

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

ACTIVIDAD IN VITRO DEL TEDIZOLID, UNA NUEVA OXAZOLIDINONA, CONTRA AISLAMIENTOS CLÍNICOS GRAM-POSITIVOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

C.F. Amábile-Cuevas

Fundación Lusara. Ciudad de México. México.

Introducción: Los patógenos gram-positivos, especialmente *Staphylococcus aureus*, son causales relevantes de neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización, así como de neumonía nosocomial, en todo el mundo. Aunque no hay datos epidemiológicos precisos para la mayoría de los países latinoamericanos, pudiera haber hasta 300.000 casos/año de neumonía causada por *S. aureus* en pacientes hospitalizados, de los que hasta 180.000 podrían ser metilino-resistentes (MRSA). En México podrían ser alrededor de 80.000 y 46.000 respectivamente. Aunque la resistencia a linezolid y gluco péptidos se ha reportado rara vez en Latinoamérica, ya hay casos documentados; el primer reporte de estafilococos resistentes a linezolid en México, data de 2010. Aquí se reporta la actividad del tedizolid, una oxazolidinona nueva y más potente, que requiere menos dosis y tratamientos más cortos, contra 45 cepas de MRSA nosocomial, de diferentes hospitales de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) por dilución seriada en microplaca, siguiendo los lineamientos de CLSI, usando tedizolid proporcionado por el fabricante, del que se prepararon soluciones en DMSO. La actividad de otros antibióticos se determinó usando microplacas predosificadas (Sensititre), siguiendo las indicaciones del fabricante.

Resultados: Los rangos de CIM, CIM50 y CIM90, en mg/L, fueron de 0,12-0,5, 0,12 y 0,25, respectivamente; mientras que los de linezolid fueron 1-2, 1 y 2, respectivamente. Todos los aislamientos probados fueron sensibles a vancomicina y resistentes a levofloxacino. El tedizolid es también activo contra enterococos: el rango de CIM, CIM50 y CIM90 de 20 aislamientos nosocomiales fue de 0,12-0,5, 0,25 y 0,5, respectivamente. El tedizolid fue activo contra cepas de *Enterococcus faecium* resistentes a linezolid y vancomicina, aisladas previamente de un hospital infantil de la Ciudad de México, con CIM de 0,5 mg/L.

Conclusiones: Estos resultados indican que el tedizolid es efectivo in vitro contra diferentes patógenos gram-positivos multi-resistentes aislados recientemente en la Ciudad de México, y que podría ser una importante adición al arsenal antimicrobiano contra infecciones causadas por estos patógenos, en México y otros países de Latinoamérica.

FARMACOCINÉTICA POBLACIONAL DE TEDIZOLID EN PACIENTES DE ORIGEN HISPANO INCLUIDOS EN DOS ESTUDIOS DE FASE III EN ABSSSI

T. Tanaka, J.F. Cabré-Márquez, J. Passarell, J. Fiedler-Kelly, P. Prokocimer y S. Flanagan

Bayer Yakuhin. Osaka. Japón. Bayer México. México. Cognigen Corporation. Buffalo. NY. Cubist Pharmaceuticals. San Diego. CA. EEUU.

Introducción: Tedizolid (TZD), metabolito activo del fosfato de tedizolid (TZDP), es un nuevo y potente antibiótico (oxazolidinona) en fase de desarrollo clínico para el tratamiento de infecciones cutáneas y neumonía nosocomial causadas por bacterias grampositivas, incluido *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM). A partir de un estudio de aumento escalonado de la dosis en fase II en pacientes con infecciones cutáneas, se desarrolló un modelo farmacocinético (FC) poblacional preliminar, revisado más tarde para incluir los estudios clínicos en fases I y III en el modelo final. El objetivo del análisis actual fue calcular la exposición plasmática de TZD en pacientes hispanos con infecciones cutáneas (ABSSSIs) incluidos en dos estudios aleatorizados fase III de ámbito mundial.

Material y métodos: Los pacientes (N = 664) recibieron TZDP 200 mg por vía intravenosa (I.V.) y/u oral (V.O.) una vez al día durante 6 días, seguido por placebo durante 4 días. El modelo FC final, un modelo bicompartimental con una fase de absorción sigmoidea, biodisponibilidad absoluta y eliminación lineal, se utilizó para calcular la exposición a TZD en cada paciente a partir de la concentración medida y de los factores predictivos estadísticamente significativos (peso corporal ideal y bilirrubina total), incluidos el AUC_{0-24h}, la concentración mínima del fármaco (C_{mín}) y la concentración máxima del fármaco (C_{máx}) en el día 1.

Resultados: No se encontraron diferencias clínicamente significativas entre las características demográficas iniciales entre los pacientes hispanos (N = 182) y no hispanos (N = 482). En la población hispana había más varones (73,1% en comparación con 61,4%, respectivamente) y más pacientes con 65 años de edad o menos (95,1% en comparación con 86,9%). Además, los pacientes hispanos tenían un IMC ligeramente mayor (29,7 ± 6,9 kg/m²) que los no hispanos (27,7 ± 6,6 kg/m²). No hubo diferencias entre los pacientes hispanos y no hispanos en el AUC_{0-24h} (18,44 ± 5,14 µg × h/ml [intervalo: 2,17; 32,50] en comparación con 19,50 ± 4,75 µg × h/ml [intervalo: 2,38; 34,06]), C_{máx} (1,82 ± 0,63 µg/ml [intervalo: 0,126; 3,30] en comparación con 1,97 ± 0,57 µg/ml [intervalo: 0,153; 4,11]) y la C_{mín} (0,26 ± 0,12 µg/ml [intervalo: 0,007; 0,782] en comparación con 0,27 ± 0,13 µg [intervalo: 0,012; 0,750]).

Conclusiones: Los cálculos de la exposición individual a TZD basados en el modelo FC indican que no está justificado ajustar la posología en pacientes hispanos después de la administración I.V. y/o V.O. de TZDP para alcanzar niveles terapéuticos de exposición al fármaco.

SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE TEDIZOLID, UN NUEVO ANTIBIÓTICO, EN PACIENTES DE ORIGEN HISPANOAMERICANO EN DOS ESTUDIOS DE FASE III EN ABSSSI

S. Zhu, J.F. Cabré-Márquez, E. Fang y P. Prokocimer

Bayer China. China. Bayer México. México. Cubist Pharmaceuticals. San Diego. CA. EEUU.

Introducción: En dos estudios aleatorizados y doble ciego, fase III de ámbito mundial en infecciones bacterianas de piel y anexos (ABSSSI) se demostró que la eficacia de tedizolid (TZD) 200 mg una vez al día durante 6 días, no fue menor que la de linezolid (LZD) 600 mg dos veces al día durante 10 días. En este estudio se compararon la seguridad y tolerabilidad integradas de TZD y LZD en pacientes de etnia hispanoamericana incluidos en los estudios de fase III mencionados anteriormente, previos al desarrollo clínico del antibiótico en neumonía nosocomial.

Material y métodos: Los pacientes recibieron TZD 200 mg por vía intravenosa (I.V.) y/u oral (V.O.) una vez al día durante 6 días (seguido por 4 días con administración de placebo, n = 182) o LZD 600 mg dos veces al día durante 10 días (n = 170). Se evaluaron los eventos adversos aparrecidos durante el tratamiento (EADT) notificados hasta la visita de seguimiento tardío (18-25 días después del final del tratamiento), en todos los pacientes de etnia hispanoamericana procedentes de ambos estudios que habían recibido ≥ 1 dosis del fármaco de estudio.

Resultados: En total, 1.324 pacientes formaron la población de seguridad integrada de los dos estudios de fase III en ABSSSI. No se apreciaron diferencias en los pacientes hispanoamericanos (N = 352, 26,6%) en la incidencia de EADT entre TZD (86 [47,3%]) y LZD (81 [47,6%]). Las incidencias de EA digestivos (TZD: 30 [16,5%] en comparación con LZD: 40 [23,5%]) y de EADT relacionados con el fármaco (TZD: 45 [24,7%] en comparación con el LZD: 56 [32,9%]) fueron menores en los pacientes tratados con el TZD. Al final del tratamiento (día 11), las cifras plaquetarias menores al límite inferior de la normalidad (LIN; TZD: 5/147 [3,4%] en comparación con LZD 16/142 [11,3%], P = 0,012) y menores del 75% del LIN (TZD: 0/147 [0%] en comparación con LZD 4/142 [2,8%], p = 0,057) fueron menos frecuentes en los pacientes tratados con TZD que en los que recibieron LZD. Después de la última dosis del fármaco activo del estudio (TZD: día 6; LZD: día 10) se observaron cifras plaquetarias inferiores al LIN en menos pacientes tratados con TZD en comparación con LZD (TZD: 10/157 [6,4%] en comparación con LZD 16/144 [11,1%], p = 0,156) y solo 4 pacientes de cada grupo presentaron cifras plaquetarias inferiores al 75% del LIN (TZD: 2,5% en comparación con LZD: 2,8%; p = 1,000).

Conclusiones: Tanto TZD como LZD fueron bien tolerados en pacientes hispanoamericanos. Los pacientes que recibieron TZD presentaron menos EADT digestivos y menos EADT relacionados con el fármaco, así como menos recuentos anómalos de plaquetas en comparación con los que recibieron LZD.

HOSPITALIZACIÓN DIURNA COMO MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN PACIENTES ADULTOS INMUNOCOMPETENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

R. Roldán, M.E. Torres, M. Arias, D. Gallardo y F. Saldías

Centro Hospitalario San José. Santiago. Chile. Universidad de Santiago de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas son el principal motivo de consulta en los servicios de urgencia durante los meses de

otoño-invierno, siendo causa importante de uso de los recursos sanitarios y hospitalización. La hospitalización diurna como modelo de atención de salud permite reducir los costos de la atención sanitaria sin aumentar los riesgos de los pacientes con infección respiratoria baja.

Objetivo: Describir el modelo de atención de hospitalización diurna otorgado a pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en la Unidad de Broncopulmonar del Hospital San José (HSJ), Santiago, Chile.

Material y métodos: Se evaluaron 117 pacientes adultos con criterios clínico-radiográficos de NAC en el Servicio de Urgencia del HSJ, se estratificó su gravedad según CRB65 y la Guía Clínica de Neumonía Chilena, los pacientes de riesgo intermedio fueron manejados con hospitalización diurna en la Unidad de Broncopulmonar del HSJ en estrecha coordinación con los servicios de atención primaria. Se realiza un análisis descriptivo y seguimiento hasta los 30 días después del alta.

Resultados: Se atendieron 117 pacientes con NAC en la modalidad de atención diurna en la Unidad de Broncopulmonar del HSJ, edad: 67 ± 16 años (rango: 18-92), 62% sexo femenino, 88% tenía comorbilidad, especialmente EPOC (58%), cardiopatías (32%), diabetes (16%) y asma (15%). Los principales factores de riesgo de esta cohorte fueron: edad mayor de 65 años (60%), comorbilidad (88%), fracaso de tratamiento antibiótico (15%), hospitalización en los últimos doce meses (28%), tabaquismo (70%), pérdida de la autonomía (21%), confusión mental (5%), frecuencia cardíaca mayor de 120 lat/min (4%), hipotensión arterial (18%), frecuencia respiratoria mayor de 30 resp/min (9,5%), NAC multilobar (23%), derrame pleural (15%), hipoxemia (41%), nitrógeno ureico sérico mayor de 20 mg/dL (57%) y leucocitosis mayor de $30.000/mm^3$ (2,5%). Los pacientes fueron tratados en promedio 7 días en el hospital diurno (rango: 1-15 días) con oxigenoterapia, hidratación, fisioterapia respiratoria y cefalosporinas de tercera generación (89%) asociado a quinolonas (52%) u otros esquemas (11%); 13 pacientes requirieron ventilación no invasiva, 8 pacientes fueron hospitalizados debido a deterioro clínico (shock: 8, empiema pleural: 2) y tres fallecieron en el hospital a causa de la infección pulmonar (letalidad a 30 días: 2,5%).

Conclusiones: La hospitalización diurna permite disminuir la sobrecarga asistencial sobre los servicios de atención de urgencias y reducir los costos de hospitalización de pacientes adultos con NAC de riesgo moderado.

CARACTERIZACIÓN DE ETIOLOGÍA DE NEUMONÍA VIRAL (NV) CON PRUEBA DE DETECCIÓN GENÓMICA (PDG) EN CALI-COLOMBIA

A. González, A. Morales y L. Fernández

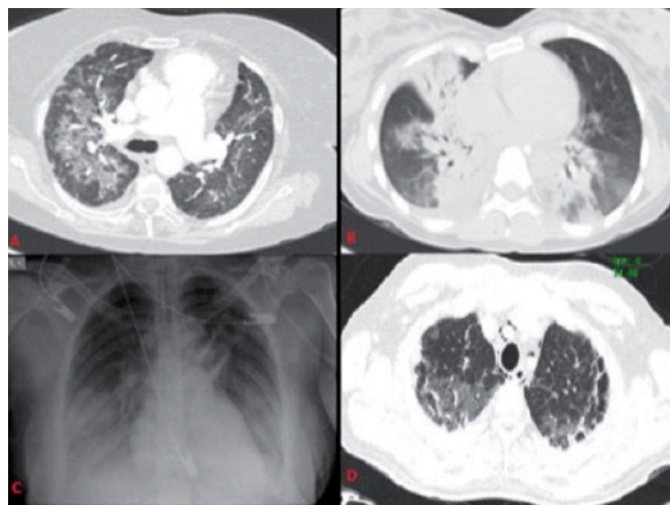
Fundación Valle del Lili. Grupo de Investigación Biomédica en Tórax. Universidad ICESI. Universidad CES. Facultad de Medicina. Cali. Colombia.

Introducción: Los virus respiratorios (VR) son una causa importante de neumonías, la falta de pruebas Dx, hace que los datos epidemiológicos de las NV en Latinoamérica sean escasos.

Material y métodos: Entre Ago/13-Feb/14 se recolectaron pac con NV con PDG de VR por técnica de PCR y microarreglos (CLART® PneumoVir), demografía, comorbilidades, síntomas y hallazgos radiológicos. Desenlaces: Ingreso a UCI, uso de ventilación mecánica invasiva o no invasiva (VMI, VMNI) y mortalidad hospitalaria.

Resultados: 40 pac con pruebas (+), promedio 55 a (17-91), 23 mujeres, comorbilidad: trasplante (T) órgano sólido 12,5%, T MO 2,5%, M hematológicas 5%, E pul crónicas 22,5%, Ca pulmón 2,5%, E autoinmune 10%, DM 10%, E renal crónica 5%, E hepática crónica 2,5%, emb 5%. Síntomas: tos 39/40, hemoptisis 2, fiebre 31/40, disnea 29/40, mialgias 21/40, cefalea 6/40, rinorrea 5/40, odinofagia 4/40. VR aislados Tab 1: Influenza (INF) A H1N1 15/40, otras INF A 3/40, INF B 3/40,

Rhinovirus 11/40, Adenovirus 5/40, Metapneumovirus B 5/40 y A 1/40, Bocavirus 4/40, ParaINF 3 1/40, en 6 se aisló más de un VR, los coinfectantes: rinovirus, adenovirus y bocavirus. En 3 se aisló además, *P. jirovecii*, TBC y *M. pneumoniae*. Radiología: Lo más frec fue inf "vidrio esmerilado", además hubo inf alveolares, D pleural y nódulos pulmonares (fig.). Desenlaces: 35/40 fueron a UCI, 30% tuvieron VMI, 65% VMNI. Mortalidad hospitalaria del 15%.



A "vidrio esmerilado" en NV por Adenovirus B Consolidaciones en Influenza A H1N1. C. D pleural en Rhinovirus D Neumomediastino coinfección por *P. jirovecii* e Influenza A H1N1

Conclusiones: Las técnicas de biología molecular permiten identificar el germen en NV. Los inmunosuprimidos, son un grupo de riesgo, con infecciones severas, necesidad de soporte en UCI, VM y alta mortalidad.

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* ASOCIADO AL USO DE INMUNOSUPRESORES: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL EN BOGOTÁ

J. Alvarado, M.X. Chacón, B. Pinzón, M. Baldión y L. Taboada

Fundación Santafé de Bogotá. Colombia.

Introducción: La neumonía por PJ es una entidad relativamente infrecuente en el paciente sin VIH, sin embargo su incidencia ha aumentado gracias al uso crónico de esteroides y nuevos inmunosupresores, en pacientes receptores de trasplantes, con patología hematológica o autoinmune, la presentación clínica y radiológica es diferente a la del paciente con SIDA. Asociado a mayor mortalidad, a pesar de la profilaxis. No se cuentan con datos locales que describan.

Material y métodos: Se evaluaron 11 pacientes entre enero de 2011 y abril de 2014, con confirmación de infección por PJ en ausencia de infección por VIH, con el análisis de las variables clínicas.

Resultados: La edad promedio fue 61,4 años, 36% en estado postransplante de órgano sólido y 45% con patología hematológicas. 100% de los postransplante se diagnosticaron 6 mes posterior a este, asociado a cambios en la inmunosupresión. 90% con uso previo de esteroide y 63% con por lo menos otro inmunosupresor. Otras características clínicas se muestran en la tabla 1. Comportamiento según mortalidad, tabla 2.

Conclusiones: La neumonía PJ es una infección emergente en el paciente postransplante y en patologías hematológicas malignas, con el uso esteroide sistémico como factor de riesgo. En contra de lo reportado el rendimiento del BAL fue excelente (> 90%), versus la biopsia transbronquial. La mortalidad fue 54%, siendo más frecuente en el estado postransplante, la ventilación mecánica con mayor deterioro de la oxigenación.

Tabla 1. Características clínicas

Signos y síntomas	N = 11
Tos	9 (81,8)
Fiebre	10 (90,1)
Disnea (mMRC)	
0-2	3 (27,3)
3-4	8 (72,3)
Cambios a la auscultación	9 (81,8)
Signos de dificultad respiratoria	6 (54,5)
Patrón en la TAC	
Vidrio esmerilado	3 (27,3)
Vidrio esmerilado más otro	5 (45,5)
Nódulos	1 (9,1)
Engrosamiento septal	1 (9,1)
Consolidación	1 (9,1)
Diferencial BAL	
Linfocítico	2 (18,2)
Neutrofilico	8 (72,3)
Normal	1 (9,1)
Tinción usada para el diagnóstico	
Gomori	9 (81,8)
PAS	4 (36,4)
Otro	2 (18,2)
Coinfección	
Citomegalovirus	4 (36,4)
Tuberculosis	1 (9,1)
Criptococo	1 (9,1)
Ninguna	5 (45,5)
PAFI	
≤ 100	2 (18,2)
101-200	6 (54,5)
> 200	3 (27,3)
Uso de Ventilación mecánica	7 (63,6)
Antibioticoterapia	
Trimetropim sulfametoxazol	10 (90,9)
Otro	1 (9,1)
Tratamiento con esteroide	9 (81,8)
Mortalidad	6 (54,5)
Datos presentados como n (%)	

Tabla 2. Comparación características según mortalidad

	Muerte (N = 6)	No muerte (N = 5)
Edad (años) *	72,7 ± 9,5	47,8 ± 19,0
Enfermedad de base		
Postransplante	1 (16,7)	3 (60)
Patología hematológica	3 (50)	2 (40)
Otros	2 (33,3)	0 (0)
Uso de otros inmunosupresores	3 (50)	4 (80)
Uso de ventilación mecánica	5 (83,3)	2 (40)
PAFI		
≤ 100	1 (16,7)	1 (20)
101-200	4 (66,7)	2 (40)
> 200	1 (16,7)	2 (40)

HISOPADO FARÍNGEO EN RINOFARINGITIS CRÓNICA – EVALUACIÓN DE INFORMES DE BACTERIOLOGÍA Y CULTIVOS

R.F. Chávez, J.R. Arce y F. Díaz

Hospital Universitario Japonés. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia.

Introducción: En la consulta externa de Neumología es frecuente la consulta por tos irritativa, picazón en la garganta, rinorrea, muchas veces con laringoespasma; a consecuencia de obstrucción nasal con respiración oral. Realizado el laboratorio (hisopado faríngeo) llama la atención que la mayoría de los informes (en nuestro medio) es *Klebsiella pneumoniae* con idéntico antibiograma.

Material y métodos: Se realizaron y revisaron más de 50 informes de hisopados faríngeos: Micológico directo y bacteriológico con cultivo y antibiograma, en paciente con faringitis crónica.

Resultados: 50 informes de hisopados faríngeos: Micológico directo y bacteriológico con cultivo y antibiograma, en paciente con

faringitis crónica, los resultados de estos informes muestran 95% de Cultivos por *Klebsiella pneumoniae*, varias veces en un mismo paciente.

Conclusiones: Hay una gran incidencia de *Klebsiella pneumoniae* en los resultados revisados. Para identificar las posibles causas de este problema de salud pública y determinar cuál sería la conducta a seguir se propone un intercambio de experiencias con los asistentes al Congreso.

DETERMINANTES INDIVIDUALES, SOCIOCULTURALES E INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA BAJA TASA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

M. Catalán-Vázquez, L. Suárez, J.R. Pérez-Padilla, R. Fernández, C. García-Sancho y D. Martínez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Distrito Federal. México.

Introducción: Durante la pasada temporada invernal en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se recibieron pacientes graves con influenza AH1N1 y la baja tasa de vacunación contra Influenza (< 40%) colocó al personal de salud en un alto riesgo de contagio. Objetivo general. Identificar desde la percepción del personal de salud de un centro de referencia para influenza, los factores relacionados con la baja respuesta a la vacunación.

Material y métodos: Se utilizó un diseño cualitativo basado en entrevistas a profundidad a 27 trabajadores de salud, revisión de fuentes secundarias y observación participante. Se realizó un análisis temático con el apoyo del programa Atlas-ti 5.2.

Resultados: 20 (74%) trabajadores de salud no se aplicaron la vacuna en la presente temporada invernal y 7 (26%) lo hicieron en la última quincena de enero de 2014 en pleno brote. Refieren como motivos de la no vacunación o de vacunación tardía: temor a reacciones secundarias, carencia de la vacunación en su jornada laboral, presencia de enfermedad respiratoria y carga de trabajo excesiva. En menor medida expresaron desconfianza hacia la vacuna, un sentimiento de invulnerabilidad, creencias religiosas –Dios los va a proteger de cualquier enfermedad, incluyendo la Influenza– y el desconocimiento del inicio de la campaña de vacunación (inicia por las mismas fechas cada año y es gratuita). Los trabajadores de salud consideran que tienen una gran exposición al virus y un alto riesgo de contraer la infección pero no temen el contagio porque “se protegen” con cubre bocas y el lavado continuo de manos. Así mismo refieren que ya están acostumbrados al constante contacto con los pacientes infectocontagiosos y que actualmente la influenza es una enfermedad conocida y controlable, en comparación con la pandemia del 2009. Los participantes aseguran no haber recibido información sobre la Influenza que apoye su trabajo de manera cotidiana. La información la han adquirido a través de pláticas con compañeros de trabajo y de lo que observan cotidianamente en la unidad de salud, así como de los medios masivos de comunicación, principalmente la televisión.

Conclusiones: Los trabajadores de salud reportan múltiples y diversas razones para la falta de vacunación contra Influenza, aspectos que deberán considerarse en futuras estrategias de capacitación, de comunicación de riesgos y en las tendencias a incrementar la tasa de vacunación que no solo protege a los vacunados, si no a sus familiares, al resto de trabajadores y a los mismos pacientes y en varios países y organizaciones de salud se considera obligatoria.

REINGRESO HOSPITALARIO ASOCIADO A NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN 47 CIUDADES COLOMBIANAS

A. Caballero¹, M. Ibáñez², I.C. Suárez y J.R. Acevedo¹

¹Clínica Colsanitas S.A. ²Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.

Introducción: Los reingresos asociados con neumonía generan alto costo y elevada morbimortalidad. Pocos trabajos en nuestro medio han abordado el tema. Nuestro objetivo es establecer la magnitud de los reingresos hospitalarios por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y sus principales factores asociados.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, retrospectivo de pacientes hospitalizados con NAC, afiliados a una empresa administradora de planes de beneficios, en 47 ciudades colombianas entre enero 1, 2008 y enero 31, 2009. Se analizaron las variables sociodemográficas de la totalidad de registros de auditoría médica. Se excluyeron los casos de neumonía asociada a la atención. Las variables cualitativas se describieron con distribuciones de frecuencias y porcentajes y las cuantitativas con el promedio, mediana, medidas de dispersión. La asociación de los reingresos a 30, 60 y 90 días con variables categóricas se evaluó con la prueba Ji-cuadrado o test exacto de Fisher; y la estancia y costos global, desde la perspectiva del pagador, con la prueba no-paramétrica de Mann Whitney. Utilizamos nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$).

Resultados: La cohorte fue de 3.286 hospitalizaciones por NAC, 52% mujeres. La mediana de la edad fue 16 años (rangos intercuartiles: 2-72 años). El 90,4% procedían de urgencias, la mortalidad intrahospitalaria fue 3,1%. La prevalencia de reingresos a 30, 60 y 90 días fue 9,4%, 12,7% y 15,2%, respectivamente. El reingreso fue mayor en hombres, a 30 (10,6% vs 8,4%, $p = 0,030$) y 60 días (13,9% vs 11,6% $p = 0,049$). El origen de hospitalización diferente de urgencias (remisión, consulta externa) se asoció con reingresos a 30 (15,7% vs 8,8%, $p < 0,001$), 60 (19,6% vs 12,0%, $p < 0,001$) y 90 días (20,5% vs 14,7%, $p < 0,001$). La estancia media de la cohorte fue 5,4 días, mayor en los reingresos a 30 (7,6; $p < 0,001$), 60 (7,3; $p < 0,001$), y 90 días (7,0; $p < 0,001$). El costo global promedio de la hospitalización fue USD 1,704 y fue mayor en los pacientes que reingresaron a 30 (USD 2.960; $p < 0,001$), 60 (USD 2.658; $p < 0,001$) y 90 días (USD 2.516; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los reingresos hospitalarios de los pacientes con neumonía son frecuentes, están asociados con estancia prolongada y mayores costos de hospitalización. Es necesario desarrollar estudios prospectivos para determinar la asociación con variables tales como red de apoyo social, severidad de la NAC, germen etiológico, presencia de comorbilidades y calidad de la atención.

UNA NUEVA OLA DE INFLUENZA A H1N1 EN ARGENTINA DURANTE 2013

A. Ceccato, E. Oshiro, L. Aguilar, M. Sigismondo, L. Ferrando, J. Andrada, S. Delarosa, M. Villaverde, G. Cabral y A. González

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La primera pandemia del siglo XXI fue la producida por el virus de la gripe de origen porcino H1N1 en el año 2009. Este virus causó cuadros graves con distrés respiratorio y muerte, afectó pacientes jóvenes, y los pacientes con comorbilidades asociadas como obesidad y embarazo tuvieron peor pronóstico.

Material y métodos: El objetivo de este estudio es describir los casos de Influenza durante el 2013. En el periodo comprendido entre la semana epidemiológica 21 a 31 se realizó Hisopado nasofaríngeo (HNF) a los pacientes adultos con enfermedad tipo Influenza (ETI), con diagnóstico de neumonía o comorbilidades. Las muestras se diagnosticaron y subtipificaron por PCR en tiempo real (CDC 2009).

Resultados: Se analizó un total de 428 hisopados, 134 fueron positivos, el 78% fueron caracterizados como H1N1, el 17% como H3 y sólo el 5% como virus influenza A sin tipificar. La media de edad fue de 53 años DE \pm 18. El 83% no había sido vacunado, de éstos el 72% tenían indicación de vacunación. De los 134 pacientes con HNF positivo, el 75% presentaba al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes la obesidad, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. Veintiocho pacientes (21%) fueron asistidos en forma ambulatoria, 86 (64%) pacientes requirieron internación en sala general y, 20 pacientes (15%) en la Unidad de terapia intensiva de adultos (UTIA). De los 106 pacientes internados, 96 tuvieron neumonía, 17 requirieron internación en la UTIA. La media de inicio de síntomas fue 4 DE \pm 3 días y la estadía media hospitalaria fue de 7 DE \pm 6 días. De los pacientes internados con neumonía el 58% tenían compromiso bilateral, el 80% presento CURB65 al ingreso menor o igual a 2, laPAFI promedio fue de 316 DE \pm 87. Tres pacientes presentaron neutropenia febril, sin infiltrados radiológicos, 2 de ellos fallecieron en UTIA. Se internaron en UTIA 20 pacientes, en ARM 17 de ellos, un 42% presentaba un CURB65 al ingreso mayor a 2 y una PaFi 244 DE \pm 72. Siete de los pacientes ingresaron a la sala general inicialmente. La mortalidad fue del 11%. El promedio de edad fue 64 años, DE \pm 17. Solo un paciente estaba vacunado. En el análisis multivariado: el ingreso a ARM OR 27,6 (IC95% 6,43-119) p valor: $< 0,001$ y la presencia de neoplasia OR 6,81 (IC95% 1,25-37,13) p valor: 0,02 fueron predictores de mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie la mayoría de los pacientes tenían comorbilidades; con escaso porcentaje de vacunación. El CURB65 no fue buen predictor y la mortalidad fue elevada. Solo la necesidad de ventilación mecánica y cáncer fueron predictores de mortalidad.

POTENCIA DE TEDIZOLID Y 12 AGENTES COMPARADORES FRENTE A 676 AISLAMIENTOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RECABADOS EN LATINOAMÉRICA EN 2013

D. Castelo¹, J.F. Cabré Márquez¹, M. Springsklee², L. Li³ y J. Alder⁴

¹Bayer HealthCare. México. ²Bayer Pharma AG. Elberfeld. Alemania.

³Bayer HealthCare. Beijing. China. ⁴Bayer HealthCare.

Introducción: Tedizolid (TZD) es un nuevo antibiótico del grupo de las oxazolidinonas el cual posee una potente actividad frente a un amplio rango de patógenos Gram positivos, incluyendo a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA por sus siglas en inglés) y otras cepas resistentes, y un perfil de tolerabilidad favorable. La eficacia no inferior de TZD frente a linezolid (con una duración de tratamiento más corta) ha sido recientemente demostrada en 2 ensayos clínicos aleatorizados de fase III en pacientes con infecciones agudas bacterianas de piel y sus estructuras. TZD está actualmente en desarrollo clínico para neumonía nosocomial.

Material y métodos: Un total de 676 aislamientos de *S. aureus* fueron recabados en el 2013 en los siguientes países latinoamericanos: Argentina con 177 aislamientos, Brasil con 121, Chile con 198 y México con 180. Aproximadamente 65% de los aislamientos de *S. aureus* provinieron de muestras de piel y sus estructuras, 30% de muestras de tracto respiratorio inferior y el resto de muestras de sangre y otros sitios misceláneos. Se realizaron pruebas de sensibilidad por técnica de microdilución en caldo con paneles congelados de acuerdo con los lineamientos de la CLSI en los laboratorios Eurofins y el IHMA. La sensibilidad de un total de 13 antibióticos fue analizada al definir las concentraciones inhibitorias mínimas (MIC por sus siglas en inglés).

Resultados: En total, se obtuvieron 318 aislamientos de MRSA y 358 de *S. aureus* sensible a meticilina (MSSA). TZD demostró una potencia igual frente a aislamientos de MRSA y MSSA. TZD produjo valores de MIC₅₀ y MIC₉₀ de 0,5 mg/L. TZD fue más potente que vancomicina o linezolid, los cuales presentaron MICs en rangos de 0,12 a 1 mg/L y con solo un aislamiento con MIC de 1.

Antimicrobiano	MIC (mg/L)				MIC (mg/L)			
	MIC ₅₀	MIC ₉₀	Mínimo	Máximo	MIC ₅₀	MIC ₉₀	Mínimo	Máximo
	S. aureus, MRSA (N = 318)				S. aureus, MSSA (N = 358)			
Tedizolid	0,5	0,5	0,12	0,5	0,5	0,5	0,12	1
Clindamicina	> 2	> 2	0,06	> 2	0,12	0,25	≤ 0,03	> 2
Daptomicina	0,5	1	0,12	1	0,5	0,5	0,25	1
Eritromicina	> 4	> 4	0,5	> 4	0,5	> 4	≤ 0,12	> 4
Gentamicina	0,5	> 8	0,12	> 8	0,5	1	0,12	> 8
Levofloxacino	> 2	> 2	0,12	> 2	0,25	0,5	0,06	> 2
Linezolid	2	2	0,5	2	2	2	0,5	4
Moxifloxacino	2	> 2	0,03	> 2	0,06	0,12	0,015	> 2
Oxacilina	> 4	> 4	4	> 4	0,25	0,5	≤ 0,06	2
Teicoplanina	0,5	1	≤ 0,12	2	0,5	1	≤ 0,12	2
Tigeciclina	0,25	0,25	0,06	> 0,5	0,25	0,25	0,06	0,5
Trimetoprim/Sulfametoxazol	≤ 0,5	≤ 0,5	≤ 0,5	> 2	≤ 0,5	≤ 0,5	≤ 0,5	> 2
Vancomicina	1	1	≤ 0,25	2	1	1	≤ 0,25	2

Conclusiones: TZD mostró igual potencia ante MRSA y MSSA en Latinoamérica y se encontró entre los agentes anti-MRSA probados más potentes, superando en potencia tanto a vancomicina como a linezolid.

INCIDENCIA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD EN UNA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 50 AÑOS EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

R. Rodríguez¹ y N. Sosa²

¹Hospital Chiriquí. David. ²Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud. Panamá.

Introducción: No existen suficientes datos clínicos ni epidemiológicos de la Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) en Panamá, especialmente en el grupo de adultos mayores de 50 años. El objetivo primario de esta investigación fue estimar la incidencia de la NAC en una población adulta mayor de 50 años en Chiriquí, región occidental de la República de Panamá y describir las características clínicas, demográficas y los agentes etiológicos de esta infección.

Material y métodos: Este fue un estudio longitudinal, observacional, descriptivo, prospectivo que se desarrolló en un periodo de 12 meses. Se incluyeron pacientes de 50 años y más con cuadro sugestivo de NAC y que tuviesen: dos o más de los siguientes síntomas: tos, historia de fiebre - o fiebre > 38 °C documentada, expectoración y dolor torácico tipo pleurítico. Además una radiografía de tórax con signos unilaterales o bilaterales de: consolidación o infiltrado alveolar o efusión pleural. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad que explicase los hallazgos clínicos o radiográficos.

Agentes etiológicos

Agente etiológico	Frecuencia (%)
S. pneumoniae (serotipos encontrados: 1, 5, 6A, 6B, 9v, 10F, 18C)	45 (19%)
Influenza	39 (17%)
Rinovirus	27 (12%)
Pseudomonas aeruginosa	9 (4%)
Klebsiella pneumoniae	7 (3%)
Adenovirus	5 (2%)

Resultados: Entre el 22 de junio de 2012 y 21 de junio de 2013 se incluyeron 232 pacientes de 320 evaluados. La incidencia global para el grupo etario fue de 247 casos por 100 000 habitantes. El 54% de los pacientes fue del sexo femenino, la mediana de edad fue 73 años (rango 50-98 años). Los síntomas más frecuentes fueron: tos (98%), fiebre (86%), expectoración (75%) y dolor pleurítico (69%). El 27% era fumador, 12,5% tenía historia de etilismo y 1,7% reportó el uso de drogas ilícitas. La vacunación previa contra la influenza y neumococo se documentó en 46% y 35%, respectivamente. La letalidad fue de 11,6%. Una probable etiología se determinó en 117 (50%) sujetos (tabla). El tratamiento antimicrobiano más común fue fluoroquinolonas en monoterapia 49,1%.

Conclusiones: La incidencia de NAC en la población de ≥ 50 años en Chiriquí fue de 247/100,000 habitantes y se incrementa notablemente con la edad. S. pneumoniae fue el principal agente etiológico encontrado.

CRIPCOCOMA PULMONAR COMO NÓDULO PULMONAR CON CARACTERÍSTICAS DE MALIGNIDAD. UNA SERIE DE CASOS

I. Martínez, A. Saavedra, E. Sánchez y P. García

Unidad de Neumología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Introducción: Las descripciones clínicas y radiológicas de pacientes sin infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV) con criptococosis pulmonar son muy limitadas. Dentro de las manifestaciones radiológicas puede encontrarse la presencia de nódulos pulmonares solitarios o múltiples y masas. Otros hallazgos menos frecuentes son la neumonía segmentaria o lobar, cavitación, adenopatía y derrame pleural. La cavitación dentro de los nódulos y la presencia de consolidación es menos frecuente en pacientes inmunocompetentes. Se realizó una revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de criptococoma pulmonar para describir las características clínicas y radiológicas de esta condición en una serie de pacientes pertenecientes a una institución oncológica de referencia.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes valorados en la consulta de neumología de una institución oncológica entre el año 2010 y 2014 identificando 4 casos de criptococomas pulmonares que requirieron resección quirúrgica.

Resultados: De los cuatro casos de criptococomas pulmonares tres presentaron nódulo pulmonar solitario y uno nódulos múltiples, en todos los pacientes se realizó confirmación histológica por toracoscopia de infección por *Cryptococcus* sp. Tres de los pacientes cursaban con neoplasia sólida y uno de ellos con neoplasia hematológica e infección por HIV en manejo con antirretrovirales, antecedente de meningitis por *Cryptococcus* tratada con anfotericina B tres meses antes de documentarse el nódulo pulmonar. En cuanto a los hallazgos radiológicos todos los nódulos presentaron localización subpleural, tres de ellos en lóbulos inferiores y todos en hemitórax derecho. Todos los nódulos presentaban contorno irregular, sin broncograma aéreo en la lesión. Solo dos pacientes recibieron manejo con fluconazol por seis semanas, el paciente con infección por HIV y el paciente con Adenocarcinoma gástrico por linfopenia y por recomendación del servicio de infectología.

Conclusiones: Los criptococomas pulmonares son una causa de nódulo pulmonar solitario o nódulos múltiples que además pueden presentar características radiológicas de malignidad. En la serie se encuentran más frecuentemente a nivel subpleural, en lóbulos inferiores y en hemitórax derecho como se describe en la literatura.

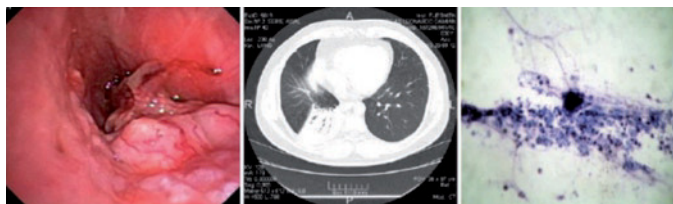
ACTINOMYCETOMA PULMONAR PSEUDOTUMORAL

G. Torres Britos, D. Salvioli, J. Fabroni, A. Mancinelli y R. Alchapar

Hospital José Néstor Lencinas. Mendoza. Argentina.

Introducción: La observación de un proceso mamelonado y parcialmente oclusivo de la vía aérea, nos hace sospechar, por su frecuencia, en una neoplasia, máxime en pacientes expuestos a cancerígenos inhalatorios. En este caso particular, la edad del paciente y su estado general nos hacían sospechar otra etiología.

Material y métodos: Estudio observacional que muestra los pasos seguidos para el diagnóstico y tratamiento de una forma de la actinomicosis, que si bien no es frecuente, nos desafía en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Paciente masculino de 30 años de edad. A P: Asma. Tabaco positivo 18 p/a. Exposición laboral a cromo y derivados del petróleo. MC: tos y disnea AEA: Tos productiva muco-purulenta de tres meses de evolución, a predominio nocturno. Disnea CF II. Registros febriles aislados, vespertinos sin disminución de peso ni pérdida de apetito. En radiografía de tórax: se evidencia colapso de los segmentos basales del lóbulo inferior derecho. TAC de tórax: se observó material denso que ocupaba en forma parcial bronquio intermedio, asociado a colapso de lóbulo inferior derecho. Cultivo de esputo para gérmenes comunes y baciloscopia seriada de esputo, reiteradamente negativos. Fibrobroncoscopia: masa intrabronquial, mamelonada, congestiva. Mientras se esperaba el resultado de anatomía patológica se realizaron centellograma V/Q, inmunodifusión radiada para hongos, gammagrafía pulmonar V/Q, centellograma óseo total, TAC de cerebro y abdomen. La citología neoplásica fue negativa, los extendidos microscópicos mostraron colonias consistentes con actinomicosis. Se inició tratamiento antibiótico específico, con control tomográfico mensual que mostro disminución del colapso de lóbulo inferior derecho, con leve mejoría clínica y persistencia de la obstrucción endobronquial. Tras cinco meses de tratamiento se realizó intervención quirúrgica con lobectomía inferior derecha. No se aislaron gérmenes en el material remitido por cirugía, la anatomía patológica informo focos de antracosis y bronquiectasias.



Conclusiones: Actinomyces son bacterias filamentosas micro-aerófilas Gram positivas, comensales habituales de orofaringe y tracto gastrointestinal. El área más afectada es la cérvico-facial (50% a 60%). La forma pulmonar, representa el 15% a 20% de los casos reportados. La característica radiológica más común es la consolidación no específica que se asemeja al cáncer de pulmón o neumonía. Este cuadro, que no es considerado habitualmente en el diagnóstico diferencial de la patología pulmonar, provoca dificultades en el diagnóstico y tratamiento y pone de manifiesto la diversidad clínica y radiológica de esta enfermedad.

DESCRIPCIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE COINFECCIONES PULMONARES EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL SANTA CLARA, BOGOTÁ, COLOMBIA

J. Cortés, J. Carrillo, P. Ojeda, G. Díaz y L. Arias

Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

Introducción: La pandemia del VIH afecta actualmente aproximadamente a 34 millones de personas. Latinoamérica ocupa el cuarto

puesto en el mundo en aumento en la prevalencia de pacientes infectados. La terapia antiretroviral y las profilaxis antibióticas han modificado el comportamiento epidemiológico de las infecciones oportunistas. Sin embargo, existen grupos poblacionales con un acceso limitado al tratamiento con alto riesgo de presentación de infecciones oportunistas e incluso de sufrir coinfecciones. Considerando que el pulmón es el órgano blanco más frecuente de infecciones oportunistas y que la información relacionada con coinfecciones pulmonares en el paciente con infección retroviral es limitada, presentamos la experiencia de nuestra institución en una serie de 38 casos. Se describe el comportamiento epidemiológico, las características clínicas y radiológicas de las coinfecciones pulmonares en pacientes con VIH.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo con orientación en el tiempo retrospectiva y prospectiva en pacientes con VIH con coinfecciones oportunistas pulmonares demostradas histopatológicamente. Se revisaron de forma retrospectiva los informes de autopsias y patología de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital Santa Clara entre los años 1987 y 2011, obteniendo datos clínicos y paraclínicos de ingreso, imágenes de radiografía simple, tomografía axial computarizada de tórax y desenlaces. Se seleccionaron aquellos informes con confirmación histopatológica de infecciones oportunistas múltiples pulmonares. Se realizó una etapa de recolección prospectiva de nuevos casos entre los años de 2011 y 2014. En total se analizaron 38 pacientes. Los hallazgos radiológicos fueron descritos por dos radiólogos con experiencia en imágenes del tórax.

Resultados: En total se recolectaron 38 casos de pacientes con VIH. 28 fueron recolectados de forma retrospectiva y 10 fueron identificados de forma prospectiva. 5 pacientes presentaron 3 gérmenes coinfectantes en pulmón. Las coinfección es más frecuentemente documentadas fueron tuberculosis pulmonar-sarcoma de Kaposi pulmonar y neumonía por Pneumocystis jirovecii-citomegalovirus con 5 casos respectivamente. Se encontró que un factor común a la presencia de coinfecciones es la descripción de 2 o más patrones radiológicos diferentes. La mortalidad en la serie fue alta con 26 desenlaces fatales.

Conclusiones: Se evidenció de manera prospectiva que la sospecha radiológica de coinfección y su demostración oportuna disminuyó la mortalidad.