase IgG *Helicobacter pylori*.

RESULTADOS:

Se han analizado un total de 1953 muestras de suero. Se detectaron anticuerpos frente a *H. pylori* en 765 muestras (39,2 %). Por grupos de edades, la seroprevalencia alcanza su máximo en los pacientes con edades comprendidas entre los 41 y 50 años con un 23,8%.

En la siguiente tabla se observa el porcentaje de pacientes seropositivos por grupos de edades.

MUESTRAS POR EDAD	TOTAL	(%)
1-10 AÑOS	5	0,65
11-20 AÑOS	27	3,53
21-30 AÑOS	63	8,23
31-40 AÑOS	128	16,73
41-50 AÑOS	182	23,79
51-60 AÑOS	146	19,08
61-70 AÑOS	116	15,16
71-80 AÑOS	64	8,37
81-90 AÑOS	14	1,83

CONCLUSIONES:

La seroprevalencia de *H. pylori* en nuestra Área con respecto a otros estudios en nuestro país es menor. Las técnicas de diagnóstico serológico frente a *H. pylori* no sirven para conocer si se trata de una infección pasada o activa; aunque presentan un elevado valor predictivo negativo de la misma. No se recomienda su uso en pacientes mayores a 65 años, ni niños, ni pacientes en tratamiento o su monitorización.

Palabras clave: Helicobacter pylori, Seroprevalencia

P-75**ENTEROPATÓGENOS AISLADOS EN LA GASTROENTERITIS AGUDA EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE HUELVA.**

GARCÍA VELA, JH., SANTOS ROSA, C., FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., DUQUE CALERO, A.

UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA.

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS:

Las infecciones agudas del tracto gastrointestinal figuran entre las enfermedades infecciosas que se producen con mayor frecuencia, sólo superadas por las infecciones del tracto respiratorio. En la mayoría de ocasiones se trata de un proceso infeccioso leve en los adultos sanos; pero sin embargo, un desequilibrio electrolítico puede producir una grave deshidratación en personas inmunodeprimidas, en niños y ancianos. El objetivo de este trabajo es el estudio de los enteropatógenos bacterianos aislados en el Área Sanitaria Norte de Huelva, durante los años 2010 a 2015.

MATERIAL Y MÉTODO:

Durante el periodo de estudio (2010-2015) se procesaron un total de 3400 muestras de heces. Todas las muestras clínicas de heces se procesaron según los protocolos habituales de nuestro laboratorio. Las muestras fueron sembradas en los siguientes medios de cultivo: Agar Sangre, Agar MacConkey, Agar Salmonella-Shigella (SS), Agar Yersinia, Agar Campylobacter, y medio Selenito. A las colonias sospechosas y morfológicamente compatibles con alguno de los enteropatógenos objeto de este estudio, se les sometió a diferentes técnicas apropiadas para la detección e identificación del agente bacteriano causal y/o sus antígenos o toxinas.

RESULTADOS:

Del total de muestras de heces procesadas (3400) en nuestro laboratorio durante el periodo de estudio, se han aislado 415 enteropatógenos. El agente etiológico más frecuentemente aislado ha sido Salmonella spp. con un total de 208 aislamientos (50,1%), seguido de Campylobacter spp. con un total de 166 aislamientos (40%). Aeromonas hydrophila 22 (5,3%) y Yersinia enterocolítica 19, (4,5%). Dentro genero Campylobacter, 6 se identificaron como Campylobacter coli y 160 como Campylobacter jejuni. Dentro del género Salmonella spp., se tipificaron como Salmonella entérica Grupo B (113), Grupo D (52), Grupo C1 (13), Grupo C2 (12) y Grupo G (1).

CONCLUSIONES:

Aunque las infecciones por enteropatógenos han sufrido una disminución en los últimos años, se debe dar continuidad a una actividad educativa sobre la población tendente a modificar hábitos que hagan que estas infecciones sean cada vez menos frecuentes.

Palabras clave: GASTROENTERITIS AGUDA

P-76**EPIDEMIOLOGÍA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE HUELVA.**

GARCÍA VELA, JH., FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, F., SANTOS ROSA, C., DUQUE CALERO, A.
 UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, UGC. LABORATORIOS CLÍNICOS. HOSPITAL GENERAL DE RIOTINTO, HUELVA

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS:

Chlamydia trachomatis es la infección de transmisión sexual más frecuentemente declarada en los países desarrollados. La infección genital por *Chlamydia trachomatis* puede conducir a graves secuelas entre las mujeres, incluyendo la enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad por causa tubárica y embarazo ectópico entre otras. En los hombres las manifestaciones clínicas más comunes son las uretritis, epididimitis, prostatitis, proctocolitis y conjuntivitis. En el presente trabajo exponemos la epidemiología de *Chlamydia trachomatis* en nuestra área.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2012 a diciembre de 2015. Se empleó técnica de detección de antígeno de *Chlamydia trachomatis* a un total de 411 muestras correspondientes a 355 muestras de orina en hombres y 56 exudados endocervicales, enviadas desde la consulta de ginecología y urología de nuestro centro hospitalario, correspondientes a pacientes de ambos sexos, de todas las edades y con sospecha de infección por *Chlamydia* spp. Las muestras recibidas se procesaron según los protocolos normalizados de trabajo habituales en nuestro Laboratorio, para la detección cualitativa directa de antígeno de *Chlamydia trachomatis* tanto en muestras endocervicales, como en muestras de orina en los hombres, mediante el uso de Clearview® *Chlamydia* MF.

RESULTADOS:

En el periodo que abarca nuestro estudio (2012-2015) hemos detectado un total de 15 muestras positivas (3,65%).

Todos los casos detectados se corresponden con muestras de orinas de varones.

AÑOS	NUM. DE MUES	TRAS POSITIVAS
2012	107	2 (2%)
2013	112	1 (1,05%)
2014	96	6 (7,89%)
2015	109	6 (5,94%)

CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que en nuestra área el porcentaje de detección de antígeno de *Chlamydia trachomatis* (3,65%) se encuentra muy por debajo de la media nacional (8%). Probablemente debido al empleo de técnicas de detección de antígeno en lugar de técnicas moleculares para el diagnóstico de la infección de *C. trachomatis*.

Palabras clave: Chlamydia trachomatis



SAMPAC
2016 HUELVA

ÍNDICE DE AUTORES



NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.
ABAD ORTEGA, JOSÉ MARÍA	P-6	CASAL ROMÁN, MANUEL	P-4, P-5, P-15, P-16, P-40	FERNÁNDEZ-CABALLERO, JOSÉ ÁNGEL	CO-10, CO-12, CO-13, P-28, P-44, P-46, P-48, P-49
AGUILERA AGUILERA, A	P-43	CASANOVAS MORENO-TORRES, ISABEL	P-17	FERNÁNDEZ-CUENCA, FELIPE	P-1, P-22
ALADOS ARBOLEDAS, JUAN CARLOS	P-33, P-35, P-36, P-37	CASAS, MARÍA DE LA PAZ	CO-8, P-3, P-23, P-24	FRANCISCA, VICENTE	CO-1
ALDAMIZ-ECHEVARRÍA, TERESA	CO-13	CASTRO, CARMEN	P-3	FRANCO-ÁLVAREZ DE LUNA, FRANCISCO	CO-6, P-21, P-62, P-74, P-75, P-76
ÁLVAREZ, MARTA	CO-8, CO-10, P-28, P-30, P-44, CO-12, P-49	CAUSSE DEL RÍO, MANUEL	P-4, P-5, P-40	FREYRE CARRILLO, CAROLINA	CO-15, P-8, P-9, P-58
ÁLVAREZ-OSORIO, MARÍA JESÚS	CO-10	CHÁVEZ, MÓNICA	P-7	FRÍAS CAÑIZARES, MARIA DOLORES	P-10, P-11, P-12, CO-3
ANDAMOYO-CASTAÑEDA, ALBERTO	CO-14	CHUECA, NATALIA	CO-8, CO-10, P-23, P-28, P-30, P-44, CO-12, P-46, P-49, CO-13	FRIAS, MARIO	CO-10
ANDRADES ORTEGA, M	P-39	CLAVIJO FRUTOS, E	P-41, P-43, P-60, P-71, P-73	GALAN SANCHEZ, FATIMA	CO-14, CO-15, P-3, P-50, P-51, P-52, P-59, P-70
ANDRADES ORTEGA, MARÍA	P-45	CONTRERAS REY, MARÍA BEATRIZ	P-66	GALVEZ LLOMPART, MARIA	P-2
ANILLO PONCE, MARTA	P-50	CÓRDOBA-GARCÍA, JOSE	P-42, P-47	GÁLVEZ, JORGE	P-2
ANTÓN, JOSÉ JOAQUÍN	P-30, P-48	CRUZ RUIZ, MARINA	P-6	GARCÍA DEL TORO, MIGUEL	P-46
ARAGÓN FERNÁNDEZ, CARMEN	P-37	CUENCA-LÓPEZ, FRANCISCA	CO-10	GARCÍA ESPINOSA, ROSA MARÍA	P-65
ARATA, ISABEL	P-30	DE FRANCISCO RAMÍREZ, JL	P-33	GARCÍA LÓPEZ, M.V	P-60, P-71, P-73
ARCA SUAREZ, JORGE	CO-14, CO-15, P-50, P-51, P-59, P-70	DE LA CALLE, IRÍA JESÚS	P-9	GARCÍA PÉREZ, C	P-41, P-43, P-60, P-71, P-73
AUNAR MARTIN, JAVIER	P-32	DE LA CRUZ, MERCEDES	CO-1	GARCÍA VALDIVIA, MARÍA SOLEDAD	P-9
AZNAR MARTÍN, JAVIER	CO-5, P-31, P-34, P-38, P-61, P-39, P-45, P-64	DE LA IGLESIA SALGADO, MATILDE	CO-4, P13, P-14, P-67	GARCÍA VELA, JOSÉ HERMINIO	P-21, P-62, P-74, P-75, P-76
BALLESTERO-TÉLLEZ, MÓNICA	P-1	DE LA RUBIA MARTÍN, FRANCISCA	P-52, P-58, P-70	GARCÍA GARCÍA, FEDERICO	CO-8, P-23, P-24, P-28, P-44, CO-12, P-48, P-49
BAÑÓN, R	P-15, P-16	DE SALAZAR, ADOLFO	P-23	GARCÍA, FERNANDO	CO-8
BARDÓN DE TENA, P.	P-41, P-43, P-60, P-71, P-73	DE SALAZAR, V	P-24	GARCIA-REY, S	CO-9, P-25, P-26
BECCERRIL CORRAL, BERTA	P-65	DEL PARADO, CESAR	P-58	GENILLOU, OLGA	CO-1
BELÉN PÉREZ, ANA	P-46, CO-13	DEL PRADO MONTORO, CÉSAR	CO-15, P-8, P-9	GÓMEZ FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO	CO-4
BERMUDEZ RUIZ, PILAR	P-54	DÍAZ-DE ALBA, PAULA	CO-7	GÓMEZ GÓMEZ, MARÍA JOSÉ	P-31
BERNAL, ENRIQUE	P-30	DOMÍNGUEZ CASTAÑO, ANA MARÍA	P13, CO-4, P-14, P-67	GÓMEZ PASTRANA, DAVID	P-37
BERNAL, SAMUEL	CO-9, P-18, P-19, P-25, P-26	DOMÍNGUEZ, M.C.	P-27, P-29	GÓMEZ, M.C.	P-27, P-29
CABEZAS, JL	P-18	DUQUE CALERO, ANA	P-21, P-62, P-74, P-75, P-76		
CABRERA GODOY, F	P-43	FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, CLOTILDE	P-65		
CAMACHO MARTÍNEZ, PEDRO	P-38, P-39, P-45				
CARMEN MARCOS MORENO	P-68				
CARRERO PEREA, O	P-36				
CARRILLO, ROSARIO	P-42				



NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.
GÓMEZ-ALFÉREZ PALMA, CONCEPCIÓN	P-12, CO-3	LUPION, CARMEN	CO-11	NAVARRO, DANIEL	P-46
GONZÁLEZ GÓMEZ, M.I	P-35	MACHUCA, JESÚS	P-2, CO-1	NAVARRO-MARÍ, JOSÉ MARÍA	CO-16
GRACIA AHUFINGER, IRENE	P-4, P-5	MACIAS, J	P-18	NIETO, MARINA	P-7
GRAGERA-MARTÍNEZ, ÁLVARO	CO-4, P13, P-14, P-67	MANCEBO, MARÍA	CO-10	ODERO BERNAL, VALLE	P-42, P-47
GRUPO DE ESTUDIO FUNGAE-IFI	P-3	MANUEL A. RODRIGUEZ	P-58	OMAR, MOHAMED	P-30
GUADALAJARA JURADO, JUAN	CO-6	MARFIL PÉREZ, EDUARDO	P-4, P-5	ORTEGA LÓPEZ, YOLANDA	P-10, P-11, P-12, CO-3
GUAL DE TORRELLA, ANA	CO-7	MARÍN CASANOVA, PILAR	P-50, P-59	ORTEGA TORRES, M	P-41, P-60
GUERRERO LOZANO, INMACULADA	P-51, P-59 CO-14	MARIN,ELENA	P-3	PALOMARES, JOSE CARLOS	P-18, CO-9, P-25, P-26, P-19
GUILLOT SUAY, VICENTE	P-55, P-56, P-57,	MÁRQUEZ COELLO, MERCEDES	p-65	PALOP BORRÁS, BEGOÑA	P-53, P-54, P-72
GUTIERREZ AROCA, JUAN	P-15, P-16, P-40	MÁRQUEZ SANABRIA, ADRIANA	P13, CO-4, P-14, P-67	PARRA SÁNCHEZ, MANUEL	CO-9 P-19 P-18, P-25, P-26
GUZMÁN PUCHE, JULIA MARÍA	P-4, P-5, P-16	MARTIN DURAN , ELENA	P-53	PASCUAL, ALVARO	CO-1, CO-7, CO-11, P-1, P-2, P-22
HERAS CAÑAS, VÍCTOR	CO-7, P-17, P-68, P-69	MARTÍN HITA, LINA	P-56, P-57	PEDROSA-CORRAL, IRENE	CO-16
HERRERO ROMERO, MARTA	P-61	MARTÍN MAZUELOS, ESTRELLA	P-19	PEÑA, ALEJANDRO	P-24, P-48
HERRERO, MARTA	P-64	MARTÍN, JAVIER AZNAR	CO-2	PEREA LÓPEZ, B	P-60
HIDALGO-GRASS, CARLOS	P-63	MARTIN, L	P-55	PÉREZ RAMÍREZ, MARÍA DOLORES	P-17, P-20, P-68, P-69
JIMÉNEZ GUERRA, GEMMA	P-17, P-20, P-68, P-69	MARTÍNEZ RUBIO, MARÍA DEL CARMEN	P-8, P-9	PÉREZ, ANA BELÉN	CO-10, P-28, P-30, P-49
JIMÉNEZ MEDINA, EVA MARÍA	P-6	MARTINEZ, CARMEN	P-58	PEREZ, LUIS	P-19, P-25, P-26
JIMÉNEZ, MIGUEL	P-46	MARTÍNEZ-SAPIÑA, ANA MARÍA	P-46	PÉREZ, MONTSERRAT	CO-10
JOSE MARÍA NAVARRO MARÍ	P-69	MARTÍN-MAZUELOS, ESTRELLA	P-3, CO-9, P-18, P-25, P-26	PEREZ-PALACIOS, PATRICIA	CO-11
JUAN CARLOS ALADOS	P-46	MASIÀ, MAR	P-30	PÉREZ-RUIZ, MERCEDES	CO-16
LARA OYA, ANA	P-68, P-69	MAZUELAS TEATINO, JOSÉ PABLO	P-10, P-11, P-12, CO-3	PINEDA, JUAN ANTONIO	CO-13
LARA, MARIA MAGDALENA	P-30	MEDIAVILLA GRADOLPH, MARÍA CONCEPCIÓN	P-54, P-72	PLATA ROSALES, JACINTO CARLOS	P-10, P-11, P-12, CO-3
LÁZARO, PILAR	P-7	MÉRIDA, MARÍA DOLORES	CO-12, P-28, P-44, P-49	POMPEYO VICIANA	CO-13
LEPE JIMÉNEZ, JOSE ANTONIO	P-38	MERINO DIAZ, LAURA	P-32, P-34, P-61, P-64	POYATO, ANTONIO	CO-13
LEPE, JOSÉ ANTONIO	CO-5, P-31	MERINO, DOLORES	P-46	PUERTAS RODRIGUEZ, ARACELI	P-69
LÍEBANA MARTOS, CARMEN	P-55, P-56, P-57	MIRO, SUHIL	P-67	PUEYO, ISABEL	P-19, CO-9, P-25, P-26
LÓPEZ PRIETO, MARIA DOLORES	P-33, P-35, P-36, P-37	MOLLEJA GARCÍA, ANA	P-10, P-11, P-12, CO-3	RAMIREZ, JL DE FRANCISCO	P-35, P-36
LOPEZ, INMA	P-22	MORILLA, DOLORES	P-19	RAMÍREZ, MERCEDES	P-7
LÓPEZ, JOSEFA	P-44, CO-12, P-49	MORILLA, M.D	P-25, P-26	RAMOS, GASTÓN	P-28
LÓPEZ-BUENO, JOSEFA	P-28	MOYANO, MARÍA ROSA	P-42, P-47	RAMOS-GUELFO, MARÍA	P-2
LOPEZ-CERERO, LORENA	CO-7, CO-11	MUÑOZ COLMENERO, AURORA ÚRSULA	P-6		
LÓPEZ-HERNÁNDEZ, INMACULADA	P-1	NÁJAR GARCÍA, ARACELI	P-2		
LOZANO DOMINGUEZ, M ^a DEL CARMEN	P-32, P-34, P-64, P-61	NAVARRO MARÍ, JOSÉ MARÍA	P-17, P-20, P-68		



NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.	NOMBRE	REF.
RECACHA, ESTHER	P-2, CO-1, P-22	SAMPEDRO-MARTÍNEZ, ANTONIO	CO-16	VILLALÓN PANZANO, PILAR	P-4
RECIO, JUAN LUIS	P-23, P-24	SANBONMATSU-GÁMEZ, SARA	CO-16	VILLA-REAL BERRUEZO, RICARDO	P-6
REUS, SERGIO	CO-13	SÁNCHEZ CALVO, J.M	P-33, P-35, P-36	VIÑUELA GONZÁLEZ, L	P-41, P-43, P-60, P-71, P-73
RIAZZO-DAMAS, CRISTINA	CO-16	SÁNCHEZ CALVO, JUAN MANUEL	P-37	VIRTO PEÑA, IANIRE	P-8, P-9
RÍOS SÁNCHEZ, ESMERALDA	P-9	SÁNCHEZ, ANTONIO	P-28	VIRTO, IANIRE	P-58
RODRÍGUEZ IGLESIAS, MANUEL	CO-15, P-8, P-9, P-50, P-51, P-52, P-59, P-70, P-65	SÁNCHEZ, JOSÉ ANTONIO	P-44, CO-12, P-49	YAGUEZ JIMÉNEZ, MARÍA SOCORRO	P-17, P-20
RODRÍGUEZ LÓPEZ, FERNANDO CARLOS	P-4, P-5	SANCHEZ, M	P-18	YNFANTE MILÁ, J. IGNACIO	P-66
RODRÍGUEZ MARTÍN, ESTEBAN	P-65	SÁNCHEZ, MAGDALENA	P-32, P-34, P-61, P-64	ZANNI, RICCARDO	P-2
RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, JOSÉ MANUEL	P-2, CO-1	SANCHEZ-ESPAÑA, JUAN CARLOS	P-63		
RODRÍGUEZ REY, A.M	P-39	SANTOS ROSA, CRISTINA	P-21, P-62, P-74, P-75, P-76		
RODRÍGUEZ REY, ANA MARÍA	P-31, P-45	SANTOS, JESÚS	CO-13		
RODRÍGUEZ VILLODRES, ÁNGEL	CO-2, P-38	SANTOTORIBIO, DIEGO	P-58		
RODRÍGUEZ-GRANGER, JAVIER	CO-16	SENA CORRALES, G.	P-41		
RODRIGUEZ-IGLESIAS, MANUEL	P-3, CO-14	SERRANO, MARÍA CARMEN	P-7		
RODRÍGUEZ-MOLINS, ESMERALDA	P13, CO-4, P-14, P-66	SIVIANES, NIEVES	P-19, P-25, P-26		
RODRIGUEZ-RUIZ, L	P-15	SOLER GÓMEZ, ÁNGELA	CO-15		
RODRÍGUEZ-VILLODRES, ÁNGEL	CO-5	SUAREZ BARRENECHEA, ANA ISABEL	P-22		
ROJO MARTÍN, MARÍA DOLORES	P-68, P-69	SUÁREZ GRAU, JUAN MANUEL	CO-6		
ROLDÁN ALBA, INMACULADA	P-10, P-11	TEJERO GARCÍA, ROCÍO	P-4, P-5		
ROLDÁN FONTANA, CAROLINA	P-56, P-57	TELLO NIETO, SALOMÉ	P-52, P-70		
ROLDÁN, C	P-55	TELLO, SALOME	P-58		
ROLDÁN, M.E	P-27, P-29	TENORIO-ABREU, ALBERTO	P13, CO-4, P-14, P-63, P-66, P-67		
ROMÁN ALONSO, FEDERICO	P-68, P-69	TORRES MARTOS, EVA	P-33, P-35, P-36, P-37		
ROMERO, ANA	P-3	TORRES SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ	CO-2		
RUIZ GALLEGU, MC	P-39	TORRES, MJ	CO-9		
RUIZ MARTINEZ, PILAR	P-40	TRINCADO CARLOS-ROCA, PILAR	P-68		
RUIZ MOLINA, INÉS	P-65	TRUJILLO SOTO, TERESA	CO-14, CO-15, P-51, P-52, P-59, P-65,		
RUIZ PÉREZ DE PIPAÓN, MAITE	CO-2, P-31, P-45	VALVERDE TROYA, MIRIAM	P-53, P-54, P-72		
RUIZ, FERNANDO	P-48	VICIANA RAMOS, I	P-41, P-60, P-71, P-73		
RUIZ-FRUTOS, CARLOS	P-63	VICIANA RAMOS, I.	P-43		
RUIZ-MARTINEZ, P	P-15	VIDAL ACUÑA, MARIA REYES	CO-2, P-64		
SAAVEDRA MARTÍN, JOSÉ MARÍA	CO-4, P13, P-14, P-67				
SÁINZ RODRÍGUEZ, ROCÍO	P-53, P-54, P-72				
SALAMANCA, ELENA	P-22				



SAMPAC
2016 HUELVA
13 Y 14 DE OCTUBRE