

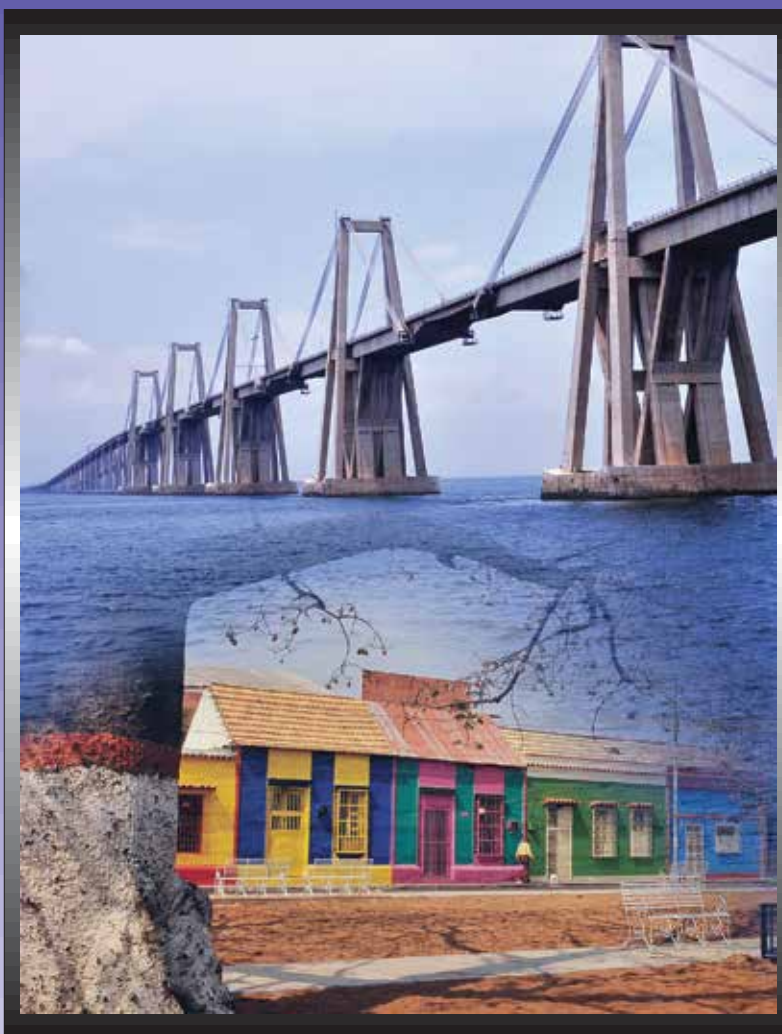


Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

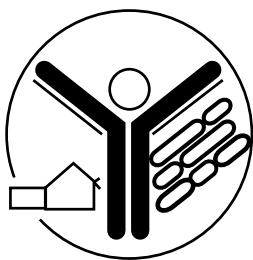
ISSN: 0798-0566



Bol Venez Infectol Vol. 20 - N° 2, julio-diciembre 2009

**XVII JORNADAS NACIONALES Y XV ZULIANAS DE INFECTOLOGÍA
XXV ANIVERSARIO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA
Maracaibo, Estado Zulia, 21 al 23 de octubre de 2009**

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



SOCIEDAD VENEZOLANA
DE INFECTOLOGÍA
JUNTA DIRECTIVA 2008-2010

Presidenta
DRA. ANA MARÍA CÁCERES

Vicepresidente
DR. FRANCISCO VALERY

Secretario General
DR. NAPOLEÓN GUEVARA

Secretaria de Actas
DRA. FÁTIMA DE ABREU

Tesorero
DR. TEODARDO MARCANO

Vocales
DRA. ELISA SÁNCHEZ
DRA. KRISSELL CONTRERAS
DRA. MARÍA ALEJANDRA ROSAS

BOLETÍN VENEZOLANO
DE INFECTOLOGÍA
CONSEJO EDITORIAL

Presidenta
DRA. MARISELA SILVA
Vicepresidente
DR. PEDRO NAVARRO
Directora Ejecutiva
DR. ROSA MARÍA KHALIL

COMITÉ EDITORIAL

DR. JUAN FÉLIX GARCÍA
DRA. HEIDI MAGO
DRA. JULIO CASTRO
DRA. EDUARDO GAYOSO
DR. MANUEL GUZMÁN
DR. BELISARIO GALLEGOS

Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

ISSN: 0798-0566

Bol Venez Infectol Vol. 20 - N° 2, julio-diciembre 2009

CONTENIDO

XVII JORNADAS NACIONALES Y XV ZULIANAS
DE INFECTOLOGÍA
XXV ANIVERSARIO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA
DE INFECTOLOGÍA
Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela,
21 al 23 de octubre de 2009

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Editorial Veinticinco años después... Pedro Navarro, Marisela Silva.....	36
Índice de Trabajos Libres	37
Resúmenes de Trabajos Libres	43
Índice de autores Trabajos Libres	87

El Boletín Venezolano de Infectología, es una publicación semestral, órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología. Está indizada en la Base de Datos LILACS/CD Room y está inscrita en Asereme.

Sociedad Venezolana de Infectología. Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina. 12-G, Caracas. Tlfax: (212) 763.1023 - Tlf.: (212) 761.4711 • e-mail: socv Infect@cantv.net • www.svinfectologia.org

Edición: Editorial Ateproca. Teléfono: (212) 793.5103. Fax: (212) 781.1737. e-mail: ateproca@cantv.net • www.ateproca.com

BOLETÍN VENEZOLANO DE INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Normas para la publicación de Trabajos en el Boletín

Presidente del Consejo Editorial: Dra. Marisela Silva
 Dirección: Avenida Libertador. Parroquia El Recreo.
 Torre Maracaibo. Piso 12. Oficina 12-G. Caracas.
 Teléfono: 0212-7614711 Teléfono/Fax: 0212-7631023.
 Correo electrónico: socv Infect@cantv.net.
 Página Web: www.svinfectologia.org

- Los trabajos a ser considerados para su publicación deberán enviarse al Comité Editorial del Boletín en original y dos copias impresas. Adicionalmente deberán enviar el trabajo en formato electrónico. Deberá escribirse en letra "Times New Roman", tamaño 12, y a dos columnas; una vez incluidos el título, los autores y el resumen en español e inglés.

INTRODUCCIÓN

El Boletín Venezolano de Infectología (Bol Venez Infectol) es el órgano oficial de promoción y difusión de la Sociedad Venezolana de Infectología (SVI). Está destinado a la publicación de artículos y trabajos científicos realizados en el área de la infectología o en áreas afines a esta especialidad. En éste podrán publicarse trabajos originales, artículos de revisión, casos clínicos, pautas de tratamiento, consensos sobre temas particulares y otros. Igualmente, podrán publicarse números o suplementos extraordinarios en forma de monografías sobre temas de actualidad o contentivos de los resúmenes de trabajos libres enviados al Congreso o Jornadas del año correspondiente.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN

Todos los artículos científicos enviados para su publicación en el Boletín de la Sociedad de Infectología deberán cumplir los Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver) disponibles en www.icmje.org y actualizadas con regularidad.

A continuación detallamos algunos de los aspectos básicos a ser considerados por los autores:

- El manuscrito deberá imprimirse a doble espacio.
- La estructura de los trabajos originales será la siguiente: Título, autores, resumen en español e inglés, palabras clave en español e inglés, introducción, objetivos, métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones o sugerencias y referencias.
- Con respecto a los casos clínicos y artículos de revisión; los métodos y resultados; serán sustituidos por el desarrollo del tema o caso clínico propiamente dicho, manteniéndose igual el resto de la estructura.
- Los artículos de revisión, por su parte, deberán contener al menos 40 referencias recientes, haciendo énfasis en los últimos cinco (5) años. Al final, el autor deberá plasmar su interpretación crítica acerca de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, y dejar abierta la discusión acerca de aspectos que requieran mayor investigación o que no hayan quedado lo suficientemente claros una vez culminada la revisión del tema.

TÍTULO

Debe ser conciso (no más de 15 palabras) y contener toda la información necesaria para permitir la búsqueda electrónica del artículo.

AUTORES

Apellidos y nombres completos de los mismos, especificando el orden de aparición en la publicación. A su vez, deberán enviar la información con relación a sus cargos institucionales, nombre y dirección de las instituciones en las que laboran. Por último deben enviar también especificar el nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico del autor que se responsabilizará ante el Comité Editorial de recibir la correspondencia e información necesaria para la publicación del artículo.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Debe ser estructurado y contener introducción, objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales; en no más de 250 palabras; que refleje con exactitud el contenido del artículo. Debe incluirse una traducción del resumen al idioma inglés (SUMMARY) que reúna las mismas condiciones.

Se incluirán 3 a 6 palabras clave que irán al final del resumen en español y además traducidas al inglés (KEY WORDS) para incorporarlas luego del resumen en inglés (SUMMARY). Estas palabras deberán permitir captar los temas principales del artículo. Para ello los autores podrán hacer uso de algunas listas comunes de términos médicos como: Anuarios de Epidemiología y Estadísticas Vitales del Ministerio del Poder Popular para la Salud, Clasificación de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) o Medical Subject Headings (MESH).

INTRODUCCIÓN

Deberá incluir los antecedentes de importancia del estudio de investigación, caso clínico o tema de revisión, y los objetivos de los mismos.

MÉTODOS

Deberá precisar los detalles relativos a la muestra, forma de obtención de los datos, información técnica relativa a los procedimientos realizados y describir los métodos estadísticos utilizados.

RESULTADOS

Deberán ser presentados, secuencialmente de acuerdo a su importancia, en forma de cuadros o gráficos que permitan expresar el argumento del artículo y evaluar los datos que los apoyan. Tanto los cuadros como los gráficos deberán contener títulos concisos que permitan entender al lector la relación entre los datos presentados y a su vez señalar la fuente de la cual fueron obtenidos.

DISCUSIÓN

Deberá hacer énfasis en los aspectos relevantes y novedosos obtenidos en la investigación; y a su vez relacionarlos o compararlos con los obtenidos en otros estudios.

CUADROS REFERENCIALES

En caso de incluir cuadros o gráficos de datos obtenidos en otros estudios; con carácter meramente informativo o para relacionarlos de alguna manera con los resultados propios del estudio; los mismos deberán ser expuestos de manera fidedigna, señalando la fuente de la cual fueron obtenidos y respetando en todo momento la autoría de los mismos.

FOTOGRAFÍAS

Sólo se incluirán un máximo de cuatro (4) fotografías en blanco y negro; siempre que sean de buena calidad fotográfica y científica. Las mismas deben ser enviadas en formato digital (jpg o jpeg) y serán ajustadas al texto del artículo, lo cual pudiera disminuir la calidad de la

misma, por lo que se recomienda que sean enviadas en un tamaño cercano a los 10 cm de ancho.

Con relación a la connotación legal que pudiesen tener la publicación de fotografías en el Boletín, los autores deberán enviar la autorización para la publicación del material fotográfico por parte del afectado o de su representante legal; o en todo caso asumir por escrito ante el Comité Editorial, la responsabilidad y consecuencias legales del caso.

Las fotografías deberán ser numeradas de acuerdo a la forma como sean mencionadas en el texto y contener el título o comentario que deba ser incluido con la misma, según los autores.

REFERENCIAS

Se exigirá la cita de referencias de acuerdo a los Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver) disponibles en <http://www.icmje.org>. Las mismas deberán colocarse al final del artículo.

Se recomienda a los autores que incluyan en sus artículos o trabajos para publicación en el Boletín, referencias nacionales publicadas en esta o cualquier otra revista venezolana.

Las referencias deberán aparecer citadas en el texto del artículo en números arábigos, entre paréntesis y en forma consecutiva.

Los títulos de las revistas que se utilizarán para mencionar las referencias al final del artículo serán abreviados de acuerdo al Index Medicus que puede ser obtenido en <http://www.nlm.nih.gov>.

Veinticinco años después...

Editorial

Pedro Navarro, Marisela Silva

Editores

La Sociedad Venezolana de Infectología transita por sus primeros 25 años de existencia (9 188 días para mayor exactitud) pasando de un grupo de pioneros infectólogos, que en el auditorio del Hospital Vargas de Caracas en una mañana de 1984 se congregaron en una Asamblea para fundar la Asociación. Evocamos del recuerdo, la memoria de los Doctores Manuel Gordón Fajardo, Guido Tatá Cumana y Kenneth Gibson, presentes en la Asamblea Fundadora, quienes ya no están físicamente con nosotros, partieron hacia la eternidad, pero siguen existiendo en nuestros pensamientos. La primera Junta Directiva la integraron los Doctores Raúl Istúriz (Presidente) Iván Brito, Jaime Torres, Manuel Guzmán, Guido Tatá, Manuel Gordon y Jorge Murillo, e iniciaron inmediatamente los trámites para su reconocimiento institucional y la organización de las primeras Jornadas Nacionales, que se efectuaron con la Sociedad Venezolana de Microbiología en Caraballeda de la Costa. Dos años después apareció el Boletín Venezolano de Infectología,

como su órgano científico y divulgativo, dirigido por el profesor Jaime Torres Rojas, quien en un editorial expresaba “esperar seguir contando con el apoyo y estímulo de todos sus lectores y continuar como vehículo en la transmisión de la información e investigación médica y biológica nacional e internacional” (Bol Venez Infectol. 1997; 7: editorial). Creciente y sostenido ha sido el aumento de sus integrantes, de sus actividades científicas y docentes, no sólo para infectólogos venezolanos y del extranjero sino para las diversas especialidades y profesiones relacionadas y para los estudiantes de pre y posgrados nacionales.

Reconocimiento particular para Brenda Rondón nuestra eficiente secretaria por más de la mitad de nuestra existencia. En las XVII Jornadas Nacionales y XV Regionales Zulianas se efectuará el acto central que conmemorará el acontecimiento, bajo la ejecución de la actual Presidenta Dra. Ana María Cáceres y los integrantes de la Junta Directiva. Felicitaciones y alegría para todos en este Aniversario de cuarto de siglo.

Índice de Trabajos Libres

01. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ADQUIRIDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA", ESTADO CARABOBO, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2008 - JUNIO 2009. María Andreína Vera Silva, Francis Gertrudis Wadskier Montagne, Oscar Alfredo Silva Cedeño, Juan Carlos Colina Trapiello, Igor Romaniouk Jakovler.	43	DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. Julio Henrique Castillo Marcano, Suhail González, Ana Quijada, María Andreína Sánchez, Cecil Fandiño, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.	46
02. PREVALENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A. PERÍODO 2006-2009. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO - VENEZUELA. Jinel Josefina Mendoza Luzardo, Diana Estela Callejas Monsalve, Ricardo José Atencio Tello, Raimy Coromoto Mindiola Morles, Reyna María Moronta-Piñango, Leticia Denys Porto-Espinoza.	43	09. LOPINAVIR/RITONAVIR VERSUS EFAVIRENZ COMO ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL DE INICIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. María Graciela López, Luigina Siciliano, Ana Santos, Yanell García, Vickleida Malaver, Oscary Méndez, Juan Borboa, Linnet Valderrey, María Santana, Amalia Hermoso, Diana López, Francisco Valery, Lisbeth Aurenty, Juan García.	46
03. EXPOSICIÓN DE RIESGO OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO (SEIA). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). ENERO-JUNIO 2009. Maricely Miquilareno B, Carla Sofía Telo V, Marisela Silva, Jocays Calderas, María Carolyn Redondo, Martín Carballo O, Jorge Riera, María Eugenia Landaeta, Adaiza Figueredo, Napoleón Guevara, Ana Carvajal, Linda V Lugo V, María Magdalena Barrios, Joanne Arveláez P, Kleira Cabrera, Juan I Gaviria, Gerson Guarín, Marianella Rojas.	43	10. EXPERIENCIA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. María López, Luigina Siciliano, Ana Santos, Yanell García, Vickleida Malaver, Oscary Méndez, Juan Borboa, Linnet Valderrey, María Santana, Amalia Hermoso, Diana López, Lisbeth Aurenty, Francisco Valery, Juan García.	47
04. INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE ADULTOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. ESTADO CARABOBO. Yessenia Ortunio Martínez, Lisuett Sánchez Hatch, Adilen Vargas, Juan Manuel Vieira, Marina Cardona, Heidi Mago de Querales, Yelissa Castillo, Isabel Díaz Ramírez, Meyani Pacheco.	44	11. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-VARICELAZOSTER Y ANTI-CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES VIH/SIDA. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. Reynaldo Farías Sanabria, Ixora Requena, Rodolfo Devera, Anny Rodríguez.	47
05. CASOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DURANTE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA A H1N1. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO (SEIA). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). Adayza Figueredo R, Marisela Silva, Jocays Caldera, Martín Carballo, Ana Carvajal, Napoleón Guevara, María E. Landaeta, María J. Núñez, Carolyn Redondo, Jorge Riera, Carla Telo, María Di Batista, María M Barrios, Gerson Guarín, Juan Gaviria, Marianella Rojas, Marisela Miquilareno, Linda Lugo, Joanne Arveláez, Kleira Cabrera.	44	12. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): RESISTENCIA PRIMARIA A FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE. HOSPITAL VARGAS CARACAS. Julio Castillo, Wilmary Quijada, Erika Castro, Herve Fleury, Bernard Masquelier.	48
06. VIH-SIDA EN LA POBLACIÓN ANCIANA DEL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". Yrene Vásquez de Azócar, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso, Francia Moy, Miguel Morales.	45	13. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: GENOTIPIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES. HOSPITAL VARGAS, CARACAS. Víctor Saravia, Ruthnorka González, Carmen Silva, Luis González, Mario Comegna, María Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, Liz Esparragoza.	48
07. INCIDENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA- VENEZUELA. ABRIL- JULIO 2008. Yvette Alejandra Martínez González, Zenaída Castillo, Darcy Escalante González, Graciela Matute Clavier, Verónica Corona García.	45	14. MOTIVOS DE CONSULTA EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH/SIDA EN EL TRIAJE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Jocays del Valle Caldera Ruiz, Guillermo José Borgia Hernández, Francisco Javier González González, Karina Gesualda Caiafa Cabrera, Marisela Silva de Giménez.	48
08. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE INICIO EN PACIENTES VIH DURANTE EL AÑO 2008. SERVICIO		15. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". Marina Cardona, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo.	49
		16. DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". Marina Cardona, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo.	49

17. **EFFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL EN EMBARAZADAS INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. 1998-JULIO 2009. UNIDAD VIH/SIDA. HOSPITAL "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA-ESTADO TRUJILLO. VENEZUELA.** Idaura July González Sulbarán, Ercilia Rosario León, Irene Escalante, Rosa Bolaños. 50
18. **DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA VIH/SIDA.1993-JULIO 2009. HOSPITAL "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA-ESTADO TRUJILLO. VENEZUELA.** Idaura July González Sulbarán, Ercilia Rosario León, Irene Escalante. 50
19. **PREVALENCIA DE CANDIDIASIS ORAL Y ESOFÁGICA EN PACIENTES VIH/SIDA. ENERO-JULIO 2009. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO.** Zenaida Castillo, Jennifer Moreno, Laura Zavala, Rosmar Rodríguez, José Rojas, Luis Pérez-Carreño, María Dolores Fernández, Jessenia Moreno. 50
20. **INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTES VIH/SIDA. ENERO - JULIO 2009. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO.** Zenaida Castillo, Jennifer Moreno, Rosmar Rodríguez, José Rojas, Dubelis Núñez, Laura Zavala, Carlos Moreno, Jessenia Moreno. 51
21. **LESIONES BUCALES DE ORIGEN VIRAL EN PACIENTES VIH/SIDA EN AVANZADO ESTADIO CLÍNICO. MAYO - DICIEMBRE 2008. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO.** Zenaida Castillo, Jessenia Moreno, Geraldine Monserrat, Carlos Moreno, Jennifer Moreno, Rosmeld Castillo, Yvette Martínez. 51
22. **TOXICIDAD RENAL POR TENOFOVIR EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO.** María Eugenia Guzmán Siritt, América Rosa, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña, José Álvarez, Yrene Vásquez, Efrén Mora. 52
23. **MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TARVAE. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ". CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR - VENEZUELA.** Marisol Sandoval de Mora, José Rivas Chirinos, Desiree Santiago de Rivas, Mary C García M, Norka Balliache, Ysrael J Centeno. 52
24. **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIÓN POR VIH/ SIDA EN JÓVENES DE TRES MUNICIPIOS DE SAN SALVADOR. RESULTADOS PRELIMINARES.** Tatiana Drummond Suinaga, Luis Bran, José Carvajal, Pilar Aparicio, Francisco Job. 53
25. **ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EMBARAZADAS DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ, GUATEMALA. RESULTADOS PRELIMINARES.** Tatiana Drummond, Francisco Job, Pilar Aparicio, Gloria Mayor, Laura Otero, Teresa Blasco, Asunción Díez. 53
26. **PATRONES DE MUTACIONES DE RESISTENCIA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN FRACASO TERAPÉUTICO, PNSIDA/ITS-COMITÉ NACIONAL RESISTENCIA ARV, VENEZUELA 2008.** Marbelys Josefina Hernández Pérez, Mario Comegna, Martín Carballo, Leopoldo Deibis, María Graciela López, Miguel Morales, Ernesto Alayo, Anselmo Rosales, Cristina Gutiérrez, Gladys Ameli, Yajaira Roldán, Deisy Matos. 54
27. **CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES ADULTOS VIH/SIDA QUE INICIARON TARV EN HOSPITALES DE CARACAS/MPPPS, PROGRAMA NACIONAL DE SIDA/ITS, MPPS, ENERO-JULIO 2009.** Marbelys Josefina Hernández Pérez, Deisy Matos, María Carolina Cedeño M, Adilay Rivera. 54
28. **SUSCEPTIBILIDAD IN VITRO DE CANDIDA SP. EN MUJERES INFECTADAS POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CENTRO ATENCIÓN INTEGRAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SIDA. CARABOBO, VENEZUELA.** Luis González, Smirna Castrillo, Milvida Castrillo, Castrillo Nereida. 55
29. **NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HUÉRFANOS DEL VIH EN EL ESTADO ZULIA. FUNDACIÓN INNOCENS, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO - VENEZUELA.** Arelis Lleras de Torres, Héctor Villalobos, Cecilia Bernardoni, Carlos Torres, Karla Acero, Marisol Benito, Mariluz Benito, Lizmar Torres. 55
30. **VIH COMO FACTOR RELACIONADO PARA TUBERCULOSIS EN EMBARAZADAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. CARACAS. VENEZUELA.** Ana Carvajal, Elizabeth González, Marisela Silva, Jean Pitteloud, Alberto Aché, Marisela Silva, Marianela Rojas. 55
31. **CANDIDIASIS VULVOVAGINAL EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CENTRO ATENCIÓN INTEGRAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA. CARABOBO, VENEZUELA.** Smirna Castrillo, Milvida Castrillo, Nereida Castrillo, Mayvette Vigil. 56
32. **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN EMBARAZADAS INFECTADAS CON VIH HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. CARACAS. VENEZUELA.** Ana Carvajal, Elinor Garrido, Ana Ferreira, Kleira Cabrera, María Magdalena Barrios, Marisela Silva, Gustavo Salazar. 56
33. **NIVELES DE LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UNIVERSIDAD DE CARABOBO.** Milvida Castrillo, Smirna Castrillo, Nereida Castrillo, Marietta Alvarez. 57
34. **SARCOMA DE KAPOSÍ COMO SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTE CON SIDA.** José Raúl Batista, Esther Feliz, América Rosa, Gustavo Parthé, Francis Moy, María Eugenia Guzmán S, Eduardo Gayoso, María Omaña, Oswaldo Troconis, Norma Ruiz, Yrene Vásquez. 57
35. **ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS COMO PROBLEMAS DE SALUD DEL TRÓPICO, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA.** Pedro Navarro, Luis A

Colmenares, Nathalie Chacón, Amando Martín, Mario Elías.	58	Napoleón Guevara, Ana María Cáceres, Raúl Vera, Carlos Sucre, Esther Arbona, Mirtiliano León.	62
36. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN MIEMBROS INFERIORES: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA. Pedro Navarro, Virginia Coraspe, Luis Colmenares, Olinda Delgado, Silvia Silva, Marisel Miquilareno, María De La Parte, Nathalie Chacón, Elinor Garrido.	58	46. ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E HISTOPLASMA CAPSULATUM EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Marianela Josefina Rojas Rosales, María Magdalena Barrios B, Kleira Cabrera, Joanne Arveláez, María Eugenia Landaeta, Juan Rivas, Luis Gutiérrez, Sofía Mata.	62
37. CHAGAS AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Joanne Arveláez Pascucci, Mercedes Kleira Corneles Cabera, María Magdalena Barrios, María Eugenia Landaeta.	59	47. CANDIDEMIA EN VENEZUELA. RED DE VIGILANCIA A LOS ANTIFÚNGICOS. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS-VENEZUELA. Maribel Esperanza Dolande Franco, Mercedes Panizo, Vera Reviakina, Giuseppe Ferrara, Xiomara Moreno, Carolina Macero, Ana María Cáceres, Marisela Cordido, Manuel Guzmán Blanco, Ybed Perdomo, Francis Bertuglia, Alberto Calvo, Druvic Lemus, Alfonzo José Guzmán.	63
38. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LUPUS EN PACIENTE ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UCV. VENEZUELA. Rosa Khalil, Daniel Tepedino, Alberto Millán, Jesús Viera, Belkys Noya, Raiza Ruiz.	59	48. ACTIVIDAD IN VITRO DE TIGECYCLINA Y ONCE COMPARADORES CONTRA ACINETOBACTER BAUMANNII AISLADOS EN CARACAS, BARQUISIMETO PORLAMAR, VALENCIA, MARACAIBO-VENEZUELA 2008. Belisario José Gallegos García, Yenis Fuenmayor, Luis Gallegos L, Maritza Pineda, German Angeli, Zenaida Castillo, Alfredo López S, Rafael Roas, Carmen H Acevedo.	63
39. ESTUDIO DE CASOS DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTIL DIAGNOSTICADOS EN EL ÁREA DE LA GRAN CARACAS - VENEZUELA. Rebeca Pérez, Arantza Rosello, Willi Neumann, María T Colella, Celina Pérez, Claudia Hartung, Salha Abdul-Hadi, Sylvia Magaldi, María Eugenia Landaeta, María I Calatroni, Sofía Mata Essayag.	59	49. A PROPÓSITO DE UN CASO: KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE A MEROPENEM AISLADA DE UNA NIÑA DE 5 AÑOS. HOSPITAL DE NIÑOS "J.M DE LOS RÍOS". CARACAS-VENEZUELA 2009. Mirna Torres, Nirvia Cuaical, Celene Villarroel, Yoanna López, Carmen Ugarte, Eneida Perdomo, Daniel Marcano, Luis Torres.	64
40. SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA AL FLUCONAZOL Y VORICONAZOL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CANDIDEMIA EN LOS HOSPITALES UNIVERSITARIO DE CARACAS Y "DR. DOMINGO LUCIANI". CARACAS - VENEZUELA. Heidi Reyes, Rosa Pabón, Joel Torres, Nayila Báez, Elizabeth Mejía, Axel Santiago.	60	50. PREVALENCIA DE ENTEROCOCOS RESISTENTES A VANCOMICINA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS" (2006-2008). CARACAS-VENEZUELA. Mirna Torres, Nirvia Cuaical, Celene Villarroel, Yoanna López, Carmen Ugarte, Eneida Perdomo, Daisy Payares.	64
41. ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS. HOSPITAL VARGAS. CARACAS-VENEZUELA. Suhail González, Laura Sánchez, Jeniffer Lamorell, Ana Quijada, Víctor Saravia, Julio Castillo, Andreína Sánchez, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.	60	51. ENTEROCOCCUS FAECALIS PRODUCTORES DE BETALACTAMASAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL "MANUEL NÚÑEZ TOVAR", MATURÍN, EDO. MONAGAS, VENEZUELA. Sophy Nazaret, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.	65
42. MICOSIS PROFUNDAS CON AFECTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES PROCEDENTES DE UN ÁREA URBANA. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS. PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR, AÑO 2009. Ernesto Alayo, Natali González, Gustavo Cubillán, Francisco Castro, Julman Cermeño, Sofía Mata.	61	52. ENTEROCOCCUS FAECALIS GENOTIPO VANB AISLADOS EN PORTADORES DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL "LUIS RAZETTI", BARCELONA, EDO. ANZOÁTEGUI, VENEZUELA. Annie Tineo, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.	65
43. VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA DE CEPAS VENEZOLANAS DE CANDIDA SPP. A LOS ANTIFÚNGICOS (2006-2008). INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS - VENEZUELA. Mercedes Panizo, Vera Reviakina, Maribel Dolande, Giuseppe Ferrara, Nataly García.	61	53. PORTADOR FECAL DE ENTEROCOCCUS FAECALIS GENOTIPO VANB AISLADO EN TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL "LUIS ORTEGA", PORLAMAR, EDO. NUEVA ESPARTA, VENEZUELA. Yusmary Cedeno, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.	65
44. DIAGNÓSTICO DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL DEPARTAMENTO DE MICOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL" (2001-2008). CARACAS - VENEZUELA. Maribel Dolande, Mercedes Panizo, Vera Reviakina, Giuseppe Ferrara, Nataly García.	61	54. ENTEROCOCCUS FAECALIS Y ENTEROCOCCUS FAECIUM GENOTIPOS VANA AISLADOS EN PORTADORES DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ", CUMANÁ, EDO. SUCRE, VENEZUELA. Gloria Rondón, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.	66
45. NEUMOCISTOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS (2001-2008). INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS - VENEZUELA. Mercedes Panizo, Vera Reviakina, Xiomara Moreno, Rafael			

55. **VIGILANCIA DE ENTEROBACTERIACEAE PRODUCTORAS DE BLEE EN LA MATERNIDAD "CONCEPCION PALACIOS". CARACAS-VENEZUELA. PROGRAMA VENEZOLANO DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIMICROBIANOS.** Vivian Rosario Vergara Marquina, Yun Rodríguez, Edelmira Benítez, Yolanda Garmendia, María Rosangel Morales, Rayza López, Luis Torres. 66
56. **MICROORGANISMOS Y PATRONES DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN HEMOCULTIVOS Y PUNTA DE CATÉTER DE PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" VALENCIA, EDO. CARABOBO. 2006 – 2008.** Pedro Andrés Minghetti Benítez, Teresa Venegas, Yajaira Aguilar, Fanny Vivas, Aracelis Valera, Madyori Ferreira. 67
57. **COLONIZACIÓN NASAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE EN PACIENTES ATÓPICOS. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA.** Marcel Jesús Marcano Lozada, Luis Sarmiento, Silvia Molero. 67
58. **RESISTENCIA A QUINOLONAS EN AISLAMIENTOS MICROBIANOS DE UN CENTRO VASCULAR Y DE CUIDADO DE HERIDAS. ANGIOS, CARACAS, VENEZUELA.** Marcel Jesús Marcano Lozada, Tomás Alberti, Juan Parada, Milena Uzcátegui, José Terán. 67
59. **USO DE TIGECICLINA EN OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ACINETOBACTER MULTIRRESISTENTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELOS".** Norma María Ruiz, Yrene Vásquez de Azócar, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña, 68
60. **EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD A FLUCONAZOL MEDIANTE TIRAS DE TEST EN CEPAS DE ESPECIES DE CANDIDAS AISLADAS DE HEMOCULTIVOS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS-VENEZUELA.** Xiomara Moreno, Carolina Macero, Kathleen Pulido, Ana Cáceres, María Guzmán, Rafael Guevara, María Panizo. 68
61. **DETECCIÓN DE CARBAPENEMASA KPC Y RELACIÓN CLONAL EN CEPAS DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE.** Armando José Perozo Mena, Maribel Josefina Castellano González. 69
62. **CO-EXISTENCIA DE RESISTENCIA A AERITROMICINA Y GENTAMICINA EN CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTES A METICILINA.** Armando José Perozo Mena, Maribel Josefina Castellano González, Naillet Arráiz, Carem Prieto. 69
63. **PERFIL DE RESISTENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE AISLADAS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" EN EL 2008.** Marina Fernanda Cardona Ojeda, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo, 70
64. **CEFOPERAZONA-SULBACTAN, ACTIVIDAD IN VITRO DE UN ANTOBIÓTICO OLVIDADO. PROVENIRA, CARACAS, VENEZUELA.** Alfonso Guzmán, Cecil Fandiño, José Delgado, Manuel Guzmán. 70
65. **ABSCESO DE PARED EN PACIENTES POSTCESAREADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" (HUMNT) MATURÍN VENEZUELA ENERO-MAYO 2009.** Héctor Abad Millán, Gerardo Ibarra Fonseca, Dayana Tineo, Rosa Sánchez, Jenny Hernández. 71
66. **MENINGOENCEFALITIS POR RICKETTSIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA.** María Laura Ramos Delgado, Yuseppi Ferrer, Hugo Romero, Lenier Neire, Gabriel Hernández, Ailiyomar Pérez, Albel Pereira. 71
67. **MENINGOENCEFALITIS SUBAGUDA POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, CON DÉFICIT MOTOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA.** Albel José Pereira Barroso, Yuseppi Ferrer, Edelmary Núñez, Ailiyomar Pérez, María Laura Ramos, Hugo Romero, Milangel Bolaños. 71
68. **LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN MIEMBRO INFERIOR CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Gilennys Jurado Alvarez, Rafael Noguera, Ysa Carrera, Georges Akel, Yaosmira Morillo. 72
69. **TUBERCULOSIS CUTÁNEA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TERAPÉUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" MATURÍN, ESTADO MONAGAS-VENEZUELA. JUNIO 2009.** Gerardo Ibarra, Héctor Abad, Jenny Hernandez, Baldassare Rugeri. 72
70. **ENDOCARDITIS TRICUSPÍDEA POR SALMONELLA sp. EN UN HOMBRE CON SIDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.** Kleira Mercedes Cabrera Corneiles, Joanne Arveláez Pascucci, María Eugenia Landaeta, María Magdalena Barrios B, Marianela Rojas. 73
71. **PREVALENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN MUESTRAS DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA - CARACAS, VENEZUELA.** Xiomara Moreno, Carolina Macero, Kathleen Pulido, Yarlenis Castro, Ana Cáceres, María Guzmán, Rafael Guevara. 73
72. **PREVALENCIA DE NEISSERIA GONORRHOEA Y CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.** Alban Dore Mejías, Jhoxy González Contasti, Ixora Requena, Robert Doré. 74
73. **MANEJO AMBULATORIO DE OSTEOMIELITIS. EXPERIENCIA DEL CENTRO DE INFUSIÓN PARENTERAL "EV CENTER; AC". VALENCIA, 2007-2009.** Heidi Mago, Lorenzo Tellería, Elías Enrique Querales. 74
74. **EVALUACIÓN DE ESPECIES DE ENTEROCOCOS AISLADOS DE MUESTRAS CLÍNICAS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS – VENEZUELA.** Yarlenis Castro, Carolina Macero, Xiomara Moreno,

- | | | | |
|--|----|--|----|
| Kathleen Pulido, Ana Cáceres, María Guzmán, Rafael Guevara. | 75 | 85. PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, CON HERPES ZOSTER DISEMINADO. APROPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UCV. VENEZUELA. Rosa Khalil, Carina Araujo, Hermes Rivero, Jorge Gotopo. | 80 |
| 75. PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO BLANDO EN UN SERVICIO DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE MARACAIBO. Nelly Del Carmen Petit de Molero, Alberto Rodríguez, Víctor Román V, Ali Torres M, Jaclyn R Duarte F, Mary López C, Suyin Urdaneta. | 75 | 86. RELACION DE ABUSO SEXUAL Y DESARROLLO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" DURANTE 2007-2008. Gilennys Mercedes Jurado Álvarez, Yaosmira Morillo, Georges Akel, Betzabeth Quintana. | 80 |
| 76. ENDOCARDITIS POR BRUCELLA SP., PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA. CLÍNICA CHILEMEX, PUERTO ORDAZ. Ernesto Alayo, Natali González, Leonardo Madrid, Ximena Madrid, Francisco Castro. | 76 | 87. OSTEOMIELITIS AGUDA Y CRÓNICA. 10 AÑOS DE ESTUDIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS", CARACAS, VENEZUELA. Lisbeth Aurenty Font, Diana López, Oscaris Méndez, Alberto Martínez, Vickleida Malaver, Ana Santos, Luigina Siciliano, Francisco Valery, María Graciela López, Yanel García, Linet Valderrey, María Santana, Juan Borboa, Amalia Hermoso, Juan Félix García. | 81 |
| 77. PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD EN STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A OXACILINA ASOCIADO A INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS-VENEZUELA. Kathleen Pulido, Carolina Macero, Xiomara Moreno, María Guzmán, Yarlenis Castro, Ana Cáceres, Rafael Guevara. | 76 | 88. FACTORES DE RIESGO Y ESTADO DE PORTADOR DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN NIÑOS SANOS VENEZOLANOS. RESULTADOS PRELIMINARES. HOSPITAL DE NIÑOS "JM DE LOS RÍOS", UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, INSTITUTO DE BIOMEDICINA. CARACAS, VENEZUELA. Berenice Del Nogal, Ismar Rivera-Olivero, Mónica De Canha, Alejandro Fernández, Karolmarlyn Uluknon, Jacobus De Waard. | 81 |
| 78. HEMOCULTIVOS PARA ANAERÓBICOS, ¿DEBEN REALIZARSE DE RUTINA? PRESENTACION DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. María Magdalena Barrios B, Adayza Figueredo, R Chacón, A Merentes, M Pinto, G Baudet, L Fernández, Marianela Rojas, Kleira Cabrera, Joanne Arveláez. | 77 | 89. COLORACIÓN DE KINYOUN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS CON DIARREA CRÓNICA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO MÁS ALLÁ DEL COPROCULTIVO Y EXAMEN COPROLÓGICO SIMPLE. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada, Silvia Molero. | 82 |
| 79. DAPTOMICINA: PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA EN VENEZUELA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA ANGIOS CARACAS, VENEZUELA y CLÍNICA FALCÓN MARACAIBO, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada, Belisario Gallegos, Ana María Cáceres. | 77 | 90. ABIOTROPHIA DEFECTIVA; ¿PATÓGENO EMERGENTE EN INFECCIONES CON CULTIVOS NEGATIVOS? UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada, Silvia Molero. | 82 |
| 80. INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DEBIDO A AEROMONAS HYDROPHILA. RÁPIDA EMERGENCIA DE RESISTENCIA A CARBAPENEMS CON EL USO DE CEFEPIME Y TRATAMIENTO EXITOSO CON TIGECICLINA. REPORTE DE UN CASO. Adayza Figueredo R, Jorge Riera, Altagracia Merentes, Maribel Pinto, Gustavo García, Pedro Rodríguez. | 78 | 91. INMUNIZACIONES EN ESTUDIANTES DE POSTGRADO LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS) DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO (UC). VALENCIA-VENEZUELA. Isabel Díaz Ramírez, Lisuett Sánchez Hatch, Carla Lozada, Heidi Mago de Querales, Yessenia Ortunio Martínez, Adilen Vargas, Juan Manuel Vieira. | 82 |
| 81. RANTES, MCP-1, SUSTANCIA P Y PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES ASMÁTICOS INFECTADOS CON VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO. VENEZUELA. Francisco Javier Arocha Sandoval, Jennifer Gotera, Alibeth Mavárez, Mary Maldonado, Luz Espina, Yraida Larreal, Jhon Bermúdez, Betulio Chacín, Nereida Valero. | 78 | 92. MICROORGANISMOS AISLADOS EN LOS TELÉFONOS MÓVILES DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, JULIO 2009. DISTRITO CAPITAL. VENEZUELA. Ana Quijada, Verónica Rosas, Víctor Saravia, Julio Castillo, Suhail González, Patricia Valenzuela, Cecil Fandiño, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Mario Comegna, Manuel Guzmán. | 8 |
| 82. EL TEST DE TZANCK EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS... UNA METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA EMERGENTE Y RE-EMERGENTE. Marcel Jesús Marcano Lozada, Silvia Molero. | 79 | 93. INFECCIONES HOSPITALARIAS: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA. SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). VENEZUELA. JUNIO 2009. Carla Telo, Marisela Silva, Jean Jacques | |
| 83. PROFILAXIS UNIVERSAL PARA CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL HOSPITAL DE NIÑOS "J. M. DE LOS RÍOS", CARACAS, VENEZUELA. Diana López Castañeda, Lisbeth Aurenty, Yanirka Márquez, Marcos Ariza, Luigina Siciliano, Francisco Valery, María Graciela López, Yanel García, Juan Félix García. | 79 | | |
| 84. PREVALENCIA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA CENTRO CLÍNICO DEL CARIBE. PUERTO CABELLO. ESTADO CARABOBO. ¿HAN CAMBIADO LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS? Nancy Méndez Domínguez. | 79 | | |

- Pitteloud, Adayza Figueredo, Jorge Riera, Maricely Miquilareno, Joanne Arveláez, Marianela Rojas. 83
94. **COMISIÓN DE INFECCIONES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS.** Ana Carvajal, Elizabeth González, Marisela Silva, Amando Martín, Adayza Figueredo, Carla Telo, Eduardo Villarroel, Evelyn Villarroel, Clara Pacheco, Gladys Sojo, Jean Pitteloud. 84
95. **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DE UN CENTRO MÉDICO INTEGRAL DE LA ZONA SUR DE VALENCIA. CARABOBO VENEZUELA.** Smirna Castrillo, Milvida Castrillo, Nereida Castrillo, Marietta Alvarez. 84
96. **CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA VIH/SIDA DEL HOSPITAL MILITAR “DR CARLOS ARVELO”.** Miguel Eduardo Morales Lozada, Carmen Fernández, Yrene Vásquez, América Rosa, Gloria Mestre, Francia Moy. 85
97. **CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE β -LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. COMPLEJO HOSPITALARIO Y UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR. MAYO 2008-MARZO 2009.** Alinell José Amaíz Jiménez, Carlos Alberto Álvarez Chacón. 85
98. **PATRONES DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN CULTIVOS DE PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE” VALENCIA, EDO. CARABOBO. 2006 – 2008.** Pedro Andrés Minghetti Benítez, Teresa Venegas, Ana Rueda, Yajaira Aguilar, Aracelis Varela, Madyori Ferreira. 85

Resúmenes

01. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ADQUIRIDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA”, ESTADO CARABOBO, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2008 - JUNIO 2009.

María Andreína Vera Silva¹, Francis Gertrudis Wadskier Montagne¹, Oscar Alfredo Silva Cedeño², Juan Carlos Colina Trapiello¹, Igor Romaniouk Jakovler¹.

¹Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, ²Hospital Universitario “Ángel Larralde”.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” durante el período enero 2008 - junio 2009. **Materiales y Métodos:** Nivel y tipo de investigación: exploratoria descriptiva, transversal y retrospectiva. **Población:** 397 pacientes ingresados a la terapia intensiva. **Muestra:** 115 pacientes con diagnóstico de infección nosocomial para el momento del egreso de dicha unidad. **Fuente de información:** historias médicas. **Resultados:** La prevalencia fue de 28,97 %. Los adultos intermedios representaron el 43,48 % de pacientes con infecciones hospitalarias, los adolescentes 29,57 %, adultos jóvenes 21,74 %, y adultos mayores 5,2 %. La edad promedio fue 33,70 años. El género más afectado fue el masculino (66,08 %). Las principales infecciones nosocomiales fueron: neumonía nosocomial (66,92 %), infecciones abdominales (13,08 %), de partes blandas (10 %), genitourinarias (6,15 %) y del sitio operatorio (3,8 %). La estancia hospitalaria fue 33,91 % para la tercera semana, 20 % la segunda, 14,78 % la primera, 12,17 la cuarta, 9,57 % la octava. El 69,57 % de los pacientes evolucionaron hacia la mejoría. Los microorganismos fueron: *Pseudomonas aeruginosa* 18,3 %, *Klebsiella pneumoniae* 14,08 %, *Staphylococcus aureus* 14,08 %, *Escherichia coli* 7,04 %, *Enterobacter cloacae* 7,04 %. **Conclusión:** La prevalencia fue significativa. Las edades más afectadas fueron entre 45 a 64 años, y el sexo masculino. Destacaron: la neumonía nosocomial, infecciones abdominales, de partes blandas, genitourinarias y sitio operatorio. La mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados de 15 a 21 días. Gran parte de los pacientes con diagnóstico de infección intrahospitalaria mejoraron. Los

microorganismos fueron: *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*.

02. PREVALENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A. PERÍODO 2006-2009. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA.

Jinel Josefina Mendoza Luzardo¹, Diana Estela Callejas Monsalve², Ricardo José Atencio Tello², Raimy Coromoto Mindiola Morles², Reyna María Moronta-Piñango, Leticia Denys Porto-Espinoza².

¹Universidad del Zulia. ²Lab. Regional de Referencia Viroológica.

El virus de hepatitis A (VHA) es un patógeno con tropismo hepático que provoca infecciones endémicas, representando así un problema de salud pública mundial. Este agente viral es el que causa con mayor frecuencia las hepatitis virales, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo y su incidencia aumenta con la edad de la población. El propósito de este estudio es conocer la prevalencia de anticuerpos de tipo IgG e IgM contra hepatitis A (anti-VHA) en 107 pacientes que acudieron al Laboratorio Regional de Referencia Viroológica, Maracaibo- Venezuela, en el período comprendido de enero de 2006 a mayo de 2009. Las muestras se analizaron mediante inmuno-ensayo enzimático (ELISA) Abbott AxSYM System Diagnostics Division, 2008. La prevalencia global del VHA fue de 88 % para anticuerpos tipo IgG y 41 % para IgM. La infección fue más frecuente en hombres (56 %) con respecto a las mujeres (44 %). La población con mayor prevalencia fue la de 20 a 30 años de edad, seguida del grupo etario de 1 a 19 años, con 36 % y 34 %, respectivamente. La mayoría de los pacientes presentó signos y síntomas de hepatitis con un 73 %, siendo el 29 % asintomático. Esta investigación es de gran relevancia, debido a que contribuye al control epidemiológico del VHA tanto a nivel regional como nacional.

03. EXPOSICIÓN DE RIESGO OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO (SEIA). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). ENERO-JUNIO 2009.

Maricely Miquilareno B, Carla Sofía Telo V, Marisela Silva, Jocays Calderas, María Carolyn Redondo, Martín Carballo O, Jorge Riera, María Eugenia Landaeta, Adaiza Figueredo, Napoleón Guevara, Ana

Carvajal, Linda V Lugo V, María Magdalena Barrios, Joanne Arveláez P, Kleira Cabrera, Juan I Gaviria, Gerson Guarín, Marianella Rojas.

Hospital Universitario de Caracas.

La exposición a riesgo ocupacional y no ocupacional constituye una causa frecuente de emergencia en el SEIA-HUC. Materiales y métodos: Se clasificaron los accidentes de enero a junio de 2009 en exposición ocupacional en el HUC, extrahospitalaria (otros centros) y no ocupacional. Resultados: Se atendieron 226 personas: 107 (47,35 %) ocupacionales hospitalarios, 84 (36,84 %) extrahospitalarios y 35 (15,48 %) no ocupacionales. El mayor porcentaje fue en mujeres (69,9 %). Los accidentes más frecuentes fueron pinchazos, 143 eventos (68,42 %) y salpicaduras, 37 eventos (17,70 %). La tabla 1 muestra la distribución del riesgo según la ocupación y el lugar:

LUGAR DEL ACCIDENTE	PERSONAL	N	%
HUC	Enfermeros	37	34,50
	Médicos Residentes	27	25,23
	Estudiantes de medicina	16	15,00
Extrahospitalarios	Enfermeros	15	17,85
	Estudiantes de odontología	11	13,09
	Odontólogos	10	11,90

En servicios quirúrgicos del HUC hubo 37 accidentes (34,56 %), en médicos 30 accidentes (28,03 %) y en emergencia 23 (21,49 %). En exposición no ocupacional la mayoría consultó por abusos sexuales, 22 personas (62,85 %). Discusión: De 226 accidentes, 69,9 % ocurrieron en mujeres, en HUC ocurrió la mayoría de los accidentes 107 (47,35 %), en los accidentes ocupacionales (HUC y extrahospitalarios) la mayor proporción se presentó en servicios quirúrgicos, los pinchazos fueron el riesgo más frecuente y el personal de enfermería fue el más expuesto, la exposición no ocupacional principal fue el abuso sexual 22 (62,85 %). Conclusión: El uso adecuado de los métodos de protección y de objetos punzo-cortantes aunado al conocimiento del protocolo a seguir ante una exposición de riesgo permite prevenir las enfermedades infecciosas ocupacionales o no ocupacionales.

04. INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE ADULTOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA. ESTADO CARABOBO. Yessenia Ortúño Martínez, Lisuett Sánchez Hatch, Adilen Vargas, Juan Manuel Vieira, Marina Cardona, Heidi Mago de

Querales, Yelissa Castillo, Isabel Díaz Ramírez, Meyani Pacheco.

C.H.E.T-Universidad de Carabobo.

Objetivo: Caracterizar los motivos de interconsultas solicitadas al Servicio de Infectología de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Diseño y nivel de investigación: Estudio de campo, descriptivo y prospectivo. Materiales y métodos: Se realiza un estudio de campo, descriptivo y prospectivo. De un total de 4304 interconsultas solicitadas al Servicio de Infectología de Adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, durante el período comprendido entre enero y junio de 2009. Resultados: Se evidenció que las infecciones respiratorias bajas fueron la primera causa de interconsulta, (21,86 %), y de ellas 70 % fueron nosocomiales, 15,70 % de consultas fueron por VIH/SIDA o sus complicaciones, 11,03 % infecciones en heridas. Así mismo, los servicios con más solicitudes de interconsultas fueron: Unidad de Cuidados Intensivos 28,94 %, Emergencia de Adultos 25,58 % y Cirugía 18,68 %. Se observa un aumento sostenido en el número de interconsultas en el segundo trimestre del año, con relación al primer trimestre. Conclusiones: Se evidenció una alta incidencia de interconsultas por infecciones nosocomiales, principalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las infecciones en pacientes con VIH/SIDA son la segunda causa más frecuente de interconsultas. El rol del infectólogo en control de infecciones, uso adecuado de antibióticos y manejo de pacientes con VIH-SIDA reviste cada vez mayor importancia en nuestra institución, con un constante y creciente número de interconsultas solicitadas por otros servicios y especialidades médicas.

05. CASOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DURANTE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA A H1N1. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO (SEIA). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). Adayza Figueredo R, Marisela Silva, Jocays Caldera, Martín Carballo, Ana Carvajal, Napoleón Guevara, María E. Landaeta, María J. Núñez, Carolyn Redondo, Jorge Riera, Carla Telo, María Di Batista, María M Barrios, Gerson Guarín, Juan Gaviria, Marianella Rojas, Mariseli Miquilareno, Linda Lugo, Joanne Arveláez, Kleira Cabrera.

Hospital Universitario de Caracas.

Introducción: El HUC es centro piloto para atención de Influenza A H1N1, estableciéndose para ello un flujograma de trabajo interno con el Ambulatorio Docente, Emergencia, SEIA, Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Unidad de Epidemiología.

Metodología: Analizamos datos epidemiológicos, clínicos y estudios complementarios de pacientes evaluados en el SEIA, por IRA con sospecha de Influenza A H1N1. Resultados: 70 pacientes. 44 (62,8 %) mujeres, 26 (37,1 %) hombres. Edad: 48,5 % menores de 30 años, 14 (20 %) pts 13-20 años, 20 (28,5 %) pts 21-30 años. 90 % (63 pts) consultó los primeros 6 días de enfermedad. 26 (37,1 %) pts, requirió hospitalización. 17 (24,2 %) pts, tenían contacto con casos sospechosos o confirmados y sólo 4 (5,7 %) pts, viajaron fuera del país. 2 pacientes VIH positivos con evolución satisfactoria. 3 embarazadas, 1 evolucionó bien pulmonar pero abortó, 1 evolución satisfactoria, 1 ingresó a UTI, se realizó cesárea y se mantiene en ventilación mecánica. En las dos primeras el PCR H1N1 negativo y en la última reportó influenza estacional. Síntomas: fiebre 95,7 %, tos 92,8 %, mialgias 80 %, cefalea 78,5 %, disnea 31,4 %. Todos recibieron oseltamivir, 18 (25,7 %) pts, recibieron antibióticos. RX de tórax se realizó en 44 pts, el 50 % anormal. PCR Influenza A H1N1: 13 (18,5 %) pts positiva, 34 (48,5 %) negativa y 19 (27,1 %) desconocemos resultado. 58 (82,8 %) pacientes evolución satisfactoria. 5 (7,1 %) pacientes ingresaron a UTI, 1 pte sobrevivió, actualmente 3 se mantienen allí y 1 (1,4 %) paciente trasplantado renal falleció y fue PCR H1N1 positivo. Conclusiones: pacientes jóvenes con IRA, sin antecedentes de viajes, consultan tempranamente por sospecha de Influenza A H1N1, el género femenino es más afectado. El embarazo es un factor comórbido importante. Evolucionan satisfactoriamente con tratamiento médico y soporte apropiados. La radiografía del tórax se altera en un porcentaje importante de casos.

06. VIH-SIDA EN LA POBLACIÓN ANCIANA DEL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". Yrene Vásquez de Azócar, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso, Francia Moy, Miguel Morales.

Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

Introducción: En el año 1990 la OMS decía que la población anciana es aquella compuesta por personas de 65 años de edad o más. Nguyen et al. entiende por SIDA geriátrico el que ocurre en pacientes de más de 60 años, estos enfermos representarían entre el 2,5 %-5 % del total de casos de SIDA, con perspectivas de un aumento progresivo. Cada vez son más los ancianos que contraen la infección por VIH en edades avanzadas, y su sobrevida es aún más corta, no sólo por la demora en el diagnóstico, sino también por las comorbilidades frecuentes en este grupo

etario. Objetivo: 1.- Determinar la incidencia de pacientes ancianos con infección por VIH-SIDA en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". 2.- Describir las características clínicas y epidemiológicas de infecciones por VIH en ancianos que acuden a esta institución. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, que consistió en la revisión de 1007 historias clínicas desde el año 1986 hasta año 2009 de población anciana, atendidos en la institución. Para el análisis de datos se calcularon con porcentajes simples. Resultados: Del total de la población estudiada, se encontraron 17 casos de pacientes con serología positiva VIH/SIDA, en edades comprendidas entre 65 años y 82 años, siendo el grupo más afectado entre 65 y 70 años (47,06 %), con un promedio de edad 70 años, el sexo más afectado lo constituyó el masculino con 82,35 %, el estado civil que predominó fue el soltero con 47,02 %, seguido del casado con 29,41 %, dentro de la profesión la mayoría jubilado encontramos obreros 52,94 %, militares 17,67 %, ama de casa 11,76 %, técnico de laboratorio 11,76 %, inclinación sexual todos eran heterosexuales con 17,65 % de promiscuidad, con indicación de tratamiento el 47,08 % de los pacientes. Discusión: En nuestro ámbito, de un total de 1007 historias clínicas consultadas de pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA, 17 (1,69 %) superaban los 65 años. Los mecanismos de transmisión en el SIDA geriátrico son los mismos descritos para el resto de los enfermos de SIDA. La transmisión heterosexual se recoge en un 100 % de los pacientes, superiores a lo descrito en la literatura. En los pacientes estudiados no documentamos transfusión sanguínea como antecedentes, incremento de su actividad sexual, esto pudiera convalidar que los cambios fisiológicos en la vagina femenina a esta edad y los microtraumatismos durante el coito incrementarían el riesgo de transmisión por este mecanismo. Dentro los datos epidemiológicos de los casos revisados, no predominó la promiscuidad, es por ello que se debería ampliar esta investigación. Conclusión: En la presente investigación se documentó que de los 1 007 casos revisados, el 1,69 % de pacientes infectados por el virus de VIH/SIDA, correspondieron a la población anciana. El sexo predominante fue el masculino con 82,35 %, de los cuales el 47,06 % eran solteros y el 17,65 % manifestó ser promiscuo.

07. INCIDENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA- VENEZUELA.

ABRIL- JULIO 2008. Yvette Alejandra Martínez González, Zenaida Castillo, Darcy Escalante González, Graciela Matute Clavier, Verónica Corona García.

Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".

La infección de VIH/SIDA es una pandemia que afecta el sistema inmune, debilitando con el tiempo las defensas del paciente contra la enfermedad. Gracias a la utilización de la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), ha disminuido la morbi-mortalidad, pero ha surgido la aparición de síndrome metabólico, posterior a la aplicación de la terapia. **Objetivo:** Determinar la incidencia de síndrome metabólico en pacientes VIH/SIDA, que reciben la TARAA y acuden a la Consulta de Infectología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". **Abril-julio 2008. Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de nivel exploratorio, diseño observacional tipo transversal. La muestra estuvo representada por 30 pacientes. La recolección de información fue mediante la entrevista y examen físico, utilizando una ficha de recolección de datos. **Resultados:** del 100 % del grupo, 63,3 % presentaron síndrome metabólico, distribuidos en 89,47 % pacientes del sexo masculino y 10,52 % del sexo femenino. Del 100 % de la población femenina, 75 % presentó alteraciones en la circunferencia abdominal y el 50 % hipertensión arterial e hiperglicemia. Del 100 % de la población masculina, 42 % mostró alteraciones de circunferencia abdominal, en el 54 % se evidenció hipertensión arterial, 19 % hiperglicemia, 73 % hipertrigliceridemia y 54 % alteración en las HDL. El 13 % de la muestra no presentó criterios diagnósticos, 10 % presentó uno solo, 13 % dos criterios y el 63,3 % tres o más criterios diagnósticos. **Conclusión:** El síndrome metabólico es una condición de alta y creciente frecuencia, que se asocia a la obesidad y a estilos de vida poco saludables, constituyendo un factor que aumenta el riesgo cardiovascular.

08. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE INICIO EN PACIENTES VIH DURANTE EL AÑO 2008. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. Julio Henrique Castillo Marcano, Suhail González, Ana Quijada, María Andreína Sánchez, Cecil Fandiño, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.

Hospital Vargas de Caracas.

Objetivo: identificar la proporción de pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral entre los pacientes incluidos en la consulta durante 2008 y detallar las características clínico-epidemiológicas así como la proporción de pacientes con supresión

virológica. **Métodos:** Se revisaron las historias realizadas durante el 2008 obteniendo: datos demográficos, CD4+ basal, carga viral basal, esquema de inicio [basado en inhibidores de proteasa (IP) Vs basado en inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)], CD4+ control y carga viral control. **Resultados:** se realizaron 233 historias; 40 traslados de otros centros con tratamiento antirretroviral, se excluyeron del estudio. El 79,27 % (n=153) acudió a control. Promedio de edad de 36,14 con un rango de 16-85; 80,17 % (n=186) del sexo masculino. Promedio de CD4+ de 269,52 células/ y de carga viral 117269,07 copiasARN/mL. 135 pacientes (69,95 %) tenían criterios de inicio de terapia antirretroviral, de ellos 72,39 % se inició con IP y 27,61 % se inició con INNTR. 113 pacientes de los que iniciaron (83,70 %) hicieron seguimiento y de ellos 64,60 % (n=73) tenía carga viral control luego del inicio; 64,38 % con valores indetectables y 35,62 % con falla virológica. 65,96.% de los pacientes indetectables inició a base de IP. **Conclusión:** predominio de masculinos en la tercer decenio. 70 % tenía CD4+<350, que expresa el ingreso al sistema de salud con disminución importante de la inmunidad celular. 83,7 % de los pacientes realizaron seguimiento y 65 % de los que realizaron carga viral lograron supresión viral. Consideramos fortalecer la educación para garantizar el acceso a servicios de salud temprano en el curso de enfermedad.

09. LOPINAVIR/RITONAVIR VERSUS EFAVIRENZ COMO ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL DE INICIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

María Graciela López, Luigina Siciliano, Ana Santos, Yanell García, Vickleida Malaver, Oscary Méndez, Juan Borboa, Linnet Valderrey, María Santana, Amalia Hermoso, Diana López, Francisco Valery, Lisbeth Aurenty, Juan García.

Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos".

La interrogante de cuál esquema utilizar de inicio, la combinación de 2INTR con lopinavir/ritonavir o con efavirenz, es común, no existen conclusiones sobre la superioridad de alguno esquema en niños. **Objetivo:** Comparar la respuesta virológica, inmunológica y clínica del tratamiento inicial de pacientes pediátricos con infección VIH con esquemas basados en lopinavir/ritonavir y con efavirenz. **Métodos:** Estudio comparativo, retrospectivo incluyendo pacientes con infección VIH del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" entre el 2000-2008. Los datos fueron obtenidos de la Base de Datos de la Unidad. Se incluyeron pacientes con terapia triple de inicio

agrupándose en esquema con 2INTR+Lopinavir/ritonavir o +efavirenz, se comparó la respuesta virológica, inmunológica y clínica. Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y χ^2 . Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, 71,4 % con lopinavir/ritonavir, 28,6 % con efavirenz. El 64 % del grupo lopinavir/ritonavir presentaron cargas virales indetectables y 70 % con efavirenz ($p>0,05$). El 87,5 % con lopinavir/ritonavir logró indetectabilidad a las 24 semanas, con efavirenz 57,1 % ($p>0,05$). De los pacientes con falla virológica: 55,6 % del grupo lopinavir/ritonavir presentaron <10.000 copias/mL, y del grupo efavirenz 66,7 % ($p>0,05$). El 60 % con lopinavir/ritonavir presentó ascenso de linfocitos TCD4+ en 1 año, y con efavirenz 70 % ($p>0,05$). Del grupo lopinavir/ritonavir 68 % tenían categoría clínica B o C y con efavirenz 60 %, igual que al inicio de ambos esquemas ($p>0,05$). Conclusión: No se establecieron diferencias significativas en respuesta virológica, inmunológica y clínica entre el grupo con lopinavir/ritonavir y el grupo efavirenz en la población pediátrica. Se evidenció tendencia al logro de indetectabilidad en menos tiempo en el grupo de lopinavir/ritonavir.

10. EXPERIENCIA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. María López, Luigina Siciliano, Ana Santos, Yanell García, Vickleida Malaver, Oscary Méndez, Juan Borboa, Linnet Valderrey, María Santana, Amalia Hermoso, Diana López, Lisbeth Aurenty, Francisco Valery, Juan García.

Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos".

La terapia antirretroviral de alta eficacia (TARVAE) ha influido significativamente en la evolución clínica de los pacientes seropositivos, sin embargo hay pocos estudios sobre la respuesta clínica e inmuno-virológica de las terapias antirretrovirales en pacientes pediátricos. Objetivo: Evaluar la respuesta clínica, virológica e inmunológica de pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral inicial según esquemas basados en IP y en INNTR. Método: Estudio comparativo-retrospectivo, incluyendo pacientes VIH, controlados en la Unidad VIH del Hospital de Niños "JM de los Ríos" (Caracas-Venezuela), entre 2000-2009. Los datos fueron obtenidos de la base de datos de la consulta. Según el esquema inicial de TARVAE se establecieron dos grupos: esquema con IP y esquema con INNTR. Se registró carga viral, niveles de linfocitos T CD4 y categoría clínica al inicio del TARVAE y actualmente y adherencia al tratamiento. Las frecuencias fueron comparadas por método de χ^2 . Resultados: Se incluyeron

112 pacientes: grupo IP 91,1 % y 8,9 % grupo INNTR. La edad media de inicio de TARVAE: 3,73 años. Se logró indetectabilidad en 54 % del grupo IP de inicio y 30 % del grupo INNTR. No presentaron inmunosupresión 60,8 % de los pacientes del grupo IP y 80 % del grupo INNTR. La evolución de los pacientes fue similar en cuanto al estadio clínico (77 % del grupo IP y 70 % del grupo INNTR). La adherencia para el grupo IP fue de 82,4 % y 60 % del grupo con INNTR. Conclusión: Similar eficacia virológica e inmunológica en regímenes de inicio de TARVAE con IP o INNTR.

11. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-VARICELAZOSTER Y ANTI-CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES VIH/SIDA. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. Reynaldo Farías Sanabria, Ixora Requena, Rodolfo Devera, Anny Rodríguez.

Universidad de Oriente.

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de anticuerpos anti-Citomegalovirus y Anti-Virus Varicela Zoster en pacientes VIH/SIDA que asistieron a la Consulta de Inmunología del Hospital "Julio Criollo Rivas", de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el período septiembre 2008 - febrero de 2009. Se evaluaron 88 pacientes seropositivos para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de ambos sexos con una edad media de $34,4 \pm 10,7$ años. Las muestras séricas fueron procesadas mediante la técnica de ELISA para determinar anticuerpos IgM e IgG, anticitomegalovirus y antiváricela zoster respectivamente, según las pautas y criterios estandarizado por Laboratorios Diagnostic Automation (Estados Unidos), especificado en el protocolo del kit comercial (Catálogo 1202 para IgM anticitomegalovirus, catálogo 1201 para IgG anticitomegalovirus, catálogo 1413 para IgM antiváricela zoster y catálogo 1412 para IgG antiváricela zoster). Se identificaron 30 casos positivos con IgM anticitomegalovirus (34,09 %), predominando en el sexo masculino con un 23,86 % ($n=21$), sin diferencias estadísticamente significativas. Todos los pacientes presentaron IgG anti CMV positivos (88/100 %). La IgM antiváricela zoster fue positiva en 33 pacientes (37,50 %), prevaleciendo en el sexo masculino ($n=20$; 22,73 %), sin diferencias estadísticamente significativas; mientras que la IgG antiváricela zoster se demostró en 30 pacientes (34,09 %), distribuyéndose de forma homogénea en ambos sexos, sin diferencias significativas. 4/88 pacientes (4,55 %) presentaron coinfección para

los tres virus (VIH, VZV y CMG). Se observaron 48 casos (54,55 %) de pacientes VIH positivos, (categorías A1, B1, A2 y B2) y 40 pacientes (45,55 %) con SIDA (categorías A3, B3, C1, C2 y C3); basado en la determinación del conteo, relación linfocitaria y carga viral. La mayoría de los pacientes afectados por la infección aguda por CMV y VZV provenían del Estado Bolívar, particularmente de Ciudad Bolívar. En conclusión se observó una alta prevalencia de infección aguda por CMV y VZV y bajo porcentaje de coinfección de ambos virus en los pacientes evaluados.

12. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): RESISTENCIA PRIMARIA A FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE. HOSPITAL VARGAS CARACAS. Julio Castillo, Wilmary Quijada, Erika Castro, Herve Fleury, Bernard Masquelier.

Hospital Vargas, Caracas.

Introducción: La resistencia primaria del VIH es un problema creciente con una prevalencia estimada a nivel mundial de 5 % – 10 % e importantes implicaciones terapéuticas. En Venezuela se identificó este problema en el año 2001 y 2006, sin embargo no se conoce actualmente la prevalencia. La intención de esta investigación es conocer la prevalencia de resistencia primaria del VIH-1 en Venezuela y la necesidad de realizar pruebas de resistencia previo al inicio del tratamiento. **Métodos:** Se enrolaron 70 individuos >15 años con infección por VIH confirmada por ELISA con >350 CD4+ y carga viral >1000 copias sin tratamiento antirretroviral. Se extrajo el VIH-1 de una muestra sanguínea se realizó rt-PCR y se comparó la secuencia obtenida con el virus salvaje. **Resultados:** Fueron excluidos 5 pacientes. El subtipo de VIH-1 encontrado fue el B con 2 formas recombinantes (B/CRF01_AE; B/CRF06_cpx). 78,46 % hombres, edad media 32,37 ± 9,43 años, tiempo de diagnóstico 14,86 meses ± 21,84. Contaje de CD4+ 551,3 ± 177,35 células/ μ L, carga viral 53.164,68 ± 81.442,09 copias ARN/mL. 50,77 % de los pacientes tenía al menos una mutación y 13,85 % mutaciones asociadas con alto nivel de resistencia (INTR 6,15 %; INNTR 3,07 % e IP 6,15 %). Se observó asociación estadística entre género masculino, práctica sexual HSH, edad (promedio 24 años) y la aparición de mutaciones. **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de mutaciones asociadas con altos niveles de resistencia entre pacientes que no han iniciado tratamiento. Se recomienda el uso rutinario de pruebas de resistencia en estos pacientes. **Palabras clave:** VIH-1 Resistencia

primaria. Terapia antirretroviral. Venezuela

13. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: GENOTIPIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES. HOSPITAL VARGAS, CARACAS. Víctor Saravia, Ruthnorka González, Carmen Silva, Luis González, Mario Comegna, María Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, Liz Esparragoza.

Hospital Vargas, Caracas.

Introducción: La incidencia de lesiones premalignas o malignas ano genitales en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con infección por VIH esta incrementándose, esto en relación a los nuevos esquemas antirretrovirales que mejoran la sobrevida. **Métodos:** El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de los diferentes genotipos del Virus de Papiloma Humano (V.P.H.) en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) HSH. Es un estudio descriptivo, prospectivo, donde a 40 pacientes se les realizó citología anal, y se tomó muestra por hisopado para detección de VPH por PCR por método de INNO-LiPA. **Resultados:** 31 citologías fueron adecuadas para evaluación, de éstas 23 presentaron cambios sugestivos de VPH; 20 reportaron lesiones intraepiteliales (LIE), lo que corresponde a un 86,95 % del grupo que tuvieron VPH. Se amplificó material genético del VPH en 38 muestras (95 %), siendo los genotipos más frecuentes el 6, 18, 53 y 68. Comparada con la PCR, la citología tuvo una sensibilidad del 95.7 % con una especificidad del 5,9 %. Se evidenció una tendencia a infecciones por múltiples genotipos (> 3) en un 55 %; esto se relacionó con un mayor número de LIE. El número de parejas sexuales no fue un factor de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, infección por VPH, LIE y la identificación de genotipos oncogénicos. **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de infección por VPH en la población estudiada; en vista del riesgo potencial de transformación neoplásica, debería considerarse el uso de las vacunas contra VPH aprobadas, también para la población masculina. **Palabras clave:** VIH, VPH, oncogénicos, LIE, PCR, citología anal

14. MOTIVOS DE CONSULTA EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH/SIDA EN EL TRIAJE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Jocays del Valle Caldera Ruiz¹, Guillermo José Borga Hernández², Francisco Javier González González², Karina Gesualda Caiafa Cabrera², Marisela Silva de Giménez¹.

¹Hospital Universitario de Caracas; ²Escuela de Medicina "Luis Razetti".

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia (HAART) transformó la infección por VIH/SIDA en una enfermedad crónica, por lo que los pacientes acuden constantemente a consultas de atención primaria y especializada para control, por complicaciones relacionadas a la enfermedad, al tratamiento y por problemas similares a los de otros pacientes, lo que ha provocado un aumento en la demanda en los servicios hospitalarios. **Objetivo:** Determinar los motivos de consulta de los pacientes con infección VIH/SIDA al triaje de Infectología del Hospital Universitario de Caracas (HUC). **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, donde se revisaron las fichas de control de pacientes de consulta externa del Servicio de Infectología del HUC. Los datos se analizaron por cálculos de porcentajes simples y promedios. **Resultados:** Se revisaron 2.282 fichas, 329 tenían reportes de consulta de triaje. Los motivos de consulta por frecuencia= mostrar resultados de laboratorio (68=20,7 %), fiebre (41=12,5 %), diarrea (40=12,15 %), tos (37=11,2 %), pérdida peso (36=10,9 %). Se reportaron efectos adversos al HAART en 19 casos (5,76 %). La mayoría fue tratado ambulatoriamente (272=82,7 %) y tenían HAART (203=61,7 %). Se reportaron 27 cambios, 11 reinicios y 18 inicios de tratamiento ARV. El sexo predominante fue el masculino (237=72 %) y el grupo de edad 26-35 años (88=26,7 %). El año con mayor asistencia fue 2009 (110=33,4 %). **Importancia:** El aumento de la demanda de asistencia médica de los pacientes con VIH/SIDA, a los servicios de emergencia y consulta, ha provocado el desarrollo de estrategias de atención en los centros asistenciales, aumentando las consultas de control, implementando consultas de triaje y aumentando las áreas físicas para tal fin, como ha ocurrido en el HUC, donde los principales motivos de consulta son relevantes. Se aprecia un sub-registro en la consulta de triaje del HUC.

15. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. Marina Cardona, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo.

CHET

El término adherencia implica no sólo la forma correcta de tomar los medicamentos, sino una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. La

adherencia al tratamiento antirretroviral está afectada por múltiples factores: la situación bio-psico-socio-cultural del paciente, su interrelación con el equipo de salud, y el régimen de terapia antirretroviral indicado. Se puede medir por métodos directos, lo cual resulta incómodo y costoso, y por métodos indirectos. **Objetivo:** Establecer el porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes que viven con VIH que acuden a la consulta de infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Materiales y métodos:** Estudio observacional en el que se incluyó al azar pacientes que viven con VIH que acudieron a la consulta de infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el primer semestre del año 2009. Para evaluar la adherencia al tratamiento, se utilizó el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire), validado en protocolos españoles para medición indirecta de adherencia. **Resultados:** 180 pacientes fueron tomados al azar, el 41,7 % de sexo femenino, y el 58,3 % masculino. La adherencia resultó en 70 % para el sexo masculino y 66,5 % para el sexo femenino. La adherencia total se ubicó en 68 %. **Conclusiones:** La adherencia se ubica en la escala de cumplimiento terapéutico, sin embargo es necesario implementar medidas para mejorar el porcentaje de adherencia y minimizar la aparición de resistencia al tratamiento antirretroviral.

16. DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. Marina Cardona, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo.

CHET.

Las personas que viven con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados, con implicaciones directas sobre el comportamiento, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la progresión clínica de la enfermedad. Múltiples estudios han medido la depresión en estos pacientes utilizando escalas validadas: Hamilton, Beck, Zung entre las más conocidas. **Objetivo:** Determinar el porcentaje y grado de depresión presente en los pacientes que viven con VIH y acuden a la consulta de infectología de la CHET. **Materiales y métodos:** Estudio observacional que incluyó al azar pacientes que viven con VIH que acudieron a la consulta en el primer semestre del año 2009. Se utilizó la escala de depresión de Zung, desarrollada en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica que da más peso al componente

somático-conductual del trastorno depresivo. Establece grados de depresión leve, moderada, severa, o ausencia. Resultados: Se incluyeron al azar 100 pacientes, 48 % pertenecían al sexo masculino y 52 % al femenino. Se evidenció depresión leve a moderada en el 70 % de los casos (50 % sexo masculino vs 70 % sexo femenino). Depresión severa en 10 % de los casos (75 % sexo femenino, vs 25 % sexo masculino). En 20 % de los pacientes se reportó ausencia de depresión. **Conclusiones:** El 80 % de los pacientes estudiados tenían depresión. Esto es un aspecto en contra de la adherencia al tratamiento, negativo para el comportamiento y favorece la progresión de la enfermedad, por lo que es necesario asociar al manejo del paciente que vive con VIH soporte psicológico.

17. EFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL EN EMBARAZADAS INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. 1998-JULIO 2009. UNIDAD VIH/SIDA. HOSPITAL "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA-ESTADO TRUJILLO. VENEZUELA. Idaura July González Sulbarán, Ercilia Rosario León, Irene Escalante, Rosa Bolaños.

Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo".

Objetivo: Determinar la efectividad de la profilaxis antirretroviral en embarazadas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. Material y método: Se realizó estudio descriptivo con diseño retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas de embarazadas de la consulta VIH del Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo" desde 1998 a julio 2009, utilizándose para ello una ficha individual que incluyó los siguientes datos: año en el que se registra el embarazo, edad, momento del diagnóstico del VIH, evolución y culminación del embarazo, profilaxis antirretroviral y transmisión vertical. Resultados: Se registraron 38 embarazos en el período estudiado evaluándose sólo 35 casos ya que en 2 casos no se disponía de las historias y 1 de estas pacientes presentó 2 embarazos. Igual número de embarazadas (5) en los años 2002, 2006, 2008; el grupo etario más frecuente fue de 20.-24 años: 14 pacientes (40 %), se realizó diagnóstico de VIH durante el embarazo en 20 mujeres (57,14 %), previo al embarazo en 11 pacientes (31,42 %) y posteriormente en 4 (11,42 %). Se presentó amenaza de parto prematuro en (9,67 %), culminaron en cesárea electiva (94,28 %), profilaxis antirretroviral completa (prenatal, culminación del embarazo y recién nacido) cumplida en 28 gestantes (80 %), AZT fue la terapia más indicada (48,27 %). De las 28 pacientes que recibieron profilaxis completa

20 niños (68,96 %) mostraron seroreversión antes de los 18 meses, en 1 caso (3,44 %) se demostró transmisión vertical. Conclusión: El diagnóstico oportuno de VIH con el consiguiente cumplimiento de la profilaxis antirretroviral logra prevenir de manera importante la transmisión vertical.

18. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA VIH/SIDA. 1993-JULIO 2009. HOSPITAL "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA-ESTADO TRUJILLO. VENEZUELA. Idaura July González Sulbarán, Ercilia Rosario León, Irene Escalante.

Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo".

Objetivo: Determinar los datos demográficos de los usuarios de la consulta VIH/SIDA del Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo" del período 1993 a julio 2009. MATERIAL Y Métodos: Se realizó estudio retrospectivo, documental en el cual se revisaron 300 historias clínicas de pacientes que acuden regularmente a consulta evaluándose variables de edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, conducta sexual, hábitos psicobiológicos y uso de drogas. Resultados: De un universo de 300 pacientes 213 (71 %) eran del sexo masculino y 87 (29 %), siendo el grupo de 26-40 años el que representaba el mayor número de casos con 119 (55,86 %) hombres y 43 (49,42 %) mujeres; cuya procedencia más frecuente fue el municipio Valera en 103 (34,33 %), el estado civil fue solteros en 128 (42,66 %), encontrándose que el grado de instrucción fue desconocido en 80 (26,66 %) y que la ocupación más reportada en el sexo femenino fue oficios del hogar (57,14 %), mientras que en el grupo masculino era variada. De los 213 pacientes masculinos 107 (50,23 %) correspondían a heterosexuales, 68 (31,32 %) eran HSH, y bisexuales 38 (17,84 %). En cuanto a sus hábitos psicobiológicos se encontraron hábitos tabáquicos en 106 casos (35,33 %), hábito enéxico en 126 (42 %) y uso de drogas en 42 (14 %) pacientes. Conclusión: Conocer los datos demográficos de los usuarios de la consulta VIH permiten mejor análisis epidemiológico, así como determinar factores que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral.

19. PREVALENCIA DE CANDIDIASIS ORAL Y ESOFÁGICA EN PACIENTES VIH/SIDA. ENERO-JULIO 2009. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO. Zenaida Castillo^{1,2}, Jennifer Moreno², Laura Zavala², Rosmar Rodríguez², José Rojas², Luis Pérez-Carreño², María Dolores Fernández², Jessenia Moreno².

¹Centro Médico Guerra Méndez; ²Hospital Dr. Angel

Larralde.

Introducción: Las infecciones oportunistas han sido la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes infectados por el VIH, desde el inicio de la pandemia. La candidiasis continúa siendo la más frecuente infección fúngica oportunista en la población de pacientes VIH/SIDA, provocando desde manifestaciones mucocutáneas, hasta enfermedades invasivas que pueden afectar a cualquier órgano. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de candidiasis oral y esofágica en pacientes VIH/SIDA ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", de enero-julio 2009. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, diseño no experimental, transversal. La población estuvo constituida por 80 pacientes VIH/SIDA, hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". La información fue obtenida a través de la revisión de historias clínicas y un instrumento tipo ficha clínica. **Resultados:** Se incluyeron un total de 80 pacientes VIH/SIDA, > 18 años, con conteo de linfocitos TCD4 < 200 cel/mm³, ingresados con múltiples infecciones oportunistas, con promedio de edad de 35 años, representando el sexo masculino el 67,5 % y el 32,5 % femenino. En 59 pacientes (73,75 %) se presentaron múltiples coinfecciones oportunistas, de los cuales, se presentaron 46 casos de Candidiasis (77,96 %), 42 pacientes (71,18 %) presentaron candidiasis oral y 4 pacientes (6,77 %) candidiasis esofágica. **Conclusión:** Entre el grupo de pacientes que presentaron múltiples infecciones oportunistas, se determinó con mayor frecuencia la infección por especies de Candida, siendo significativa la tasa de candidiasis oral en conjunto con otras infecciones oportunistas en pacientes VIH/SIDA. La candidiasis oral constituye en la actualidad una de las patologías más frecuente, con un enorme valor clínico, pudiendo ser la primera manifestación y motivo de consulta, en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no solo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de severidad y factor pronóstico.

20. INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTES VIH/SIDA. ENERO – JULIO 2009. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO. Zenaida Castillo^{1,2}, Jennifer Moreno², Rosmar Rodríguez², José Rojas², Dubelis Núñez², Laura Zavala², Carlos Moreno³, Jessenia Moreno².

¹Centro Médico "Guerra Méndez"; ²Hospital "Dr. Angel Larralde"; ³Universidad de Carabobo.

Introducción: Las infecciones del sistema nervioso central causada por gérmenes oportunistas, ocupan un lugar importante en la patología neurológica del paciente con SIDA. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de las infecciones del sistema nervioso central en pacientes HIV/SIDA, ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" (HUAL), de enero a julio de 2009. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, diseño no experimental, transversal. De una población de 80 pacientes ingresados por infecciones oportunistas, la muestra estuvo constituida por 23 pacientes VIH/SIDA, que presentaron déficit neurológico agudo, con linfocitos TCD4 < 200 cel/mm³, realizándose al momento de su ingreso estudio de LCR (Gram, cultivo, citoquímico, tinta china y PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para Toxoplasma gondii, multiplex III y micobacterias). **Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes con manifestaciones clínicas de esfera neurológica, siendo las más frecuentes cefalea, lesiones de pares craneales y síndromes convulsivos, mayores de 18 años, de los cuales 78,26 % eran del sexo masculino y 21,73 % femenino. Entre los agentes causales de neuroinfección, se identificó Toxoplasma gondii en 14 casos (60,86 %), Cryptococcus neoformans en 5 pacientes (21,73 %) y Herpes virus en 4 pacientes (17,29 %), observándose en estos últimos, coinfección múltiple por Herpes virus: en 02 se aisló Herpes simplex tipo 1 y 2, en 01 caso herpes simplex 1 y 2, Enterovirus y Citomegalovirus y en 01 caso se determinó la presencia de Herpes simplex tipo 1, 2 y 6. **Conclusión:** Un porcentaje significativo de la población de pacientes VIH/SIDA cursa con infecciones del sistema nervioso central causada por gérmenes oportunistas. Se observó un número importante de ingresos por esta causa en el primer semestre del año, ocupando el primer lugar en nuestra casuística la toxoplasmosis cerebral, con respuesta favorable a la terapia específica en el 100 % de los casos.

21. LESIONES BUCALES DE ORIGEN VIRAL EN PACIENTES VIH/SIDA EN AVANZADO ESTADIO CLÍNICO. MAYO – DICIEMBRE 2008. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". UNIDAD DE INFECTOLOGÍA. ESTADO CARABOBO. Zenaida Castillo^{1,2}, Jessenia Moreno³, Geraldine Monserrat, Carlos Moreno¹, Jennifer Moreno¹, Rosmeld Castillo³, Yvette Martínez³.

¹Hospital "Angel Larralde", ²Centro Médico Guerra Méndez; ³Universidad de Carabobo.

Introducción: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es el agente causal de una enfermedad de curso prolongado, que se caracteriza por la

depleción continua y progresiva de los linfocitos T CD4, lo que provoca la aparición de infecciones oportunistas. **Objetivo:** Determinar las lesiones bucales de origen viral en pacientes VIH/SIDA, en avanzado estadio clínico, que acuden a la Unidad de Infectología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", durante el período comprendido entre mayo y diciembre de 2008. **Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva, de campo, no probabilísticas, de 20 pacientes, a los que se les determinó infección bucal de etiología viral, por técnicas de biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes adultos, VIH/SIDA, con CD4 < 200 x mm³, demostrándose el agente etiológico específico de las lesiones: Virus Epstein-Barr en 6 pacientes (28,57 %), Herpes simple Tipo I en 5 (23,81 %), Virus Papiloma Humano en 5 (23,81 %) y citomegalovirus en 3 (14,29 %); entre las lesiones se destacaron: úlcera en 9 (45 %), verruga en 5 (25 %) y leucoplasia vellosa oral en 3 (15 %). Las ubicaciones más frecuentes: labio en 5 (29,41 %), lengua en 5 (29,41 %), paladar duro en 3 (17,65 %) y carrillo, encía, paladar blanco y faringe en 1 (5,88 %). **Conclusión:** La lesión bucal más frecuentemente observada fue la úlcera, algunas de ellas causadas por el virus del Epstein Barr, aun cuando suele ocasionar con más frecuencia, la leucoplasia vellosa oral. En referencia a la ubicación de las lesiones, los sitios mayormente afectados, fueron labios y lengua.

22. TOXICIDAD RENAL POR TENOFOVIR EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH. APROPOSITO DE UN CASO. María Eugenia Guzmán Siritt¹, América Rosa¹, Eduardo Gayoso¹, Francia Moy¹, María Omaña¹, José Alvarez¹, Yrene Vásquez¹, Efrén Mora².

¹Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Dpto. Infectología;

²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Dpto. Nefrología.

El fumarato tenofovir (TDF) es un análogo nucleósido aprobado para el tratamiento de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede producir disfunción mitocondrial en bajas dosis, además, puede inducir daño renal como resultado de la disminución mitocondrial DNA en las células tubulares del riñón debido a que su excreción es renal por filtración glomerular, secreción activa tubular. Se han reportado casos de nefrotoxicidad asociada a tenofovir en la literatura internacional, 22 casos para el año 2003; 3 casos con síndrome de Fanconi, insuficiencia renal y diabetes insípida. **Caso clínico:** masculino, 31 años, diagnosticado VIH en septiembre 2008. En diciembre 2008, presenta infección oportunista del SNC: toxoplasmosis

cerebral, con CV: 38717 copias, CD4:202 cells e inicia tratamiento: pirimetamina, clindamicina, ácido fólico, dexametasona, ácido valproico y TARGA: lamivudina, tenofovir y lopinavir/ritonavir, los valores de azoados para ese momento dentro de la normalidad. El 10/02/09, reingresa por presentar edema en miembros inferiores, distensión y dolor abdominal, oliguria y dolor lumbar, sin fiebre, fascies abotagadas. **Examen físico:** Edema generalizado tendencia a anasarca, sin adenopatías, TA:130/80 mmHg, Fc: 70 ppm, T: 37°, peso: 73 kg, auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad; abdomen: globoso, distendido, ascitis, RSHs disminuidos, timpanismo generalizado, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, puño percusión derecha (+), extremidades inferiores con edema de (+++), neurológico conservado. **Laboratorio (10/02/09):** Glicemia, perfil de azoados, perfil lipídico, ác. úrico, transaminasas, Na⁺2, Mg⁺2, Cl⁻, P⁺ dentro de los límites normales, niveles disminuidos de Ca⁺2, K⁺, trombocitopenia. Los estudios inmunológicos fueron negativos (ANA, ANCA, crioglobulinas, factor reumatoide y complemento). **Examen de orina:** proteinuria, hematuria, bacterias abundantes, depuración de creatinina en 24 horas estaba disminuida, valores disminuidos de fósforo y aumento de proteínas y calcio; ecosonograma abdominal: litiasis renal bilateral. Se decide omitir tratamiento antirretroviral y esteroides, se indica nifedipina. No fue realizada biopsia renal. Posteriormente, hubo mejoría clínica, desaparece anasarca. Los controles posteriores de electrolitos, funcionalismo renal y examen de orina dentro de valores normales. Actualmente, reinicia tratamiento antirretroviral sin Tenofovir. **Conclusión:** Con el tratamiento antirretroviral de alta eficacia estamos observando reacciones adversas no relacionadas con VIH, sino con los efectos adversos de estas drogas. Reportamos la toxicidad renal asociada a Tenofovir en paciente con Infección por VIH compatible con disfunción tubular proximal e insuficiencia renal aguda. Los pacientes que reciben esta droga requieren monitorización estricta para detectar en forma precoz los signos de tubulopatía (glucosuria, acidosis, elevación de la creatinina y proteinuria).

23. MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TARVAE. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ". CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR - VENEZUELA. Marisol Sandoval de Mora, José Rivas Chirinos, Desiree Santiago de Rivas, Mary C García M, Norka Balliache, Ysrael J Centeno.

Hospital Universitario "Ruiz y Paez".

El uso de la TARVAE ha reducido la progresión de la enfermedad y muerte entre los pacientes VIH, sin embargo, está asociada a la aparición de efectos adversos metabólicos, constituyendo riesgo de ECV. **Objetivo:** Determinar los marcadores de riesgo cardiovascular en pacientes VIH/SIDA que reciben TARVAE de la Unidad de Inmunología y Servicio de Infectología, referidos a la consulta externa de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, enero-junio. 2009. **Metodología:** Se realizó un estudio no experimental, de tipo descriptivo, transversal en 54 pacientes VIH, a quienes se les determinaron los factores de riesgo cardiovascular. **Resultados:** 66 % masculinos, razón 2:1, edad $44 \pm 9,96$ años, tiempo de diagnóstico fue $4,36 \pm 4,30$ años, tiempo de tratamiento fue $3,78 \pm 4,41$ años, 81,48 % recibieron TARVAE y 42,59 %, incluían en el esquema de tratamiento al menos un tipo de IP. La frecuencia de HTA fue 31,18 %, encontrándose el 22,22 % de los hipertensos en el grupo de TARVAE que no incluyó IP ($X^2=5,87$, g.l.=1, $p=0,01$), tabaquismo 44,44 %, historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura 57,41 %, sobrepeso 25,93 %, obesidad 20,37 %, dislipidemia aislada o combinada en 33,33 %, hipercolesterolemia total 1,85 %, hipercolesterolemia LDL 20,36 %, hipoalfalipoproteinemia 22,22 % e hipertrigliceridemia en 18,52 %, intolerancia a hidratos de carbono en 27,78 % e hiperuricemia en 12,96 %. El riesgo calculado para ECV a 10 años según el Framingham Heart Study fue bajo en el 68,52 % de la muestra, moderado en 29,63 % y sólo el 1,85 % tuvo riesgo elevado. No se encontró relación entre el tipo de terapia utilizada y el riesgo a los diez años de ECV ($X^2=0,23$, g.l.=1, $p=0,62$).

24. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIÓN POR VIH/ SIDA EN JÓVENES DE TRES MUNICIPIOS DE SAN SALVADOR. RESULTADOS PRELIMINARES. Tatiana Drummond Suinaga¹, Luis Bran², José Carvajal², Pilar Aparicio¹, Francisco Job¹.

¹Instituto de Salud Carlos III; ²Centro de Capacitación para la Democracia (CECADE). El Salvador.

En El Salvador para el año 2007 vivían 35.000 personas con infección por VIH, prevalencia 0,8 %. La vía de transmisión: relaciones sexuales (84,5 %) y el grupo etario más afectado: entre 15 y 49 años (83 %). Con el propósito de identificar los factores determinantes en el aumento del riesgo para la infección por VIH entre los jóvenes de El Salvador se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas entre los jóvenes de San

Salvador. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, transversal, ámbito comunitario en Quezaltepeque, Nejapa y Guazapa (San Salvador), con aplicación de encuestas tipo CAP a jóvenes que habitan en dichos municipios con edades de 18 a 24 años seleccionados mediante muestreo estratificado utilizando como criterio de estratificación el municipio, condición urbana vs ruralidad y sexo. La selección se realizó mediante muestreo sistemático al azar. La información fue analizada utilizando EPIINFO 3.5.1 **Resultados:** se incluyeron 400 jóvenes, 53 % mujeres, edad promedio: 19,49 años. El 68,5 % bachilleres. Más del 90 % tenía conocimientos sobre el VIH/ SIDA. 40,5 % logró identificar al menos 3 formas de transmisión, con diferencia entre mujeres (46,2 %) y hombres (34 %). El 49,3 % señaló 3 métodos preventivos (mayor conocimiento entre mujeres: 58 %). En cuanto a la percepción de riesgo el 73,8 % de los jóvenes manifestaron que ellos o algún conocido podrían estar infectados por el VIH. El 20 % de los encuestados tenía conductas estigmatizantes ante personas con infección por el VIH. **Conclusión:** deben realizarse campañas educativas tendentes a fomentar la prevención y disminuir la estigmatización entre los jóvenes.

25. ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EMBARAZADAS DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ, GUATEMALA. RESULTADOS PRELIMINARES. Tatiana Drummond¹, Francisco Job², Pilar Aparicio², Gloria Mayor², Laura Otero², Teresa Blasco², Asunción Diez².

¹Instituto de Salud Carlos III; ²Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, Guatemala.

Guatemala tiene una prevalencia de infección por VIH de 1 % de la población general, su forma de transmisión es mediante relaciones sexuales sin protección y la mayoría de casos de VIH están concentrados en zonas urbanas y en rutas comerciales. Existe poca información sobre la situación de la epidemia en la población maya guatemalteca. Considerando que el 54,5 % del Departamento de Baja Verapaz es de etnia maya, se plantea establecer la prevalencia y situación de la infección por el VIH y factores asociados en embarazadas de Baja Verapaz, así como sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación a dicha infección. **Metodología:** estudio descriptivo, transversal, de ámbito comunitario, con realización de 1.-pruebas diagnósticas rápidas de VIH de carácter confidencial, con consentimiento informado previo y 2.-Encuesta CAP a toda mujer con domicilio en el Departamento de Baja

Verapaz y que acudiera por embarazo al control prenatal a un servicio de salud. Resultados: se incluyeron 571 embarazadas, edad media 23,6 años. El 66,2 % fueron de etnia Maya. Todas las pruebas rápidas realizadas resultaron negativas. El 70,8 % había oído hablar sobre el VIH, un 40 % tiene creencias erróneas sobre los mecanismos de transmisión y sólo el 36,5 % de las mujeres mayas tenían nociones sobre el preservativo. Un 19,3 % de las mujeres mayas consideró tener riesgo para contraer el VIH. El 60 % de las mujeres mayas rechazan compartir actividades con personas infectadas con el VIH. Conclusión: deben realizarse campañas educativas con elementos que permitan la inclusión de las personas considerando diferencias culturales y étnicas.

26. PATRONES DE MUTACIONES DE RESISTENCIA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN FRACASO TERAPÉUTICO, PNSIDA/ITS-COMITÉ NACIONAL RESISTENCIA ARV, VENEZUELA 2008. Marbelys Josefina Hernández Pérez¹, Mario Comegna², Martín Carballo³, Leopoldo Deibis⁴, María Graciela López⁵, Miguel Morales⁶, Ernesto Alayo⁷, Anselmo Rosales⁸, Cristina Gutiérrez⁹, Gladys Ameli⁹, Yajaira Roldán¹⁰, Deisy Matos¹¹.

¹Componente Atención, Programa Nacional de SIDA/ITS, MPPS; ²Hospital José María Vargas, Caracas; ³Hospital Universitario de Caracas, Caracas; ⁴Instituto de Inmunología, UCV, Caracas; ⁵Hospital "J.M. de los Ríos", Caracas; ⁶Hospital Militar "Carlos Arvelo"; ⁷Ambulatorio Urbano tipo II Manoa, San Félix, Estado Bolívar; ⁸IVSS San Bernardino, Caracas; ⁹Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", Caracas; ¹⁰Hospital "José Ignacio Baldó", Caracas; ¹¹Programa Nacional SIDA/ITS, Ministerio Poder Popular para la Salud, Caracas.

Objetivo: Evaluar frecuencia de mutaciones asociadas a resistencia a antirretrovirales (ARVs) en pacientes infectados con VIH a quienes se realizó test de resistencia (TR) durante el 2008, en Venezuela. **Método:** Estudio retrospectivo. Se revisaron 115 fichas TR de pacientes en fracaso terapéutico discutidos en Comité Resistencia ARV de Venezuela (PNSIDA/ITS) en 2008. **Resultados:** 76,7 % eran masculino. 45 % había recibido 3 o más esquemas ARVs. 73 % presentaron mutaciones asociadas a resistencia secundaria a INTR, 33 % presentaron resistencia a INNTR y 50 % mostraron mutaciones resistencia a IP. 18 % presentaron resistencia a las 3 familias ARVs. Las mutaciones resistencia más frecuentes en región TR fueron: M184V (52,2 %), T215Y/F (37,4 %) y M41L (31,3 %). 36,5 % presentó 3 o más TAMS. 2 pacientes (1,74 %) presentaron

K65R. Mutaciones más frecuentes para ITRNN: K103N (32,2 %) y L100I (7,82 %). El complejo de multiresistencia Q151M solo 2 pacientes (1,74 %). En región P predominaron mutaciones: L90M (31,3 %), M46I (26,1 %) e I54L/M/V (16,5 %). I50L/V en 1,74 %. 16 % tenían 6 o más mutaciones para proteasa. **Conclusión:** Casi la mitad con múltiples esquemas ARVs. Las mutaciones encontradas frecuentemente asociadas a TR. En nuestra serie son infrecuentes mutaciones: 65R o 54V que comprometen a TDF o DRV, respectivamente. Del mismo modo, no es común encontrar los complejos de inserción que confieren resistencia a INTR. Estos datos están ampliándose para 2009 con data: historia ARV, tiempo en falla, primera falla a IPs y asociación con algunos factores como CV o CD4.

27. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES ADULTOS VIH/SIDA QUE INICIARON TARV EN HOSPITALES DE CARACAS/MPPPS, PROGRAMA NACIONAL DE SIDA/ITS, MPPS, ENERO-JULIO 2009. Marbelys Josefina Hernández Pérez¹, Deisy Matos², María Carolina Cedeño M³, Adilay Rivera⁴.

¹Componente Atención Programa Nacional de SIDA/ITS, MPPS; ²Programa Nacional de SIDA/ITS, Ministerio del Poder Popular para la Salud; ³Componente Atención, Programa Nacional de SIDA/ITS; Depósito SEFAR; ⁴Componente Atención, Programa Nacional de SIDA/ITS

Objetivos: Recolectar información sobre características de sexo, edad, CD4, carga viral (CV), clasificación clínica y esquemas de pacientes que iniciaron TARV en Caracas/MPPPS. **Metodología:** Se revisaron todas las fichas de solicitud aprobadas de inicio de TARV de Caracas/MPPPS, recibidas en el PNSIDA/ITS desde enero-julio 2009. **Resultados:** 617 pacientes iniciaron TARV en Caracas/MPPPS, mayoría Hospitales Universitario Caracas (HUC) (331/53,65 %) y Vargas (HV) (143/23,18 %). En su mayoría predominó sexo masculino (408/66,13 %), excepto Hospitales Maternidad Palacios y Algodonal con mayor frecuencia femenino 87,47 y 51,11 %, respectivamente. En 65,48 % iniciaron TARV menores 40 años (404/617), excepto Hospitales Militar y Catia, donde 71,49 % y 56,25 %, respectivamente en mayores 40 años. En 28,53 % (176/617) iniciaron TARV con CD4 entre 200-350 cel/mm³ y 380/617 (12,97 %) con más de 350 cel/mm³. Sólo 15,39 % (95/617) inició con menos 50 cel/mm³. En general, CV fueron menores de 100 000 copias (286/46,35 %). Sólo 21,24 % empezó TARV con CV mayor 100 000 copias, mayoría de Hospital Algodonal (21/45:46,67 %).

En 105/617 (17,01 %) no escribieron cifras CD4 y en 201/617 (32,41 %) no escribieron cifras de CV. En clasificación clínica, en Magallanes Catia, Militar y HUC, mayormente iniciaron en C, con 68,75 %; 57,14 % y 46,53 % respectivamente. 49,9 % iniciaron con esquemas IP/r, en mayoría MCP, Algodonal y HUC, 73,68; 57,78 y 52,96 % respectivamente. Discusión: Existe una guía de TARV consensuada en Venezuela. Estos resultados demuestran individualización de casos y estar a vanguardia en America Latina y mundo, si comparamos datos publicados de otros países. Cada vez más importante monitorear/ evaluar como se inicia TARV, necesario llenado correcto por médicos, de datos solicitados en ficha TARV.

28. SUSCEPTIBILIDAD IN VITRO DE CANDIDA SP. EN MUJERES INFECTADAS POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CENTRO ATENCIÓN INTEGRAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SIDA. CARABOBO, VENEZUELA. Luis González¹, Smirna Castrillo¹, Milvida Castrillo², Castrillo Nereida².

¹Universidad de Carabobo; ²CAI/ITS/SIDA

Objetivo: Determinar la susceptibilidad in vitro a los antifúngicos de *Candida* sp. provenientes de muestras vulvovaginales de mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana de la Consulta de Infectología del CAI/ITS/SIDA durante septiembre 2007 a febrero 2008. MÉTODOS: Se estudiaron 23 especies de *Candida*, identificadas con tinción de Gram, prueba de tubo germinativo, producción de clamidosporas, método API20CAUX; prueba de susceptibilidad por el método ATB Fungus 3. Cepas Control *C. parapsilosis* ATCC22019, *C. krusei* ATCC6258. Resultados y Conclusiones: Se identificaron: *Candida albicans* 35 % (8/23), *C. parapsilosis* 18 % (4/23), *C. glabrata* 18 % (4/23), *C. humicola* 13 % (3/23), *C. famata* 8 % (2/23), *C. krusei* 4 % (1/23) y *C. guilliermondii* 4 % (1/23). Todas las especies analizadas presentaron sensibilidad para la 5- fluorocitocina, anfotericina B y voriconazol. *C. glabrata* y *C. guilliermondii* fueron 100 % sensibles al itraconazol y fluconazol. *C. albicans* presentó para itraconazol y fluconazol 50 % (4/8) sensibilidad; 37,5 % (3/8) sensibilidad intermedia y 12,5 % (1/8) resistente. *C. parapsilosis* 100 % sensible al fluconazol, al itraconazol 75 % (3/4) sensible y 30 % (1/4) sensibilidad intermedia. *C. humicola* presentó para itraconazol y fluconazol 67 % (2/3) resistente y 33 % (1/3) sensible. *C. famata* 50 % (1/2) sensible y 50 % (1/2) resistente al itraconazol y fluconazol. *C. krusei* resistencia intrínseca al fluconazol, sensibilidad intermedia al itraconazol. La susceptibilidad general al

fluconazol fue del 65,2 % menor al reportado por el Programa de Vigilancia Antifúngico ARTEMIS 1997- 2005. Las pruebas de susceptibilidad, son necesarias con el fin de establecer la posible eficacia clínica y orientar al médico en su decisión terapéutica.

29. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HUÉRFANOS DEL VIH EN EL ESTADO ZULIA. FUNDACIÓN INNOCENS, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO – VENEZUELA. Arelis Lleras de Torres¹, Héctor Villalobos¹, Cecilia Bernardoni¹, Carlos Torres¹, Karla Acero¹, Marisol Benito¹, Mariluz Benito¹, Lizmar Torres².

¹Hospital Universitario de Maracaibo; ²Fundación Innocens

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad identificada por primera vez en 1981, la cual ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas, afecta directa e indirectamente a familias y comunidades enteras, dejando a millones de niños, niñas y adolescentes en orfandad. Este trabajo analiza la situación de orfandad de niños, niñas y adolescentes con VIH/ SIDA que acuden a la consulta VIH/SIDA de la FUNDACIÓN INNOCENS en el Departamento Pediátrico del Hospital Universitario de Maracaibo desde 1997. Materiales y Métodos: Se revisan las historias clínicas de 160 niños menores de 18 años que asisten a la consulta VIH/ SIDA recolectándose información sobre edad, sexo del paciente, existencia de los padres y presencia o no de la infección VIH/SIDA en ellos, parentesco del representante del niño. Resultados: De los 160 niños estudiados, 51 (31,87 %) se encuentran en situación de orfandad: materna 15 (29,41 %), paterna 20 (39,21 %) y de ambos progenitores 16 (31,37 %). La situación de orfandad expone al niño a las dificultades en mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral, rendimiento escolar y problemas psicológicos. La mayoría de nuestros niños en orfandad total son atendidos por un familiar, no tomándose previsiones para cuando ocurra ese evento. Recomendaciones: Concientizar a los padres y familiares del niño sobre la realidad y la necesidad de elegir el familiar con mayor disposición a asumir la custodia del niño. Las instituciones que prestan la atención al niño VIH deben preparar hogares sustitutos que le brinden el ambiente adecuado y los cuidados apropiados al tipo de paciente.

30. VIH COMO FACTOR RELACIONADO PARA TUBERCULOSIS EN EMBARAZADAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. CARACAS. VENEZUELA. Ana Carvajal¹, Elizabeth González¹,

Marisela Silva², Jean Pitteloud¹, Alberto Aché³, Marisela Silva², Marianela Rojas¹.

¹HUC. UCV; ²HUC; ³Instituto de Altos Estudios en Maracay.

Introducción: La tuberculosis es una de las enfermedades que puede presentarse en las mujeres embarazadas, causando morbilidad importante, tanto en la madre, como en el recién nacido. **Objetivo:** Determinar si el VIH es factor relacionado para tuberculosis en embarazadas evaluadas en el HUC. **Materiales:** Estudio descriptivo en embarazadas con tuberculosis, evaluadas en el HUC desde enero 2006 hasta diciembre de 2008, se analizan variables: edad, diagnóstico de VIH, localización de tuberculosis, tratamiento antituberculoso y profilaxis antirretroviral. **Evolución de la madre, el feto y el recién nacido (RN).** Para el análisis de los casos se utilizó tabla de Excel, se sacaron promedios simples y porcentajes. **Resultados:** Durante los años 2006, 2007 y 2008 fueron evaluadas en el HUC 10 embarazadas con tuberculosis, 2 el año 2006, 2 el año 2007 y 6 el año 2008. 5 (50 %) de las embarazadas estudiadas estaban coinfectadas con tuberculosis y VIH. La incidencia de tuberculosis en embarazadas con VIH fue 3,4 % (5/147) y en las embarazadas sin VIH fue de 0,03 % (5/17.163). La edad promedio de las pacientes con VIH fue de 25 años. La tuberculosis ganglionar fue la localización más frecuente en las embarazadas con VIH en un 60 %, mientras que en las embarazadas sin VIH la pulmonar fue la más frecuente en un 60 %. Mortalidad materna fetal y enfermedad diseminada fue observada sólo en las embarazadas coinfectadas con VIH, 1 de 5 casos (20 %) respectivamente. Linfocitos CD4 menor de 200 células, fue observado en el 60 % de las embarazadas con VIH. Todas las embarazadas con tuberculosis recibieron tratamiento anti TBC estándar. De las embarazadas con VIH, 40 % recibieron nevirapina más dos análogos de nucleósidos, 40 % recibieron lopinavir/ritonavir y 20 % (un caso) no lo recibió por efectos colaterales importantes. **Conclusión:** La presencia de VIH es un factor relacionado para tuberculosis y mortalidad en las mujeres embarazadas.

31. CANDIDIASIS VULVOVAGINAL EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CENTRO ATENCIÓN INTEGRAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA. CARABOBO, VENEZUELA. Smirna Castrillo¹, Milvida Castrillo², Nereida Castrillo², Mayvete Vigil².

¹Universidad de Carabobo; ²CAI/ITS/SIDA

Objetivo: Determinar el riesgo de presentar candidiasis vulvovaginal por especies diferentes a la *C. albicans* en pacientes infectadas con VIH. **Métodos:** Se estudiaron 50 mujeres (25 VIH positivas y 25 VIH negativas) que asistieron a la consulta durante el 2007, con diagnóstico clínico de candidiasis vulvovaginal. Examen al fresco con KOH 10 %, coloración de Gram. Las muestras se cultivaron en placas de agar sabouraud dextrosa con cloranfenicol, a las colonias aisladas se les realizó tinción de Gram, prueba de tubo germinativo y método API20CAUX para su identificación. **Resultados y Conclusiones:** Las edades oscilaron entre 17 y 50 años con una media de $31 \pm 3,81$ DS. Se identificó *Candida albicans* 70 % (35/50), y especies diferentes a la *C. albicans* 30 % (15/50). *C. parapsilosis* 12 % (6/50), *C. glabrata* 8 % (4/50), *C. guilliermondii* 6 % (4/50), *C. krusei* 4 % (2/50). El 67 % (10/15) de las especies diferentes a la *C. albicans* correspondieron a pacientes con VIH. El riesgo calculado de padecer candidiasis vulvovaginal por especies diferentes a la *C. albicans* en las pacientes infectadas por VIH fue elevado (OR= 2,67; IC95: 0,75-9,6). La candidiasis vulvovaginal recurrente encontrada en las pacientes con VIH fue del 36 % y 28 % en las pacientes sin VIH. La frecuencia de *C. parapsilosis* es superior a la obtenida en otros estudios realizados en países de América Latina. Es importante reflexionar sobre la importancia de utilizar procedimientos diagnósticos que permitan el tratamiento específico y un adecuado manejo de la vulvovaginitis.

32. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN EMBARAZADAS INFECTADAS CON VIH HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. CARACAS. VENEZUELA. Ana Carvajal¹, Elinor Garrido², Ana Ferreira¹, Kleira Cabrera², María Magdalena Barrios³, Marisela Silva³, Gustavo Salazar³.

¹HUC UCV; ²HUC. UCV; ³HUC.UCV

Introducción: El conocimiento de los factores epidemiológicos de las mujeres embarazadas con VIH, es fundamental a la hora de diseñar estrategias preventivas para este grupo poblacional. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, realizado en el HUC desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009, donde se analizan variables epidemiológicas como: edad, número de parejas sexuales, profesión, grado de instrucción, control de embarazo y acceso a protocolo de profilaxis antirretroviral y vía de adquisición del VIH. Las variables fueron analizadas en tabla de Excel. **Resultados:** Durante los años 2007 y 2008, fueron evaluadas en el HUC, 102 mujeres

embarazadas, tres fueron excluidas del estudio porque no continuaron su embarazo, debido a aborto. Quedando 99 pacientes para el análisis (52 el año 2007 y 49 el año 2008). El promedio de edad de las pacientes fue de 25,6 %. La mayoría de las mujeres embarazadas eran amas de casa (48,48 %). El nivel de instrucción fue: educación media diversificada en un 46,4 % y en segundo lugar educación primaria o básica en un 31,3 %. La mayoría de las gestantes de este estudio tenían dos o tres parejas sexuales (50,5 %). El embarazo fue controlado en una institución pública en un 74,7 %. Ochenta por ciento de las madres recibieron protocolo en el prenatal para evitar la transmisión vertical del VIH, solo profilaxis neonatal en un 6 %, desconocida o no reportado en un 12 %. La relación sexual fue la vía de adquisición del VIH en estas pacientes, antecedentes de drogadicción endovenosa no fue reportado. Conclusiones: La mayoría de estas mujeres embarazadas con VIH eran: jóvenes, amas de casa, con 2 ó 3 parejas sexuales, control de embarazo en instituciones públicas y acceso a protocolo de profilaxis ARV durante la gestación.

33. NIVELES DE LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UNIVERSIDAD DE CARABOBO. Milvida Castrillo¹, Smirna Castrillo², Nereida Castrillo¹, Marietta Alvarez².

¹CAI/ITS/SIDA; ²Universidad de Carabobo

Objetivo: Determinar los niveles de carga viral y linfocitos TCD4 en pacientes VIH positivos, con diagnóstico de otras infecciones de transmisión sexual que asistieron a la Consulta de Infectología del CAI/ITS/SIDA Carabobo, Venezuela; durante septiembre 2007 a febrero 2008. Métodos: El conteo de las células CD4+, se distribuyó en: 500 células/mL, entre 500 y 200 células/mL y 200 células/mL. La distribución de la carga viral se realizó en: 50, entre 50 y 399, entre 400 y 1000, y 1 000 copias RNA/mL. Resultados y conclusiones: En la mayoría de las ITS 50 % (70/140) los pacientes obtuvieron un conteo entre 200 y 500 células/mL: hepatitis B 45,1 % (23/51); hepatitis A 66,7 % (4/6); VPH 41,7 % (10/24); sífilis 57,1 % (12/21); herpes 62,5 (5/8); gonorrea 66,7 (4/6); tricomoniasis (1/1); candidiasis genital 59,1 % (13/22), con excepción del caso de hepatitis C (1/1) con 200 células/mL. Se evidenció que 36,2 % (50/138) de los pacientes con VIH presentaron una carga viral 50 copias RNA/mL, seguidos por 29 % (41/138) de pacientes que presentaron una carga viral 1 000 copias RNA/mL. La distribución

de los pacientes con carga viral de 1 000 copias ARN/mL fue: hepatitis B 42 % (21/50), hepatitis A 50 % (3/6), VPH 29,2 % (7/24), sífilis 33,3 % (7/21), herpes 25 % (2/8), gonorrea 33,3 % (2/6) y candidiasis genital 36,4 % (8/22); y en la carga viral 50 copias RNA/mL fue: hepatitis B 20 % (10/50), VPH 41,7 % (10/24), Herpes 50 % (4/8), sífilis 33,3 % (7/21), hepatitis C (1/1). En general, los pacientes mostraron una relación sistema inmunológico replicación viral, estable. Es importante evaluar la respuesta inmunológica como posible predictor de diversas respuestas terapéuticas empleadas en el manejo de los casos con infecciones crónica.

34. SARCOMA DE KAPOSÍ COMO SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTE CON SIDA. José Raúl Batista¹, Esther Feliz¹, América Rosa¹, Gustavo Parthé², Francis Moy¹, María Eugenia Guzmán¹, Eduardo Gayoso¹, María Omaña¹, Oswaldo Troconis¹, Norma Ruiz¹, Yrene Vásquez¹.

Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". ¹Dpto. Infectología; ²Dpto. Anatomía Patológica.

El tratamiento efectivo (TARGA) en los pacientes con SIDA, ha permitido retardar la aparición de diversas enfermedades con mejoras en la sobrevida. Cada vez, observamos con menos frecuencia el sarcoma de Kaposi (SK). El SK es una neoplasia ubicua, más del 50 % de las veces las lesiones cutáneas tienen compromiso visceral asociado, cuando producen manifestaciones clínicas se correlaciona a estados avanzados de pronóstico ominoso. Presentamos un caso de SK diseminado posterior al inicio de TARGA: Masculino, 34 años, promiscuo, HIV/ SIDA (Feb 09) recibe EFV/ABC/3TC (marzo 09), CV 116 919 copias/mL (21/04/09); CD4: 232 cell 21 % (30/03/09); neurosífilis tratada y TB pulmonar en 2da fase anti-TB, FI: 14/08/09 por presentar dos meses previos, tos persistente, expectoración blanquecina, un episodio de convulsión tónico-clónica, sialorrea y pérdida de la conciencia. Ex físico: Peso 40 kg; hemorragia conjuntival, lesiones violáceas en pies y muslo derecho previo al inicio de TARGA; las cuales se diseminaron luego de tres meses en tratamiento con antirretrovirales: a mucosas y vísceras. CD4: 362 cell 23 % (11/08/09), cultivo de médula ósea, LCR negativo; Laboratorio con trombocitopenia. Rx tórax: imagen radiopaca diseminada en ambos campos; TAC de cráneo sin lesiones; TAC tórax con contraste: imagen hiperdensa en todo el parénquima pulmonar, E.D.S: múltiples lesiones violáceas en mucosa oral, esofágica, gástrica y duodenal y nodulares no sangrantes. Nasofibrolaringoscopia: lesiones violáceas y

rojizas en rinofaringe, orofaringe. Biopsia pie: sarcoma de Kaposi (lesión en fase temprana, con extensa área de aspecto epitelioide); se planifica quimioterapia. Conclusión: Son limitadas las descripciones de SK bajo el contexto de síndrome de reconstitución inmunológica (SRI) asociada al tratamiento antirretroviral. El virus Herpes Simple tipo 8 juega un rol importante en la etiopatogenia de la enfermedad (30 % -50 %); el 15 % tiene afectaciones órgano específicas inusuales. En el caso descrito, la enfermedad inicial cutánea se diseminó a visceral y en mucosas tras el inicio de TARGA. Por lo que esta entidad, se debe añadir a la lista del síndrome de reconstitución.

35. ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS COMO PROBLEMAS DE SALUD DEL TRÓPICO, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA. Pedro Navarro¹, Luis A Colmenares², Nathalie Chacón³, Amando Martín⁴, Mario Elías³.

¹Universidad Central de Venezuela; ²Instituto Medicina Tropical; ³Hospital Universitario de Caracas; ⁴Pediatría Médica Infecciosa.

Las enfermedades tropicales generalmente tienen dos modos de transmisión: vectores infectados y vehículos contaminados con agentes infecciosos. Se describen dos casos de enfermedades infecciosas bacterianas adquiridas mediante el segundo modo de transmisión. Caso 1: Fiebre tifoidea. Masculino 33 años, caraqueño, procedente de Guinea Ecuatorial. Presentó cefalea intensa, mareos, cólicos abdominales, tos, fiebre diaria, escalofríos, lumbalgia y coluria. Se encontraba febril, taquicárdico, con palidez cutáneo-mucosa, dolor a la palpación abdominal, esplenomegalia y manchas rosadas en brazos y antebrazo. Epidemiología: Ingeniero, trabajando en Malabo (selva africana) en perforación petrolera. Comidas ambulantes en mercados. Ingería agua no potable. Se sospecha fiebre tifoidea e indicaron ciprofloxacina iv. Reacción de Widal +++, hemocultivo, coprocultivo *Salmonella enteritidis* variedad *typhi*, sensible a ciprofloxacina e imipenem. Mejoró, regresó a Venezuela para su control (Consulta de endemias rurales). Cuatro semanas después se encontraba asintomático. Caso 2: Brucelosis. Masculino de 10 años, procedente de Apure. Fiebre elevada nocturna, escalofríos, artralgias, sudoración y frialdad. Palidez cutáneo-mucosa y hepatoesplenomegalia dolorosa durante tres meses. Epidemiología: Labores de pastoreo en Biruaca. Ingesta de leche cruda de vaca. Leucocitosis con neutrofilia y elevación discreta de aminotransferasas hepáticas. Aglutinación en tubo, microaglutinación

en placa: anticuerpos positivos para *Brucella abortus*. Mercaptoetanol y Rosa de Bengala: positivos. Recibió durante cuatro semanas trimetoprim/sulfametoxazol y doxiciclina en dosis adecuadas para su edad y peso, con mejoría franca y egreso con tratamiento antimicrobiano ambulatorio. Seis meses después, estaba asintomático. La fiebre tifoidea se adquirió como enfermedad del viajero en área hiperendémica y brucelosis como enfermedad ocupacional en llanos venezolanos.

36. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN MIEMBROS INFERIORES: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA. Pedro Navarro¹, Virginia Coraspe², Luis Colmenares¹, Olinda Delgado¹, Silvia Silva¹, Marisel Miquilareno¹, María De La Parte¹, Nathalie Chacón³, Elinor Garrido¹.

¹Universidad Central de Venezuela; ²Hospital Universitario De Caracas; ³Universidad Central de Venezuela.

La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es una zoonosis parasitaria preponderante en el medio rural venezolano. La variante cutánea localizada se caracteriza por lesiones ulceradas típicas en áreas anatómicas descubiertas del cuerpo. Se describen 108 pacientes con LTA por úlceras localizadas en los miembros inferiores: 55 % pacientes del género masculino; 72 % pacientes adultos; 74 % procedente del estado Miranda; 19 % dedicados a actividades agrícolas; 85 % residentes en áreas endémicas y 15 % en viajeros ocasionales. El 65 % de los pacientes presentaba una sola úlcera; 17 % había recibido inmunoterapia para la leishmaniasis; 39 % recibieron cefadroxilo por vía oral, por procesos infecciosos piógenos sobreagregados. El diagnóstico presuntivo se efectuó por la clínica y la procedencia epidemiológica; el diagnóstico de certeza se realizó por la determinación de anticuerpos fluorescentes indirectos anti-leishmania, la prueba de la leishmanina y la determinación de amastigotes en un frotis de un segmento de piel afectada coloreado con Giemsa. Los pacientes fueron tratados con series terapéuticas de antimonio de meglumina (AM) durante 10 días con los reposos intermedios correspondientes: 55 % (adultos) a razón de 3 000 mg/día; 24 % (niños) a 70 mg/kg/día y 11 % (adultos) a 4 500 mg/día. No se identificaron efectos adversos importantes que obligaran a suspender la terapia. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente y seis meses después, estaban completamente reestablecidos, con la re-epitelización completa del tejido cutáneo

y la desaparición de nódulos satélites. Aunque las úlceras en miembros inferiores tienden a cicatrizar con mayor lentitud, un esquema terapéutico individualizado, permitió optimizar la resolución clínica de la LTA.

37. CHAGAS AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Joanne Arveláez Pascucci, Mercedes Kleira Cornieles Cabera, María Magdalena Barrios, María Eugenia Landaeta.

Hospital Universitario de Caracas.

La enfermedad de Chagas-Mazza es una antroponosis característica del continente americano; en especial, de América Latina, donde se encuentra muy diseminada. Producida por un protozoo flagelado denominado *Trypanosoma cruzi*, parásito unicelular que se transmite a través de triatomíneos. En Venezuela, la enfermedad de Chagas se considera como un problema de riesgo para aproximadamente 6 millones de personas que viven en 198 municipios de 14 entidades federales, dentro de un territorio de 101 488 Km²; que incluye entre los estados más afectados a Trujillo, Lara, Portuguesa y Barinas. Se presenta caso de una paciente femenina de 13 años de edad, procedente de Chichiriviche de la Costa, quien presenta enfermedad actual de 2 semanas de evolución, caracterizada por fiebre no cuantificada, dolor abdominal tipo cólico y cefalea. Se le realiza serología para Chagas, resultando positiva (IgM). Se inicia tratamiento con benznidazol, y en vista de dilatación de 4 cavidades cardíacas y taquicardia es evaluada por cardiología infantil quienes plantean miocarditis aguda de probable etiología chagásica. Se continúa tratamiento con benznidazol durante una semana, en vista de evolución satisfactoria egresa. En Venezuela se han descrito 3 brotes de enfermedad de Chagas agudo en los últimos años: San Juan de los Morros, Municipio Chacao y en el Estado Vargas, de donde proviene el caso que describimos. En vista de ser una entidad clínica cada vez más frecuente en nuestro medio, debe sospecharse para su diagnóstico y tratamiento oportuno. Palabras clave: Chagas agudo, miocarditis chagásica.

38. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LUPUS EN PACIENTE ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UCV. VENEZUELA. Rosa Khalil¹, Daniel Tepedino², Alberto Millán², Jesús Viera², Belkys Noya³, Raiza Ruiz⁴.

¹Hospital Universitario de Caracas. UCV. Venezuela;

²Hospital universitario de Caracas. UCV; ³Instituto de Medicina Tropical. UCV; ⁴Instituto de Medicina Tropical. UCV

Propósito: Reporte de caso con Chagas en relación a paciente con lupus eritematoso sistémico. Caso clínico: Paciente de 17 años, asintomática, cuando presenta síndrome febril prolongado de 3 meses de evolución, con poliartalgia de grandes y medianas articulaciones. Con leucopenia, trombocitopenia, VSG en 90 mm (1era hora), anticuerpos antinucleares 4+ y anticuerpos anti-ADN de doble cadena 4+. Inició tto con prednisona 1 mg/kg/día por un mes desaparece fiebre, y persiste resto de los síntomas. Referida al HUC, con fiebre, rash malar, adenopatías, síndrome poliarticular, con disminución de la intensidad de los ruidos cardíacos. RX con cardiomegalia. Ecocardiograma con derrame pericárdico sin taponamiento cardíaco. Evolución intrahospitalaria se evidencia IgG positiva para *Toxoplasma spp* y Chagas, igualmente IgM e IgG para dengue. Gotas gruesas negativas y dos reacciones de cadena de polimerasa para Chagas negativas. Electroforesis de proteínas patrón policlonal. Se inició tto con benznidazol. Con mejoría de fiebre y derrame pericárdico. 4to día se asocia, emesis incoherente, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, derrame pleural bilateral, ascitis, consumo de complemento, elevación de aminotransferasas y bilirrubina con patrón mixto. Se omitió el benznidazol e inició nifurtimox y metilprednisolona a manera de pulsos por 3 dosis con mantenimiento con prednisona 1 mg/kg/día. La RMN de cráneo mostró vasculitis de SNC. A los 5 días cesa fiebre, resolución pancitopenia, serositis y síndrome convulsivo. No hubo otros hallazgos patológicos clínicos o complementarios que sugirieran una etiología diferente a la enfermedad de Chagas y LES.

39. ESTUDIO DE CASOS DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTIL DIAGNOSTICADOS EN EL ÁREA DE LA GRAN CARACAS – VENEZUELA.

Rebeca Pérez¹, Arantza Rosello¹, Willi Neumann², María T Colella², Celina Pérez², Claudia Hartung², Salha Abdul-Hadi³, Sylvia Magaldi⁴, María Eugenia Landaeta¹, María I Calatroni⁴, Sofia Mata Essayag⁴.

¹Instituto de Medicina Tropical; ²Sección de Micología Médica IMT – UCV; ³Sección de Hematología, IMT – UCV; ⁴Sección de Micología Médica IMT – UCV.

La paracoccidiodomicosis pocas veces afecta a niños. No es de denuncia obligatoria y su verdadero impacto en la población infantil es desconocido. El objetivo fue determinar el número de casos de paracoccidiodomicosis infantil diagnosticados en centros de salud de la Gran Caracas, en niños con edades entre 0–15 años. Se utilizó una ficha de recolección de datos; se revisaron 420 historias con diagnóstico de paracoccidiodomicosis, de

las cuales 33 (7,9 %) fueron niños menores a 15 años. La media de la edad: 7,97 años; el sexo masculino predominó (69,7 %), la razón masculino-femenino fue 1,5:1 en niños con edades de 0-7 años y 5,5:1 entre 8-15 años. La mayoría de los pacientes procedían del Estado Miranda 12 (40 %) seguido del Distrito Capital 9 (30 %). En 26 casos se clasificó la enfermedad, encontrando que 24 (92,3 %) desarrollaron la forma aguda. Las principales manifestaciones clínicas, precisadas en 25 historias fueron: fiebre 18 (72 %), adenomegalias 16 (64 %), hepatomegalia 12 (48,0 %) y esplenomegalia 11 (44 %). De 24 casos que tenían datos de laboratorio se observó que la eosinofilia y la anemia fueron los principales hallazgos. El diagnóstico micológico se realizó por serología en 24 (72,7 %) casos, biopsia 11 (45,8 %), examen directo 3 (12,5 %) y cultivo 1 (4,2 %). Conclusiones: la paracoccidioidomicosis infantil es una entidad infrecuente, que se observa en 7,9 % de los casos. Las manifestaciones más frecuentes son fiebre, adenomegalias y hepatoesplenomegalia. El diagnóstico de la paracoccidioidomicosis aguda infantil, siempre debe ser considerado en niños con edades de 0-15 años, en Venezuela. Palabras clave: micosis sistémica, paracoccidioidomicosis infantil, eosinofilia, adenomegalias, hepatomegalia, esplenomegalia.

40. SUSCEPTIBILIDAD ANTIFUNGICA AL FLUCONAZOL Y VORICONAZOL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CANDIDEMIA EN LOS HOSPITALES UNIVERSITARIO DE CARACAS Y "DR. DOMINGO LUCIANI". CARACAS – VENEZUELA. Heidi Reyes¹, Rosa Pabón², Joel Torres¹, Nayila Báez², Elizabeth Mejía¹, Axel Santiago².

¹Hospital del Este "Dr. Domingo Luciani"; ²Hospital Universitario de Caracas.

Con el propósito de conocer la distribución de especies del género *Candida* asociadas a candidemia y determinar la susceptibilidad a fluconazol y voriconazol, se recolectaron 997 aislados provenientes de muestras de sangre, entre enero 1999 diciembre 2008. Las mismas fueron identificadas por métodos micológicos clásicos y la concentración mínima inhibitoria se realizó siguiendo el documento M44-A-CLSI, usando el sistema de lectura de placas por análisis de imágenes BIOMIC. Encontrándose una distribución por especie: *C. parapsilosis* (28,6 %), *C. albicans* (19,4 %), *C. tropicalis* (15,6 %), *C. glabrata* (6,7 %), *C. guilliermondii* (1,2 %), *C. lusitania* (1,0 %), *C. intermedia* (0,6 %), *C. pelliculosa* (0,6 %), *C. sake* (0,5 %), *C. krusei* (0,4 %) y *C. spp* (25,4 %). Se observó

un aislamiento de *C. no albicans* (80,6 %) sobre *C. albicans* (19,4 %). La susceptibilidad *in vitro* de los aislados (S, SDD o R) fue *C. parapsilosis* 96,1 %, 3,2 % y 0,7 % y 99,6 %, 0,4 % y 0,0 % para fluconazol y voriconazol respectivamente. La susceptibilidad al fluconazol fue para *C. glabrata* (34,3 % S; 16,4 % R), *C. guilliermondii* (75,0 % S; 8,3 % R) *C. pelliculosa* (83,3 % S; 16,7 % R) y *C. krusei* (100 % R). Voriconazol fue más activo que fluconazol contra todas las especies, excepto *C. tropicalis* (97,4 % S a fluconazol versus 92,9 % S a voriconazol). La diversidad de levaduras y su variada susceptibilidad a los antifúngicos evaluados sugiere la necesidad de identificación hasta especie de *Candida no albicans* obtenidas de muestras biológicas. Estos resultados muestran la situación de la candidemia en los hospitales estudiados, recomendando una investigación en todo el país para obtener resultados más concluyentes.

41. ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS. HOSPITAL VARGAS. CARACAS- VENEZUELA. Suhail González, Laura Sánchez, Jeniffer Lamorell, Ana Quijada, Víctor Saravia, Julio Castillo, Andreína Sánchez, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.

Hospital Vargas, Caracas.

Aspergillus es un hongo saprófito que suele diseminarse por el aire, la puerta de entrada más frecuente en el huésped es la vía respiratoria. Las especies de *Aspergillus* que con mayor frecuencia afectan a los seres humanos son: *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. terreus* y *A. niger*, especialmente a pacientes severamente inmunodeprimidos. La infección puede ocurrir en diferentes aparatos y sistemas, sin embargo, los más frecuentes son: aspergilosis pulmonar y rinosinusal. De forma ilustrativa se describirán dos casos: Paciente femenina de 28 años de edad con diagnóstico de leucemia mieloide aguda quien a pesar de antibióticoterapia de amplio espectro (imipenem/vancomicina/amikacina) y antifúngicos (anfotericina B) persiste febril, taquicárdica y taquipnéica. Al examen físico se observó en tórax anterior lesión redondeada de bordes regulares con fondo necrótico cuya biopsia reporta la presencia de hifas tabicadas sugestivas de *Aspergillus*. En la tomografía de tórax se apreciaba imagen típica del signo del halo. Paciente femenina de 78 años de edad con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda con múltiples recaídas, quien presentó dolor facial, aumento de volumen y signos de flogosis en región maxilar izquierda con salida de secreción y

detritus por fosa nasal ipsilateral con resultado de biopsia de mucosa nasal positiva para *Aspergillus*. Casos observados en el transcurso de este año a propósito de las remodelaciones que se realizan actualmente, entidad clínica frecuente que debe llamar la atención en pacientes neutropénicos severos.

42. MICOSIS PROFUNDAS CON AFECTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES PROCEDENTES DE UN ÁREA URBANA. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS. PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR, AÑO 2009. Ernesto Alayo¹, Natali González², Gustavo Cubillán², Francisco Castro³, Julman Cermeño⁴, Sofía Mata⁵.

¹Clinica Chilemex; ²Clinica Chilemex; ³Clinica Puerto Ordaz; ⁴Laboratorio Undibibo; ⁵Instituto de Medicina Tropical UCV.

Introducción: Las micosis profundas endémicas en nuestro país incluyen histoplasmosis, paracoccidioidomicosis y coccidioidomicosis, esta última confinada a áreas entre Lara, Falcón y Zulia. Histoplasmosis suele verse en su forma diseminada y de evolución sub-aguda en pacientes con inmunocompromiso, especialmente en casos de infección VIH-SIDA, en los que constituye la micosis profunda más frecuente. También se describen casos sin inmunocompromiso evidente. Paracoccidioidomicosis suele afectar a hombres adultos, en regiones tropicales húmedas. **Objetivo:** Describir características y evolución clínica de 5 pacientes con micosis pulmonar. **Metodología:** Reportamos nuestra experiencia con 5 pacientes evaluados durante el 2009, procedentes de la ciudad de Puerto Ordaz, con diagnóstico de micosis pulmonar. **Resultados:** Cuatro hombres y una mujer con edades entre 21 y 61 años, fueron evaluados por neumonía de evolución sub-aguda; habían sido tratados en otros centros, con antibióticoterapia de amplio espectro, sin mejoría. A todos fue diagnosticado paracoccidioidomicosis y en la mujer se evidenció co-infección con histoplasma. Tenían antecedentes de visitas frecuentes a zonas rurales. Las manifestaciones clínicas principales incluyeron fiebre, tos, expectoración blanquecina y disnea. Entre los paraclínicos se observó leucopenia y LDH aumentada en la mayoría de ellos. El diagnóstico se hizo por examen directo del esputo o secreciones bronquiales, con KOH o Giemsa. La respuesta al tratamiento con itraconazol oral fue favorable, excepto en el caso de la paciente co-infectada con histoplasma, quien recibió, adicionalmente, anfotericina B y evolucionó tópidamente, hasta fallecer. **Conclusiones:** La infección por hongos debe ser considerada en pacientes con síntomas respiratorios de evolución

sub-aguda, aun sin factores de riesgo habituales o inmunocompromiso evidente.

43. VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA DE CEPAS VENEZOLANAS DE *CANDIDA SPP.* A LOS ANTIFÚNGICOS (2006-2008). INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL”. CARACAS - VENEZUELA. Mercedes Panizo, Vera Reviakina, Maribel Dolande, Giuseppe Ferrara, Nataly García.

Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”.

El objetivo de este trabajo fue determinar el perfil de susceptibilidad in vitro de *Candida spp.* a cuatro antifúngicos en cepas venezolanas y conocer su distribución por especies. Se estudiaron 215 aislamientos de *Candida spp.* provenientes de muestras clínicas de 15 centros hospitalarios durante tres años (enero 2006 – diciembre 2008). La identificación de las levaduras se realizó por la metodología convencional y se determinó la susceptibilidad a anfotericina B, fluconazol, itraconazol y voriconazol por la técnica de Etest®. Las especies de *Candida no albicans* fueron las más frecuentemente aisladas (70,7 %), en comparación con *C. albicans* (29,3 %). Se realizaron pruebas de susceptibilidad en 201 aislamientos, encontrándose un 6,5 % de resistencia a fluconazol, 14,4 % de resistencia a itraconazol, 1 % de resistencia a voriconazol y rangos de CMI para anfotericina b entre <0,002 y 1,5 µg/mL. *C. albicans* se mantiene como la especie más sensible a fluconazol e itraconazol (P<0,05) en comparación con las especies de *Candida no albicans*. *C. krusei* fue la especie con mayor resistencia cruzada a los azoles, seguida de *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*. Es muy importante realizar la identificación hasta especie de las levaduras del género *Candida* provenientes de muestras clínicas, debido a que se presentan variaciones en cuanto a la distribución y los patrones de susceptibilidad de *Candida spp.* según el centro hospitalario, el tipo de muestras clínicas analizadas y la región geográfica donde se realicen los estudios. El Departamento de Micología del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, funciona como centro nacional de referencia y se encarga de la vigilancia de la resistencia a los antifúngicos, realizando las pruebas de susceptibilidad a cepas provenientes de hospitales públicos que no cuentan con diagnóstico micológico.

44. DIAGNÓSTICO DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL DEPARTAMENTO DE MICOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL” (2001-2008). CARACAS - VENEZUELA. Maribel Dolande, Mercedes Panizo,

Vera Reviakina, Giuseppe Ferrara, Nataly García.
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".

El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia de diagnóstico de las micosis superficiales en el Dpto. de Micología del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" durante 8 años. Se revisaron las historias micológicas de los pacientes que acudieron a la consulta de Micología en el Dpto. de Micología del INHRR con diagnóstico presuntivo de micosis superficial desde enero de 2001 hasta diciembre de 2008. Las muestras procesadas incluyeron uñas, pelos y escamas epidérmicas. A todas las muestras se les realizó examen directo con KOH al 10 % o 20 % más tinta Parker® y cultivo en los medios de Sabouraud más antibióticos, Mycosel® y Lactrimel. La identificación de los hongos se realizó mediante observación macro y microscópica de las colonias, y usando pruebas de identificación convencionales (bioquímicas y fisiológicas) según requerimientos del agente aislado. En el caso de las escamas epidérmicas para investigar *Malassezia spp.*, sólo se realizó examen directo. De 3 770 muestras procesadas en 8 años, 1 824 correspondieron a muestras para diagnóstico de micosis superficiales (48,4 %). De éstas, 594 (32,6 %) resultaron positivas para algún tipo de micosis superficial y su distribución por tipo de agente etiológico involucrado fue: 481 (81 %) dermatofitos, 87 (14,6 %) levaduras y 26 (4,4 %) hongos no dermatofitos. Las dermatofitosis son las entidades clínicas más frecuentes dentro de las micosis superficiales diagnosticadas en el Dpto. de Micología del INHRR. Es fundamental realizar el diagnóstico micológico para establecer la etiología de estas enfermedades e implementar la terapia correcta, así como contar con personal y laboratorios especializados en el área. Esta casuística es un aporte importante al conocimiento de las micosis superficiales en nuestro país.

45. NEUMOCISTOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS (2001-2008). INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS - VENEZUELA. Mercedes Panizo¹, Vera Reviakina¹, Xiomara Moreno², Rafael Napoleón Guevara², Ana María Cáceres², Raúl Vera², Carlos Sucre², Esther Arbona², Mirtiliano León².

¹Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"; ²Instituto Médico La Floresta.

El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia de neumocistosis en pacientes con enfermedades oncológicas, mediante un análisis retrospectivo de historias micológicas en un período de 8 años. Se procesaron 62 muestras clínicas de

pacientes con enfermedades oncológicas usando la técnica de inmunofluorescencia directa. La edad promedio de los pacientes fue de $54,8 \pm 17$ años (rango de 4 – 80 años), con 32 pacientes del género masculino y 30 del género femenino. Se diagnosticaron 21 casos de neumocistosis (34 %) y la frecuencia de la enfermedad varió según el tipo de enfermedad oncológica: tumores sólidos 26,3 % (10 de 38), leucemias 50 % (5 de 10), linfomas (41,7 %) (5 de 12) y otras 50 % (1 de 2). La mayoría de los pacientes tenía tratamiento con corticosteroides (32,3 %), quimioterapia (45,2 %), antibióticos de amplio espectro (59,7 %), antifúngicos (14,5 %) y radioterapia (4,8 %). La muestra procesada con mayor frecuencia fue el esputo espontáneo (42 %), seguido del lavado bronquial (29 %) y ambas muestras tuvieron un excelente rendimiento para el diagnóstico de la enfermedad. Este estudio demostró que la neumocistosis es un problema de salud importante en individuos inmunocomprometidos y que existen diferencias en la frecuencia de la misma relacionada con el tipo de enfermedad oncológica. La inmunofluorescencia directa es una técnica sumamente útil para el diagnóstico de la neumocistosis y sus resultados dependen de una muestra en óptimas condiciones y de la experiencia del personal de laboratorio a cargo del diagnóstico.

46. ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E HISTOPLASMA CAPSULATUM EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Marianela Josefina Rojas Rosales, María Magdalena Barrios B, Kleira Cabrera, Joanne Arveláez, María Eugenia Landaeta, Juan Rivas, Luis Gutiérrez, Sofía Mata.

Hospital Universitario de Caracas.

Resumen: La tuberculosis (TB) músculo esquelética es una forma de presentación infrecuente, constituyendo 1 % - 5 % de los casos. De los cinco síndromes de TB osteomuscular, el más común es la enfermedad de Pott (50 %), seguido por artritis (30 %), y menos frecuentemente (20 %) dactilitis, tenosinovitis y enfermedad de Poncet. Se han descrito pocos casos de histoplasmosis articular, siendo la rodilla la más afectada. No se encontraron casos reportados de coinfección articular por ambos microorganismos. Se describe un caso de artritis séptica de rodilla por *Mycobacterium tuberculosis* e *Histoplasma capsulatum* en un paciente inmunocompetente: masculino, 61 años, inicia EA hace 1 ½ año con aumento de volumen y dolor en rodilla derecha

de moderada intensidad, 6 meses después aumento de volumen en región poplítea con dolor y limitación funcional; acude a traumatólogo quien realiza artrocentesis con mejoría parcial, ingresa para estudio. Examen físico: aumento de volumen en región poplítea y rodilla derecha, ligero rubor y dolor a la palpación; limitación para la flexo-extensión. Laboratorio: neutrofilia, anemia. Líquido articular: pleocitosis a predominio mononucleares, Ziehl Neelsen: BAR. PCR de *Mycobacterium tuberculosis*: Positiva. Cultivo: positivo para *Histoplasma capsulatum*. RMN rodilla derecha: LOE quístico en región poplítea, Quiste de Baker 14 cm diámetro, Severos cambios osteodegenerativos gonartrosicos, signos de osteonecrosis, meniscopatía degenerativa. Se inicia tratamiento con anfotericina B y Anti-TB 4 drogas, con evolución clínica lenta pero satisfactoria. Conclusión: A la luz de nuestro conocimiento es el primer caso de coinfección por *Mycobacterium tuberculosis* e *Histoplasma capsulatum* de localización articular en un paciente inmunocompetente descrito en Venezuela.

47. CANDIDEMIA EN VENEZUELA. RED DE VIGILANCIA A LOS ANTIFÚNGICOS. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS-VENEZUELA. Maribel Esperanza Dolande Franco¹, Mercedes Panizo², Vera Reviakina², Giuseppe Ferrara³, Xiomara Moreno⁴, Carolina Macero⁴, Ana María Cáceres⁴, Marisela Cordido⁵, Manuel Guzmán Blanco⁶, Ybed Perdomo⁶, Francis Bertuglia⁷, Alberto Calvo⁷, Druvic Lemus⁸, Alfonso José Guzmán⁵.

¹Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"/Clínica Santa Sofía; ²Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel; ³Centro Médico Loira/INHRR; ⁴Instituto Médico La Floresta; ⁵Centro Médico de Caracas; ⁶Laboratorio Clínico Sánchez Font; ⁷Policlínica Metropolitana; ⁸Centro de Investigación. UDO-Anzoátegui.

La candidiasis invasora (CI) se define como una enfermedad oportunista grave que incluye candidemia, endocarditis, meningitis, endoftalmitis y afectación de diversos órganos profundos. La CI tiene un impacto importante en la morbilidad, con una mortalidad que oscila entre el 20 % al 50 %. La candidiasis nosocomial se está convirtiendo en un problema de salud relevante a nivel mundial ya que representa el 10 % de las sepsis y nuestros centros hospitalarios no escapan a esta realidad. Se identificaron 111 aislados de levaduras hasta género y especie provenientes de sangre en pacientes críticos de 8 centros de salud (6 de Caracas, 1 de Valencia y 1 de Pto. La Cruz) en 10 meses (nov 2008-agosto 2009). La identificación se realizó por métodos automatizados, convencionales,

morfología en agar harina de maíz y agar cromogénico para *Candida*. A todas las especies se les determinó la susceptibilidad por método de Etest® para fluconazol, voriconazol, anfotericina B y caspofungina. La distribución general por especie fue: *C. parapsilosis* 48 %, *C. tropicalis* y *C. albicans* 17 %, *C. glabrata* y *C. pelliculosa* 5 %, *C. krusei* 3 %, *G. Cuilliermondii* y *P. anomala* 2 % y *C. utilis* 1 %. Todas las especies fueron 100 % susceptibles a voriconazol, anfotericina B y caspofungina, para fluconazol se detectó 95,5 % susceptible, 1,8 % susceptible dosis-dependiente y 2,7 % resistentes. Es necesario el diagnóstico precoz de la CI, identificación hasta especie, debido a que el predominio de *Candida no albicans* (83 %) superó a *C. albicans* (17 %) y la detección de la resistencia a los antifúngicos, estos factores constituyen herramientas básicas para el control, tratamiento y prevención de la candidiasis nosocomial.

48. ACTIVIDAD IN VITRO DE TIGECYCLINA Y ONCE COMPARADORES CONTRA ACINETOBACTER BAUMANNII AISLADOS EN CARACAS, BARQUISIMETO PORLAMAR, VALENCIA, MARACAIBO-VENEZUELA 2008. Belisario José Gallegos García¹, Yenis Fuenmayor², Luis Gallegos L³, Maritza Pineda⁴, German Angeli⁵, Zenaida Castillo⁶, Alfredo López S⁷, Rafael Roas⁸, Carmen H Acevedo⁹.

¹Universidad del Zulia. Policlínica San Luis; ²Policlínica San Luis, Maracaibo; ³Policlínica Amado Maracaibo; ⁴Centro Referencia Bacteriológica HUM; ⁵Centro Médico La Fe Porlamar; ⁶Centro Médico Guerra Méndez Valencia; ⁷H. Domingo Luciani Caracas; ⁸H. Central Barquisimeto; ⁹Laboratorios Wyeth S.A. Caracas.

Objetivo. Tigecyclina (TYG) muestra marcada actividad *in vitro* contra varios patógenos, incluyendo cepas multirresistentes. Determinar la susceptibilidad de TYG de un total de 125 cepas multirresistentes de *A. baumannii* aisladas en Centros hospitalarios de Venezuela (Caracas, Barquisimeto, Porlamar, Valencia y Maracaibo) durante 2008. Metodología: CIMs fueron determinadas en un laboratorio central (Maracaibo) mediante el método de microdilución aprobado por CLSI utilizando paneles MicroScan® (Dade Behring Inc., CAEE.UU) y mediante método de difusión en disco. Criterios de aprobación del FDA fueron aplicados para TYG y del CLSI para los comparadores. Resultados: TYG mostró excelente actividad *in vitro* contra *A. baumannii* con un 100 % de susceptibilidad con CIM $90 \leq 0,5 \mu\text{g/mL}$ con rangos de $0,06 - 0,5 \mu\text{g/mL}$. Correlación entre CIM y método de difusión fueron observados para TYG con diámetros de inhibición $> 20 \text{ mm}$ en todos los aislamientos. Alta

resistencia se demuestra en los comparadores: Meropenem con (91 %) de resistencia y con CIM 90 > 16 µg/mL; Piperacilina - Tazobactam con (90 %) de resistencia con CIM 90 > 128 µg/mL. Ampicilina (97 %) de resistencia y con CIM90 > 32 µg/mL. Ceftriaxona (74 %) de aislados resistentes con CIM90 > 64 µg/mL; Ceftazidime (65 %) de aislados resistentes con CIM > 32 mcg/mL; Cefepime (73 %) de cepas resistentes y con CIM90 2 -> 32 µg/mL Amikacina (39 %) cepas resistentes, (34 %) cepas intermedias y con CIM 90 4 -> 32 µg/mL. Conclusiones: Los datos obtenidos sugieren que TYG, puede ser una buena alternativa para el tratamiento de infecciones por *A. baumannii* multirresistentes. Los resultados corroboran que existe una correlación entre CIMs mediante microdilución y el método de difusión en disco como método de actividad *in vitro*. Palabras clave: *A. baumannii*. Multirresistencia. Tigecyclina. *In vitro*.

49. A PROPÓSITO DE UN CASO: *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* RESISTENTE A MEROPENEM AISLADA DE UNA NIÑA DE 5 AÑOS. HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS". CARACAS-VENEZUELA 2009. Mirna Torres¹, Nirvia Cuaical¹, Celene Villarroel¹, Yoanna López¹, Carmen Ugarte², Eneida Perdomo¹, Daniel Marcano³, Luis Torres⁴.

¹Hospital de Niños "JM de los Ríos"; ²Hospital de Niños "JM de los Ríos"; INHRR; ³Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"; ⁴Escuela de Bioanálisis UCV.

Durante el segundo semestre de 2008 en el Hospital de Niños "J.M de los Ríos", *K. pneumoniae* representó el 88,9 % de aislados productores de β-lactamasas de espectro extendido (ESBLs) en coprocultivos de pacientes hospitalizados. Los carbapenems han sido empleados como última opción terapéutica en pacientes que poseen estos aislamientos; según el grupo PROVENRA se han incrementado el número de aislados resistentes a estos antimicrobianos de 4,0 % y 1,5 % en el año 2007 a ertapenem y meropenem respectivamente a 4,4 % y 2,4 % en 2008. Durante el mes de abril, de una niña de 5 años hospitalizada en el servicio de Medicina II, en una muestra de heces se aisló e identificó por pruebas bioquímicas convencionales y por método automatizado (Vitek 1) una cepa de *K. pneumoniae*, perfil de susceptibilidad por método de difusión en disco (CLSI 2009) demostró resistencia a meropenem, ertapenem, aminoglicósidos, trimetropim sulfametoxazol, inhibidores de betalactámicos y sensibilidad a quinolonas e imipenem. Se realizó la detección fenotípica de mecanismos de resistencia enzimáticos (test de Hodsuda y Hodge)

obteniéndose resultados negativos y por técnicas de biología molecular (PCR) se determinó la presencia de ESBLs CTX-M-2. Esta resistencia a los carbapenems puede estar asociada a defectos en la permeabilidad de la membrana (pérdida de porinas) aunado a la presencia de la CTX-M-2 detectada; siendo el primer reporte que se realiza en la institución, lo cual requiere la aplicación de medidas de control epidemiológicas efectivas para evitar su diseminación.

50. PREVALENCIA DE ENTEROCOCOS RESISTENTES A VANCOMICINA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS" (2006-2008). CARACAS-VENEZUELA. Mirna Torres¹, Nirvia Cuaical¹, Celene Villarroel¹, Yoanna López¹, Carmen Ugarte², Eneida Perdomo¹, Daisy Payares³.

¹Hospital de Niños "JM de los Ríos"; ²Hospital de Niños "JM de los Ríos"; INHRR; ³Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".

La resistencia de enterococos a vancomicina, se asocia a ocho genotipos (VanA al VanL). En Latinoamérica se estima una prevalencia de enterococos resistentes a vancomicina (ERV) de 6,2 % entre febrero de 2006 y diciembre de 2007, mientras que en Venezuela según datos del grupo PROVENRA, los ERV se incrementaron de 10,2 % en 2006 a 28,8 % en el 2008. En el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", entre enero de 2006 y diciembre de 2008, en 308 muestras (orina, secreciones, líquido cefalorraquídeo y hemocultivos) provenientes principalmente de pacientes de los servicios de Neurocirugía y Medicina 3 y 4, se aisló e identificó por pruebas bioquímicas convencionales *Enterococcus spp.* El perfil de susceptibilidad se evaluó por el método de difusión en disco según la CLSI, encontrándose una prevalencia de 10 % de ERV. El 39 % de estas cepas fueron enviadas al Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", donde se identificaron por técnicas moleculares (PCR) como *Enterococcus faecium* y confirmadas resistentes a vancomicina debido a la presencia del gen *vanA*, el cual se encuentra codificado en plásmidos y cuyo fenotipo se caracteriza por presentar una resistencia de alto nivel a vancomicina (MIC ≥ 64 µg/mL) y teicoplanina (MIC ≥ 16 µg/mL) y 100 % sensible a linezolid. Finalmente este estudio demuestra el incremento de la prevalencia de ERV, razón por la cual se requieren medidas de control efectivas a fin de disminuir la existencia de este tipo de aislados en el hospital, principalmente por su fácil diseminación y transmisión a otros microorganismos (*Staphylococcus aureus*).

51. ENTEROCOCCUS FAECALIS PRODUCTORES DE BETALACTAMASAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL “MANUEL NÚÑEZ TOVAR”, MATURÍN, EDO. MONAGAS, VENEZUELA. Sophy Nazaret, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.

IIBCAUDO

Introducción: *Enterococcus* es un patógeno nosocomial importante debido a su resistencia a los antibióticos de uso hospitalario. Intrínsecamente resistentes a las cefalosporinas comerciales, *Enterococcus* es mil veces más resistente a las penicilinas que *Streptococcus*. La marcada tolerancia de estos microorganismos a agentes activos a nivel de pared celular, necesita la combinación de penicilinas o glicopéptidos con aminoglucósidos para alcanzar la actividad bactericida. **Objetivo:** Determinar portadores de *Enterococcus* productores de betalactamasas en Terapia Intensiva y Hemodiálisis del Hospital de Maturín. **Metodología:** Durante los meses de abril a noviembre de 2007, se hicieron hisopados rectales para buscar la presencia de *Enterococcus* resistentes a glicopéptidos (ERG) en pacientes de los servicios de Hemodiálisis y Terapia Intensiva del Hospital “Manuel Núñez Tovar”, en Maturín, Edo. Monagas. **Resultados:** En el screening de vancomicina se detectaron 47 cepas de ERG, de las cuales, en la prueba de susceptibilidad (el antibiograma), se detectaron 6 cepas con un delta mayor de 5 mm entre los discos de ampicilina y ampicilina-sulbactam, sugestivo de cepas productoras de betalactamasas. Se descarta una resistencia debido a una mutación en una de las proteínas de unión a betalactámicos denominadas en inglés PBP, por el delta entre ambos discos de antibióticos. De las 6 cepas, 4 son *E. faecalis* genotipo vanA. 3 provenían de pacientes de terapia intensiva y 3 de hemodiálisis. Ninguna de las cepas fue resistente a aminoglucósidos. **Conclusiones:** Se debe regular el uso de betalactámicos en los servicios de Terapia intensiva y hemodiálisis para evitar la diseminación de este tipo de cepas en el Hospital “Manuel Núñez Tovar”, Maturín, Edo. Monagas.

52. ENTEROCOCCUS FAECALIS GENOTIPO VANB AISLADOS EN PORTADORES DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL “LUIS RAZETTI”, BARCELONA, EDO. ANZOÁTEGUI, VENEZUELA. Annie Tineo, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.

IIBCAUDO

Introducción: La resistencia de *Enterococcus* a los antibióticos glicopéptidos apareció por vez primera en Francia en 1986. Los antibióticos glicopéptidos

de uso hospitalario son vancomicina y teicoplanina, actúan a nivel del precursor del péptidoglicano terminado en D-Ala-D-Ala. Los mecanismos de resistencia desarrollados por *Enterococcus* se basan en cambiar el precursor bien sea por D-Ala-D-Lac o D-Ala-D-Ser. Los genotipos mayormente estudiados son vanA y vanB. El primero tiene un alto nivel de resistencia a ambos glicopéptidos y el segundo un nivel variable de resistencia a vancomicina y susceptibilidad a teicoplanina. **Objetivo:** Determinar pacientes portadores de *Enterococcus* resistentes a glicopéptidos en Hemodiálisis y Terapia Intensiva del Hospital Luis Razetti. **Metodología:** Se muestrearon pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de Hemodiálisis (HD) del Hospital “Luis Razetti”, en Barcelona Estado Anzoátegui (HLR), previo consentimiento informado otorgado por el paciente o un familiar. Las muestras fueron sembradas en medio selectivo (Agar Bilis Esculina Azida sin y con vancomicina 6 µg/mL). Las colonias sugestivas de *Enterococcus* fueron estudiadas por coloración de Gram, PCR-múltiple para determinar especie y genotipo, pruebas de susceptibilidad. **Resultados:** De un total de 57 pacientes estudiados tanto en la unidad de terapia intensiva como en la unidad de hemodiálisis, 21 pacientes resultaron ser portadores. No se observaron fenotipos sugestivos de alto nivel de resistencia. Las cepas presentaron CMI de vancomicina de 2, 4 y 16 mg/L. La PCR-múltiple determinó la presencia de 4 cepas de *E. faecalis* vanB y 17 cepas de *Enterococcus* móviles genotipo vanC. Las 4 cepas provenían de UCI, pacientes que estaban siendo tratados con vancomicina. **Conclusiones:** Se debe restringir el uso de vancomicina en UCI del HULR, aislar a los pacientes portadores para evitar su diseminación y perpetuación en el servicio. Éste es el primer trabajo en Venezuela que reporta portadores de cepas de enterococos fenotipo VanB.

53. PORTADOR FECAL DE ENTEROCOCCUS FAECALIS GENOTIPO VANBA AISLADO EN TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL “LUIS ORTEGA”, PORLAMAR, EDO. NUEVA ESPARTA, VENEZUELA. Yusmary Cedeño, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño.

IIBCAUDO

Introducción: La resistencia a glicopéptidos en *Enterococcus* viene dada por el transporte de un operón el cual codifica para una pared celular modificada. Los operones vienen transportados por el elemento genético móvil Tn1546. El transposón (Tn), transporta genes que codifican enzimas necesarias para el paso de información

de una bacteria a otra, además de la resistencia a los glicopéptidos. Los genotipos vanA y vanB son transferidos de una bacteria a otra por el Tn1546 y el Tn5382, respectivamente. **Objetivo:** Determinar la presencia de portadores fecales en Terapia Intensiva en el Hospital de Porlamar. **Metodología:** se muestrearon pacientes hospitalizados en hemodiálisis y terapia intensiva del Hospital de Porlamar, Edo. Nueva Esparta, previo consentimiento informado otorgado por el paciente o un familiar. Las muestras fueron sembradas en medio selectivo (Agar Bilis Esculina Azida sin y con vancomicina 6 µg/mL). Las colonias negras fueron estudiadas por coloración de Gram, PCR-múltiple para determinar especie y genotipo, antibiograma y concentración mínima inhibitoria. **Resultados:** De 92 pacientes muestreados en terapia intensiva y hemodiálisis, se obtuvieron 8 pacientes portadores, de los cuales se perdieron 6 por contaminaciones con *Proteus*. Se detectó una cepa de *Enterococcus faecalis* genotipo vanB con una CMI (concentración mínima inhibitoria) de 2 mg/L. **Conclusiones:** Nunca debe salir de un laboratorio bacteriológico un reporte de *Enterococcus* aislado de un sitio estéril de un paciente grave, hospitalizado, sin hacerle un screening de vancomicina, ya que cepas con este genotipo pasan desapercibidas en el antibiograma.

54. ENTEROCOCCUS FAECALIS Y ENTEROCOCCUS FAECIUM GENOTIPOS VANA AISLADOS EN PORTADORES DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ", CUMANÁ, EDO. SUCRE, VENEZUELA. Gloria Rondón, Elia Sánchez, Lorena Abadía-Patiño, IIBCAUDO

Introducción: El tratamiento de uso hospitalario de las infecciones por Gram positivos en pacientes graves, es la asociación de un antibiótico a nivel de pared y un aminoglucósido. A finales de la década de los 80 apareció la resistencia a glicopéptidos y se fue diseminando a nivel mundial, creando un problema epidémico global. No fue sino hasta principios de este siglo que Venezuela reportó los primeros casos de pacientes infectados por *Enterococcus* resistentes a glicopéptidos (ERG). En este país, los trabajos de portadores no han arrojado ningún resultado positivo para los fenotipos de alto nivel de resistencia. **Objetivo:** Determinar la presencia de portadores de *Enterococcus* resistentes a glicopéptidos en el Hospital de Cumaná. **Metodología:** se muestrearon pacientes hospitalizados en hemodiálisis y terapia intensiva del Hospital de Cumaná, Edo. Sucre,

previo consentimiento informado otorgado por el paciente o un familiar. Las muestras fueron sembradas en medio selectivo (Agar Bilis Esculina Azida sin y con vancomicina 6 µg/mL). Las colonias sugestivas de *Enterococcus* fueron estudiadas por coloración de Gram, PCR-múltiple para determinar especie y genotipo, pruebas de susceptibilidad. **Resultados:** De un total de 61 cepas, se aislaron 28 cepas de *Enterococcus* en el screening de vancomicina. Se observaron 3 cepas con alto nivel de resistencia a vancomicina en el antibiograma, lo cual fue confirmado por la concentración mínima inhibitoria (≥ 128 mg/L) y la PCR-múltiple, revelando el genotipo vanA. **Conclusiones:** Los pacientes portadores de ERG deben ser tratados con cuidado con el uso de cefalosporinas de tercera generación ya que están el riesgo de autoinfectarse con sus propios ERG. Deben ser aislados para no contaminar al resto de los enfermos del servicio.

55. VIGILANCIA DE ENTEROBACTERIACEAE PRODUCTORAS DE BLEE EN LA MATERNIDAD "CONCEPCION PALACIOS". CARACAS-VENEZUELA. PROGRAMA VENEZOLANO DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIMICROBIANOS. Vivian Rosario Vergara Marquina¹, Yun Rodríguez¹, Edelmira Benítez¹, Yolanda Garmendia¹, María Rosangel Morales¹, Rayza López¹, Luis Torres².

¹Maternidad "Concepción Palacios"; ²Universidad Central de Venezuela. Cátedra Microbiología. Escuela de Bioanálisis.

Controlar las infecciones nosocomiales constituye la función principal de los Comité de Control de Infecciones (CCI) de cada centro de salud, y dentro de los aislamientos resistentes, la producción de Beta Lactamasas de Espectro Expandido (BLEE) en *Enterobacteriaceae* es un problema muy común en este sentido. A finales del año 2005 se observó la aparición de aislamientos de Enterobacterias productoras de BLEE en los pacientes de áreas críticas de la Maternidad "Concepción Palacios" por lo que se tomaron ciertas medidas por parte del CCI para frenar la diseminación de los mismos, tales como: el empleo de barreras de contacto y la disminución del uso de cefalosporinas de tercera generación (C3G), entre otros. El presente trabajo es un estudio retrospectivo en el cual se comparan el número de cepas de Enterobacterias productoras de BLEE en un período de enero-agosto 2006, año 2007 y 2008, obtenidas de muestras de hemocultivos, orina, punta de catéter y secreciones de pacientes de áreas críticas neonatales y Unidad de Terapia Intensiva de adultos de la MCP. Se observó una

disminución estadísticamente significativa ($P=0,000$) en el porcentaje de aislamientos de cepas productoras de BLEE entre el 2006 con respecto al 2007. En lo referente a los años 2007 y 2008, aun cuando hubo una disminución del 13 % en dichos aislamientos, ésta no fue estadísticamente significativa ($P=0,08$). Si bien es cierto que las medidas tomadas por el CCI tuvo un gran impacto en los resultados obtenidos para el 2007, es necesario un esfuerzo continuo para lograr minimizar el aislamiento de cepas portadoras de este tipo de mecanismo de resistencia.

56. MICROORGANISMOS Y PATRONES DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN HEMOCULTIVOS Y PUNTA DE CATÉTER DE PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" VALENCIA, EDO. CARABOBO. 2006-2008. Pedro Andrés Minghetti Benítez, Teresa Venegas, Yajaira Aguilar, Fanny Vivas, Aracelis Valera, Madyori Ferreira. Hospital "Dr. Angel Larralde".

Introducción: Los pacientes hematooncológicos son más propensos a presentar infecciones, debido a inmunosupresión de base o secundaria a la quimioterapia, pudiendo variar los microorganismos patógenos en los distintos centros hospitalarios. **Objetivos:** Determinar los patógenos más frecuentemente implicados en las infecciones de pacientes hematooncológicos y su patrón de resistencia antimicrobiana. **Métodos:** Estudio prospectivo, transversal y descriptivo, realizado mediante la obtención de cultivos para bacterias y hongos de muestras de sangre obtenidas por venopunción periférica, de muestras tomadas de lúes de catéter venoso central y puntas de catéter retirados, en pacientes pediátricos con patología hematooncológica con evidencia clínica de infección en la Unidad de Hematología "Dra. Teresa Vanegas" del Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde", Valencia, Edo. Carabobo, 2006-2008. **Resultados:** ingresaron pacientes, obteniéndose 59 cultivos positivos. Predominaron las bacterias Gram negativo (64,40 %) sobre las bacterias Gram positivo y hongos (20,33 % c/u). Entre los Gram negativo prevalecieron *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter sp.* (50 % entre ambas) *Proteus sp.* (15,79 %) y *Escherichia coli* (10,53 %), siendo los patrones de resistencia antimicrobiana variables. Entre los Gram positivo, el *Staphylococcus coagulasa negativo* predominó (100 %), siendo su patrón de resistencia para Vancomicina 25 % y Linezolid 33,33 %. En cuanto a los hongos el grupo de *Candida no albicans* predominó, no evidenciándose resistencia a los antifúngicos. **Conclusiones:**

se reportó un 45 % de cultivos positivos, las bacterias Gram negativo predominaron, siendo similar el grupo de Gram positivos y hongos. El *Staphylococcus coagulasa negativo*, la *Klebsiella pneumoniae* y el *Enterobacter sp.* fueron las bacterias más frecuentemente aisladas. **Palabras clave:** microorganismos, neutropenia, hematooncológico.

57. COLONIZACIÓN NASAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE EN PACIENTES ATÓPICOS. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Luis Sarmiento², Silvia Molero¹.

¹Centro Ortopédico Podológico; ²Centro Clínico La Urbina.

Objetivo: Detectar la presencia de portadores nasales de *Staphylococcus aureus* meticilino Resistente en pacientes atópicos. **Material y métodos:** 160 pacientes atópicos (rinitis, urticaria, dermatitis, conjuntivitis, asma, angioedema, estomatitis), procedentes de la comunidad, asintomáticos infecciosos rinofaríngeos, consintieron por escrito su participación. Se realizó hisopado nasal bilateral, se procesaron cultivos y antibiogramas siguiendo las recomendaciones del Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI). **Resultados:** Se identificó colonización nasal, en 146 pacientes (91,3 %), a saber, *S. aureus* meticilino sensible -SAMS- en 20 pacientes (13,7 %) y *S. aureus* meticilino resistente -SAMR-, en 126 pacientes (86,3 %). La resistencia a mupirocina estuvo presente en 130 aislamientos, con resistencia concomitante a eritromicina, clindamicina y quinolonas en 70 aislamientos de SAMR y a cloramfenicol en 50 aislados; la sensibilidad a rifampicina, trimetoprima-sulfa, tetraciclinas y aminoglicósidos se encontró preservada en más de la mitad de los aislamientos; y para oxazolidinonas, glicilciclinas, estreptograminas, glicopéptidos y lipopéptidos no se demostró resistencia. **Conclusiones:** La alta tasa de colonización nasal por SAMR se asocia a probables cepas comunitarias con resistencia similar a las no nosocomiales asociadas a los cuidados de salud; siendo necesaria la interpretación crítica del antibiograma para erradicar a estos microorganismos con adherencia aumentada que los convierte en colonizantes superantigénicos que al ser eliminados conllevan a mejoría de la patología atópica.

58. RESISTENCIA A QUINOLONAS EN AISLAMIENTOS MICROBIANOS DE UN CENTRO VASCULAR Y DE CUIDADO DE HERIDAS. ANGIOS,

CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Tomás Alberti², Juan Parada², Milena Uzcátegui², José Terán².

¹Centro Ortopédico Podológico; ²Angios Centro Vascular y Cuidado Integral de Heridas

Objetivo: Documentar la resistencia a quinolonas en los aislamientos microbianos de muestras de pacientes de un Centro vascular y de Cuidado Integral de Heridas. **Material y métodos.** 241 muestras de pacientes con patologías infecciosas se recibieron entre el 15 de marzo y 15 de julio. Se realizaron estudios médico microbiológicos de cultivo y antibiogramas siguiendo las recomendaciones del Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI). **Resultados.** 204 muestras resultaron positivas (6 bacilos grampositivos, 49 cocos grampositivos, 61 bacilos gramnegativos no fermentadores y 88 enterobacterias) y 37 no evidenciaron crecimiento bacteriano. Se evidenció resistencia a quinolonas en 102 aislamientos, destacando 4/8 *Staphylococcus epidermidis*, 10/34 *Staphylococcus aureus* (6/14 MRSA y 4/21 MSSA), 6/7 *Proteus mirabilis* (2/3 BLEE), 16/30 *Klebsiella pneumoniae* (10/10 BLEE), 22/30 *Escherichia coli* (10/11 BLEE) y 36/60 *Pseudomonas aeruginosa*. **Conclusión:** En los 4 aislamientos más importantes en nuestro centro con 155/204 estudios médico microbiológicos de cultivo positivos (*P. aeruginosa*, *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*), el porcentaje de resistencia a quinolonas es de 58,1 %; por lo cual dejan de ser terapia empírica para los bacilos gramnegativos no fermentadores, enterobacterias productoras o no de betalactamasas de espectro expandido y para los cocos grampositivos, donde en este último género el rápido desarrollo de resistencia intra-tratamiento en 3 a 4 días provoca su rotación.

59. USO DE TIGECICLINA EN OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ACINETOBACTER MULTIRRESISTENTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". Norma María Ruiz, Yrene Vásquez de Azócar, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña,

Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"s

Objetivos: Evaluar la efectividad de tigeciclina en pacientes portadores de osteomielitis crónica por *Acinetobacter* multirresistente que ingresaron en el Hospital Militar durante el año 2007 y 2008. **Materiales y métodos:** La investigación es de tipo prospectiva, con características descriptiva y analítica. Para la identificación de los aislamientos se utilizaron; el método de concentración inhibitoria

mínima en equipos automatizados y método de Kirby Bauer o difusión basado en los puntos de corte de CLSI. **Criterios de inclusión:** Pacientes con diagnóstico de osteomielitis por clínica, estudios por imágenes: gammagrafía, radiológicas y biopsia, con cultivos positivos con gérmenes resistentes. **Criterios de exclusión:** pacientes inmunosuprimidos, niños y mujeres embarazadas. **Resultados:** Del total de 10 pacientes solo uno se excluyó por interrumpir el tratamiento a las tres semanas. El 88,88 % pertenecía al sexo masculino en edades comprendidas entre 19-72 años, media de 39 años. Los cultivos resultaron positivos para *A. baumannii* 100 %, de éstas 50 % fueron polimicrobianas. En relación al tratamiento médico se indicó varias alternativas terapéuticas, sin evidenciarse mejoría clínica, una vez identificada la presencia del *Acinetobacter* multirresistente, se inició tratamiento con tigeciclina vía endovenosa a razón de 100 miligramos para impregnación, seguida de 50 mg VEV cada 12 horas por un período de 6 - 7 semanas. A todos recibieron tto Qx. En el seguimiento clínico hasta la fecha no hemos tenido recaída. **Conclusión:** De los 9 pacientes que culminaron en el estudio con OMC se demostró que el 90 % presentó mejoría clínica con el uso de tigeciclina y la limpieza quirúrgica fue necesaria en todos los casos. Es por ello que este antibiótico pudiera ser una opción terapéutica ante la presencia de OMC por especies de *Acinetobacter* resistente, en virtud de que las opciones terapéuticas son muy escasas.

60. EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD A FLUCONAZOL MEDIANTE TIRAS DE E-TEST EN CEPAS DE ESPECIES DE CANDIDAS AISLADAS DE HEMOCULTIVOS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS- VENEZUELA. Xiomara Moreno¹, Carolina Macero¹, Kathleen Pulido¹, Ana Cáceres², María Guzmán², Rafael Guevara², María Panizo³.

¹Instituto Médico La Floresta. Dpto de Microbiología;

²Instituto Médico La Floresta. Unidad de Infectología;

³Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Dpto. de Micología

Objetivo: Evaluar la sensibilidad a fluconazol mediante tiras de E-TEST®-AB según normas del CLSI, en cepas de *Candida spp.* procedentes de hemocultivos de pacientes del Instituto Médico La Floresta. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal y retrospectivo de hemocultivos positivos para levaduras del género *Candida* desde el 01 de enero de 2006 al 30 de junio de 2009, procesados a través del BACTEC®-BD. La identificación fue realizada mediante el sistema Microscan®- Siemens utilizando paneles RYID,

considerando la morfología en el agar Corn Meal, prueba de filamentización en suero y crecimiento en agar cromogénico. La susceptibilidad frente a fluconazol se reportó en mínima concentración inhibitoria (MIC) por tiras de E-TEST®-AB. Como control de calidad se utilizaron cepas de *C. parapsilosis* ATCC 22019 y *C. krusei* ATCC 6258. Los resultados se describieron utilizando medidas de tendencia central y porcentaje. Resultados: Se encontraron 181 cepas distribuidas de la siguiente manera: *C. parapsilosis* (86), *C. tropicalis* (42), *C. albicans* (39) y *C. glabrata* (14). Considerando los puntos de corte establecidos por el CLSI, observamos 93 % de sensibilidad a fluconazol en todas las cepas analizadas. La MIC más frecuente fue 2 µg/mL para *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* y *C. albicans*, mientras que para *C. glabrata* fue 16 µg/mL. La media aritmética demuestra una dispersión importante en los rangos de susceptibilidad a fluconazol en *C. parapsilosis*, mientras que en *C. albicans*, *C. glabrata* y *C. tropicalis* resultaron más homogéneos, datos que se comparan con los reportados en la literatura. Conclusiones: Aunque el 93 % de las cepas de *Candida spp.* resultaron sensibles a fluconazol, la elevada frecuencia de MIC cercanas a 2 µg/mL debe ser tomada en cuenta y comparada con la evolución postratamiento, debido al uso de este fármaco dentro del esquema de antibioticoterapia de fungemias, sobre todo en pacientes que ya han recibido este antimicrobiano de forma profiláctica.

61. DETECCIÓN DE CARBAPENEMASA KPC Y RELACIÓN CLONAL EN CEPAS DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*. Armindo José Perozo Mena¹, Maribel Josefina Castellano González².

¹Práctica Profesional de Bacteriología. LUZ. CRB-SAHUM. Maestría en Diagnóstico Bacteriológico.; ²Cátedra de Bacteriología General LUZ. Maestría en Diagnóstico Bacteriológico.

Introducción: Los carbapenemas son agentes antimicrobianos importantes para el manejo de las infecciones producidas por Gram negativos, especialmente para el tratamiento de infecciones por enterobacterias productoras de BLEE. Su uso indiscriminado en las instituciones de salud favorece la aparición de carbapenemasas que confieren resistencia a estos antibióticos. **Propósito:** Determinar la presencia de carbapenemasas tipo KPC y su relación clonal, en cepas de *Klebsiella pneumoniae* aisladas de muestras clínicas. **Métodos:** Se estudiaron todas las cepas de *Klebsiella pneumoniae* aisladas de los cultivos de rutina realizados en el CRB-SAHUM, entre los meses enero-marzo de 2009. Para detectar la producción de KPC se utilizaron los

lineamientos del CLSI, para lo cual se emplearon discos de meropenem (10 µg) y ertapenem (10 µg). Si el halo de inhibición para cualquiera de los dos antibióticos era < 21mm, se sospechó la producción de KPC. Para confirmar la presencia de la enzima se realizó el test de Hodge modificado, todas las cepas que resultaron positivas en esta prueba se consideraron productoras de KPC. Para determinar la relación clonal de los aislados se utilizó la técnica de electroforesis en gel de campo pulsado. Resultados: Se estudiaron 71 cepas de *K. pneumoniae*, de las cuales 14 (19,72 %) fueron productoras de KPC y presentaron un patrón único de multiresistencia, siendo sensibles sólo a amikacina, gentamicina, netilmicina, colimicina y tigeciclina. El resto de los antimicrobianos probados mostró resistencia. Al determinar la relación clonal se observó que el 85,72 % de los aislados pertenecían a un mismo clon. Conclusiones: Existe una alta prevalencia de cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC en la institución de salud estudiada, lo que compromete seriamente las opciones terapéuticas disponibles. Los estudios de relación clonal demostraron la presencia de un clon mayor (A) que se encontraba diseminado en varios servicios, así como la presencia de dos clones menores.

62. CO-EXISTENCIA DE RESISTENCIA A ERITROMICINA Y GENTAMICINA EN CEPAS DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTES A METICILINA. Armindo José Perozo Mena¹, Maribel Josefina Castellano González², Naillet Arráiz³, Carem Prieto³.

¹Cátedra de Práctica Profesional de Bacteriología. LUZ. CRB-SAHUM. Maestría en Diagnóstico Bacteriológico; ²Cátedra de Bacteriología General. Escuela de Bioanálisis. LUZ. Maestría en Diagnóstico Bacteriológico; ³Laboratorio de Biología Molecular. CIEM. Facultad de Medicina. LUZ

Objetivo: Detectar la co-existencia de resistencia a eritromicina y gentamicina en cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SAMR). **Materiales y métodos:** El cultivo y aislamiento del microorganismo se realizó siguiendo la metodología convencional. La identificación bacteriana se efectuó utilizando las tarjetas GPI del VITEX® (BioMérieux). Los fenotipos de susceptibilidad antimicrobiana se determinaron mediante el método de difusión del disco en agar. Se utilizó la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección de los genes de resistencia bla_z (penicilina), mecA (oxacilina), aac6'-aph2" (gentamicina) y ermA, ermB, ermC y msrA (eritromicina). Se determinó la correlación de Spearman entre la presencia

del gen determinante y la expresión fenotípica de resistencia. **RESULTADOS:** Se aislaron un total de 54/100 cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a penicilina y metilicina (54 %); de las cuales 44 (81,48 %) se mostraron también resistentes a eritromicina y 34 (62,96 %) a gentamicina. Genéticamente, la presencia de *bla*_{SE} se observó en 36/54 cepas (66,67 %); *mecA* en 53/54 (98,15 %); *aac6'*-*aph2*" en 6/34 (17,65 %); *ermA* 29/44 (65,91 %) y *msrA* en 12/44 (27,27 %). Ninguna cepa resultó positiva para *ermB* o *ermC*. Se encontró una alta correlación entre el análisis genotípico y fenotípico para oxacilina y *mecA* 0,98; eritromicina y *ermA* 0,72; penicilina y *bla*_{SE} 0,69; mientras que para eritromicina y *msrA* fue baja 0,417 y, apenas 0,35 para gentamicina y *aac6'*-*aph2*". Conclusiones: Es frecuente la co-existencia de resistencia a gentamicina y eritromicina en las cepas SAMR estudiadas.

63. PERFIL DE RESISTENCIA DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* AISLADAS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR: ENRIQUE TEJERA" EN EL 2008. Marina Fernanda Cardona Ojeda, Meyani Pacheco, Yelitza Castillo,

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".

Es bien conocido que los pacientes ingresados en las unidades de cuidado intensivo, se caracterizan por ser pacientes críticamente enfermos, lo que se traduce en disminución de la calidad de su defensa frente a agentes patógenos, aparte que requieren en muchos casos procedimientos invasivos para optimizar su monitorización y manejo, y constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar infecciones nosocomiales, y muchos de los agentes causales de estas infecciones han logrado, bien sea por presión selectiva, uso indiscriminado de antibióticos, desconocimiento de flora local, alteraciones de inmunidad o todos los anteriores han desarrollado resistencia. **Objetivo:** Establecer el perfil de resistencia de *Klebsiella Pneumoniae* aisladas en infecciones nosocomiales de la unidad de cuidado intensivo "Dr. Oscar Lander" de la CHET en el 2008. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo, se tomaron los datos de infecciones nosocomiales producidas por *K. pneumoniae*, perfil de resistencia por difusión de disco, producción de betalactamasas y carbapenemasas. **Resultados:** Las Enterobacterias fueron causa del 61,2 % de las infecciones nosocomiales, el 54 % de ellas fueron causadas por *K. pneumoniae*, tercera causa de neumonía nosocomial, y primera de Infección de catéter e infección Intraabdominal.

Se encontró 84 % de resistencia a amikacina, 79 % a aztreonam, 79 % a ciprofloxacina, 55 % a ertapenem, 21 % a imipenem, 33 % a meropenem. Sin resistencia a tigeciclina. El 100 % fue productor de betalactamasas de espectro expandido, y el 17,6 % productor de carbapenemasas. Conclusiones: Se evidencia un número importante de infecciones nosocomiales causadas por *K. pneumoniae*, y un incremento en su resistencia a los antimicrobianos.

64. CEFOPERAZONA-SULBACTAM, ACTIVIDAD IN VITRO DE UN ANTIBIÓTICO OLVIDADO. PROVENRA, CARACAS, VENEZUELA. Alfonso Guzmán¹, Cecil Fandiño², José Delgado², Manuel Guzmán².

¹Centro Médico de Caracas; ²Programa Venezolano de Resistencia a los Antibióticos (PROVENRA)

Introducción: El uso clínico de cefoperazona-sulbactam en Venezuela ha sido sostenido durante los años para el tratamiento de infecciones intrahospitalarias e infecciones por gérmenes multirresistentes. Intentando racionalizar la vigencia de este antibiótico revisaremos la información sobre susceptibilidad y resistencia a cefoperazona sulbactam en Venezuela. **Materiales y métodos:** Se evaluaron los cambios en la susceptibilidad antimicrobiana a cefoperazona-sulbactam de 268 921 aislamientos bacterianos recolectados a nivel nacional en los laboratorios pertenecientes al Programa Venezolano de Vigilancia de la Resistencia Bacteriana a los Antimicrobianos (PROVENRA), en el período de 16 años comprendido entre 1992 y 2007. La susceptibilidad fue determinada por el método de Kirby Bauer, usando los puntos de corte establecidos por Ronald Jones en 1987 (S ≤16; I 32; R 64). **Resultados:** Se analizaron 268 921 aislamientos correspondientes a 5 cepas (*E. coli* 151104, *P. aeruginosa* 52191, *K. pneumoniae* 40900, *E. cloacae* 16563, *A. Baumannii* 8163). La susceptibilidad a *E. coli* y *E. cloacae* se mantuvo estable en el período estudiado variando entre un 85 % y un 88 % para el primero y un 75 % y 88 % para el segundo, situación distinta a la observada para *K. pneumoniae* germen en el cual la susceptibilidad disminuyó de 88 % a 63 %. En *Pseudomonas aeruginosa* la susceptibilidad varió entre un 88 y un 58 y en *Acinetobacter baumannii* entre 71 % y 50 %. **Conclusión:** La muestra estudiada demuestra que cefoperazona sulbactam mantiene buena actividad contra enterobacterias comunes y adicionalmente puede ser una alternativa en el tratamiento de gérmenes resistentes como *Acinetobacter baumannii*.

65. ABSCESO DE PARED EN PACIENTES POSTCESAREADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" (HUMNT) MATURÍN VENEZUELA ENERO-MAYO 2009. Héctor Abad Millán, Gerardo Ibarra Fonseca, Dayana Tineo, Rosa Sánchez, Jenny Hernández.

Hospital "Manuel Núñez Tovar".

Objetivos: 1) Establecer cuál es la incidencia de absceso de pared en pacientes postcesareadas en el HUMNT desde enero a mayo de 2009. 2) Determinar cuáles son los agentes patógenos más frecuentemente aislados en los abscesos de pared de pacientes postcesareadas en el HUMNT desde enero a mayo de 2009. Metodología: Se realizó un trabajo prospectivo, descriptivo, no experimental en el que se evaluaron pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del HUMNT, desde enero a mayo 2009 y se obtuvo muestras de las secreciones provenientes de las heridas operatorias de las pacientes, el mismo día del ingreso, para cultivo y aislamiento microbiológico. Resultados: La incidencia de absceso de pared en el HUMNT en el período enero-abril 2009 fue de 2,01 %. Se aislaron en 57 % de los casos gérmenes Gram negativos, en 29 % no hubo crecimiento bacteriano y en el 14 % gérmenes Gram positivos. El 17 % de los casos se trató de infecciones polimicrobianas. Discusión: la incidencia de absceso de pared encontrada en el HUMNT fue menor que la encontrada en estudios similares hechos en el país y dentro del rango promedio de la incidencia de infecciones nosocomiales esperado. Conclusión: La incidencia de absceso de pared en el HUMNT en el período enero-mayo 2009 fue de 2,01 % del total de las pacientes poscesareadas.

66. MENINGOENCEFALITIS POR *RICKETTSIA*. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA. María Laura Ramos Delgado, Yuseppi Ferrer, Hugo Romero, Lenier Neire, Gabriel Hernández, Ailiyomar Pérez, Albel Pereira.

Hospital General de Cabimas "Dr. Adolfo D' Empaire".

Objetivo: Reporte de un caso clínico de meningoencefalitis causada por microorganismos del género *Rickettsia*. Introducción: La encefalitis por *Rickettsia* es una enfermedad endémica infrecuente que se caracteriza por fiebre y alteraciones neurológicas. Presentamos a continuación paciente sin complicaciones neurológicas. Paciente y métodos: Presentamos el caso de masculino de 40 años de edad, procedente

del Estado Trujillo quien refiere presentar 15 días, antes de su ingreso, cefalea holocraneal, opresiva, de moderada intensidad, continua, y fiebre cuantificada en 40 grados centígrados, persistiendo cuadro clínico y agregándose 5 días después alteración del estado de conciencia. En la exploración neurológica somnoliento, orientado, lenguaje coherente, sensibilidad conservada, pupilas isocóricas normorreactivas, fundoscopia normal, sin déficit motor, normorreflexia global, marcha y pruebas cerebelosas normales, rigidez de nuca. Se procedió a realizar los siguientes estudios hemograma y líquido cefalorraquídeo (LCR) al cual se realizó detección microbiológica. Resultados: Hemograma reportó plaquetas abundantes con hipocromía moderada, linfopenia y el estudio el LCR se observó cristalino en agua de roca con presión de 23 cm de H₂O y la investigación serológica para herpes virus, sífilis, VIH, *Brucella* y *Borrelia burgdorferi*, ambos en suero y LCR, fue negativa. Excepto para *Rickettsia* la cual resultó, realizado en laboratorio de la facultad de veterinaria de la Universidad del Zulia, así como la hemoaglutinación indirecta cuya la detección de IGM estuvo presente. Se constató mediante inmunofluorescencia indirecta una duplicación del título de IgM y cuadruplicación del de IgG en suero del paciente en dos meses desde el ingreso. Conclusiones: Los miembros del género *Rickettsia* causan ciertas enfermedades como: fiebre Q, fiebre botonosa y fiebre manchada de las montañas rocosas, pero raramente afectan SNC. La encefalitis por *Rickettsia* es una enfermedad infrecuente mundial y en nuestra localidad por lo cual muestra a nuestro caso como uno de los primeros reportados en nuestro medio. Palabras clave: Encefalitis, *Rickettsia*, Líquido Cefalorraquídeo.

67. MENINGOENCEFALITIS SUBAGUDA POR *CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS*, CON DÉFICIT MOTOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA. Albel José Pereira Barroso, Yuseppi Ferrer, Edelmary Núñez, Ailiyomar Pérez, María Laura Ramos, Hugo Romero, Milangel Bolaños.

Hospital General de Cabimas "Dr. Adolfo D' Empaire".

Introducción: La criptococosis es una micosis sistémica, causada por el *Cryptococcus Neoformans* o *Torula histolytica*, se disemina rápidamente por vía hematógena, teniendo predilección por el sistema nervioso central. La forma clínica más frecuente de presentarse es

meningoencefalitis subaguda, donde, un 98 % de los casos no hay focalización neurológica. Paciente y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 29 años de edad, HIV positivo (desde hace 9 años). Con cefalea holocraneal, insidiosa, progresiva, y fiebre cuantificada en 39°C, de 3 semanas de evolución. 2 días previos a su admisión presenta desorientación, lenguaje incoherente y disminución de la fuerza muscular. Examen neurológico reveló: somnolencia, alteración del estado mental, paresia del sexto par craneal derecho (por hipertensión endocraneana), hemiplejía flácida derecha, y rigidez de nuca. El diagnóstico de ingreso fue: meningoencefalitis subaguda por germen oportunista; posteriormente por estudios del Líquido cefalorraquídeo, confirmamos el agente causal, (*Cryptococcus neoformans*). Discusión y resultados: La mayoría de los casos de meningoencefalitis subaguda por *C. neoformans*, se reportan en la literatura, sin compromiso motor; sin embargo, nuestro caso presenta déficit motor, complicación que es sumamente rara, y cuya explicación actualmente es incierta. El procesado el LCR reportó en la tinción de Gram no se observaron bacterias. Medio de Lowenstein Jensen negativo. Coloración con tinta china reportó hongos capsulados indicativos de *C. neoformans*. A las 48 horas se aisló en cultivos de agar sangre y agar chocolate el microorganismo etiológico; *C. neoformans*. Se observó crecimiento de colonias mucosas, brillantes, de color crema, que para ser identificadas como *C. neoformans* se procedió a la prueba de ureasa. En medio de Sabouraud, se observó el crecimiento de colonias de *C. neoformans*. Conclusiones: Este germen oportunista tiene predilección por el SNC, frecuente en pacientes inmunocomprometido, con HIV, cuya forma clínica más frecuente es la meningoencefalitis subaguda. Además, la particularidad de presentar déficit motor es un elemento clínico poco frecuente en las meningoencefalitis subagudas cryptocólicas. Palabras clave: *Cryptococcus neoformans*, inmunocompromiso, déficit motor.

68. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN MIEMBRO INFERIOR CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO. Gilennys Jurado Alvarez, Rafael Noguera, Ysa Carrera, Georges Akel, Yaosmira Morillo.

Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde".

La leishmaniasis es una enfermedad granulomatosa crónica, causada por varias especies de un

protozoo flagelado del género *Leishmania*. En Venezuela el 89 % de los casos pediátricos corresponden a la forma cutánea localizada. La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas y actualmente Venezuela está ubicada en el grupo de países con moderada prevalencia de tuberculosis en la región de las Américas, con tasas estimadas entre 25 a 50 casos por 100 000 habitantes. Caso clínico: Se trata de adolescente masculino de 13 años natural y procedente de Naguanagua, cuya madre refiere inicio de enfermedad actual en noviembre de 2008, cuando posterior a picadura de insecto en tercio distal de miembro inferior izquierdo, presenta lesión eritematosa, que progresó hasta hacerse ulcerativa. Recibió tratamiento ambulatorio con cefadroxilo, sin mejoría, por lo cual permaneció hospitalizado por 3 meses, recibiendo antibióticoterapia endovenosa, egresando por mejoría. Dos meses después por persistencia de la lesión se realiza cultivo de secreción de lesión ulcerativa, el cual reporta crecimiento de *Enterobacter agglomerans*, por lo que se ingresa. Se inicia antibióticoterapia sin mejoría, y se realiza biopsia de piel. Tras 15 días del ingreso, presenta fiebre y tos seca; la radiografía de tórax evidencia empaesamiento hilar bilateral, infiltrado inflamatorio difuso bilateral y calcificación en región parahilar izquierda, con PPD negativo, BK de esputo positivo, PCR para *Mycoplasma pneumoniae* positivo, HIV y VDRL: no reactivo. En vista del aspecto clínico de la lesión, compatible con leishmaniasis cutánea, se inició tratamiento con glucantime a 20 mg/kg/día durante 6 semanas; se omitió antibióticoterapia por resultado de biopsia de piel que reportó leishmaniasis cutánea. Se inicia tratamiento con etambutol, rifampicina e isoniazida y con glucantime con evolución satisfactoria.

69. TUBERCULOSIS CUTÁNEA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TERAPÉUTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" MATURÍN, ESTADO MONAGAS-VENEZUELA. JUNIO 2009. Gerardo Ibarra, Héctor Abad, Jenny Hernandez, Baldassare Rugeri.

Hospital "Manuel Núñez Tovar".

Introducción: la tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica de la piel causada por *Mycobacterium tuberculosis* cuya presentación es poco común (1 % de los casos de tuberculosis extrapulmonar). Se presenta con variedad de formas clínicas que dependen de la vía de llegada del bacilo a la piel y del estado

inmunológico del paciente. Objetivo: describir las características clínicas e histopatológicas de un caso reportado de tuberculosis cutánea en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Terapéutica del Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar". Maturín, estado Monagas-Venezuela y la respuesta al tratamiento desde enero a junio de 2009. Metodología: Se realizó metaanálisis descriptivo a partir de la literatura y la historia clínica de paciente masculino de 25 años con lesiones ulcerosas crónicas de más de 6 meses de evolución y antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar en quien se inició tratamiento antituberculosis a 4 drogas. Resultados: La presentación clínica estuvo dada por pérdida de peso, úlceras purulentas en tórax y región axilar, adenomegalias y fiebre prolongada. Se evaluó la respuesta terapéutica a los 3 meses evidenciando mejoría y disminución de las lesiones así como aumento de peso. En los paraclínicos se obtuvo PPD 10 mm baciloscopia negativa y en la biopsia de piel y ganglios se evidenció inflamación crónica granulomatosa necrotizante con células gigantes y coloración de Ziehl Nielsen positiva para bacilos ácido resistentes. Conclusiones: teniendo en cuenta antecedente familiares, condiciones clínicas y datos de laboratorio se puede clasificar como un caso de escrofuloderma con buena respuesta al tratamiento planteado.

70. ENDOCARDITIS TRICUSPÍDEA POR *SALMONELLA* sp. EN UN HOMBRE CON SIDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Kleira Mercedes Cabrera Cornieles, Joanne Arveláez Pascucci, María Eugenia Landaeta, María Magdalena Barrios B, Marianela Rojas.

Hospital Universitario de Caracas.

Resumen: *Salmonella no Typhi* causa infecciones diversas como gastroenteritis, colecistitis, fiebre entérica, meningitis, entre otras. A nivel del endocardio y endotelio vascular, puede infectar los aneurismas previos de aorta torácica y abdominal, y es causa de endocarditis infecciosa aguda o subaguda en válvulas protésicas o nativas. La posibilidad de que *Salmonella* cause enfermedad grave invasiva es mayor en personas con SIDA que en personas inmunocompetentes y aunque la bacteriemia es más prevalente en sujetos infectados por el VIH que en inmunocompetentes, la aparición de una endocarditis es muy rara. Se han descrito solo 15 casos de endocarditis por *Salmonella no Typhi* en pacientes con SIDA en la literatura. Caso: Paciente masculino de 31 años de edad, con diagnóstico de infección por VIH desde el año 2006 sin control ni tratamiento,

quien consulta por presentar fiebre cuantificada en 39° C de 6 meses de evolución, evacuaciones líquidas sin sangre ni moco autolimitadas, durante 15 días, concomitantemente hiporexia, pérdida de peso y astenia. Se le realiza hemocultivo con crecimiento de *Salmonella no Typhi* sensible a cefalosporinas de tercera generación. Se le realiza ecocardiograma transtorácico donde se evidencia vegetación en la aurícula derecha. Recibe Ceftriaxona por 42 días y egresa con franca mejoría clínica y disminución del tamaño de la vegetación en siguientes controles ecocardiográficos. Conclusión: La endocarditis tricuspídea por *Salmonella* es infrecuente en los pacientes con SIDA y debe ser sospechada en vista de su alta mortalidad. A la luz de nuestros conocimientos en Venezuela no hay ningún otro caso descrito de esta patología.

71. PREVALENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN MUESTRAS DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA - CARACAS, VENEZUELA. Xiomara Moreno¹, Carolina Macero¹, Kathleen Pulido¹, Yarlenis Castro¹, Ana Cáceres², María Guzmán², Rafael Guevara².

¹Instituto Médico La Floresta. Dpto de Microbiología;
²Instituto Médico La Floresta. Unidad de Infectología.

Objetivo: Evaluar la prevalencia y perfil de susceptibilidad de microorganismos considerados patógenos del tracto respiratorio inferior (TRI), en pacientes hospitalizados (H) y de consulta externa (CE) que asistieron al IMLF. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y transversal de gérmenes implicados en infecciones del TRI, aislados en esputos, secreciones y lavados bronquiales, cuyo diagnóstico etiológico se basó en la coloración de Gram, condiciones del paciente y crecimiento de patógenos reconocidos, desde 01/01/2006-30/06/2009. La identificación y sensibilidad se realizó por medio del Microscan®-Siemens, excepto el antibiograma en *P. aeruginosa*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*, realizado por Kirby-Bauer y E-TEST de penicilina en *S. pneumoniae*, utilizándose medidas de tendencia central y porcentaje. Resultados: Se analizaron 508 muestras, 76 % en H y 24 % en CE, y un total de 545 cepas. Los 3 microorganismos mayormente aislados en H fue: *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* y *E. coli*, y CE: *P. aeruginosa*, *H. influenzae* y *K. pneumoniae*. En relación al % de sensibilidad, en H: *P. aeruginosa* resultó 95 % sensible a amikacina, 92 % a piperac/tazobactam, 85 % a ceftazidima, 82 % a meropenem, 79 % a ciprofloxacina y 75 % a imipenem; *K. pneumoniae* presentó 100 % de sensibilidad a carbapenemes,

96 % a amikacina, 85 % a ciprofloxacina, 82 % a piperac/tazobactam y 70 % a cefalosporinas de 3ªG (C3G) y *E. coli* igualmente 100 % susceptible a carbapenemes y 70 % a C3G, 98 % amikacina, 85 % piperac/tazobactam y 34 % a ciprofloxacina. En CE: *P. aeruginosa* fue 95 % sensible a amikacina, 92 % a piperac/tazobactam, 85 % a ceftazidima, 82 % a meropenem, 72 % a imipenem y 75 % a ciprofloxacina; *H. influenzae* resultó 100 % sensible a ampic/sulbactam, cefalosporinas y fluorquinolonas y 92 % ampicilina y *K. pneumoniae* resultó 100 % susceptible a carbapenemes, 95 % piperac/tazobactam, amikacina y fluorquinolonas, 90 % a C3G y 71 % ampic/sulbactam. En H 9 % fueron polimicrobianas y 2 % en CE. Conclusiones: *P. aeruginosa* fue el germen predominante tanto en H como en CE, probablemente debido a la población de pacientes oncológicos (aprox. 60 %). La inclusión de pacientes hospitalizados en otros centros de salud dentro de datos de CE pudiese explicar la menor susceptibilidad a carbapenemes en estas cepas, en relación a las de H. Vemos con preocupación que ningún antimicrobiano resultó 100 % sensible frente a *P. aeruginosa*, al igual que la presencia del 30 % de B-lactamasas de espectro expandido en Enterobacterias reportadas en los H, por lo que la necesidad del cultivo es imperativo en estas patologías, así como el diálogo entre microbiólogo y clínico para la adecuada interpretación del mismo.

72. PREVALENCIA DE NEISSERIA GONORRHOEAE Y CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. Alban Dore Mejías, Jhoxy González Contasti, Ixora Requena, Robert Doré.

Universidad de Oriente.

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de pacientes infectadas por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, que acudieron a la consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruíz y Páez y de La Cruz Roja de Venezuela, Seccional Bolívar "Centro Materno-Infantil Bicentenario Ing. Lino Bossio P." en Ciudad Bolívar, durante enero a mayo de 2009. Para ello se diseñó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron un total de 73 pacientes, sexualmente activas, con una edad media de 36 ± 10 años. Previo consentimiento por escrito, a cada paciente se le tomó muestra endocervical para la identificación de *Neisseria gonorrhoeae* mediante Gram, cultivo y pruebas bioquímicas, y la determinación por inmunofluorescencia directa de *Chlamydia trachomatis*, utilizando el kit

comercial Chlamydia Direct IF (bioMérieux®). De las 73 muestras endocervicales evaluadas sólo se identificaron 6 casos (8,22 %) de *Chlamydia trachomatis*. No se demostró ninguna paciente infectada por *Neisseria gonorrhoeae*. *C. trachomatis* se identificó con mayor frecuencia en las edades entre 29-34 años (n=3; 50 %), sin diferencias estadísticamente significativas. El 66,67 % (n=4) de las pacientes infectadas *C. trachomatis* manifestaron sintomatología, principalmente flujo amarillento o blanquecino. Las pacientes infectadas presentaron otras patologías como vaginosis bacteriana (n=2; 33,33 %), VIH y *Candida albicans* (n=1; 16,67 % respectivamente). Todas las pacientes evaluadas pertenecían con mayor frecuencia al estrato socioeconómico medio bajo (n=38; 52,06 %). Y las infectadas por *C. trachomatis* estuvieron distribuidas en el medio bajo (n=3; 4,11 %), seguido del medio (n=2; 2,74 %) y una en el medio alto (1,37 %). Entre los antecedentes gineco-obstétricos investigados, en las pacientes afectadas por *C. trachomatis* destacaron que la mayoría refirió haber tenido 4 o más parejas sexuales (n=3; 50 %), una gesta (n=3; 50 %), tres partos (n=3; 50 %). En conclusión se determinó una baja prevalencia de *C. trachomatis* en las pacientes evaluadas y no se identificó ningún caso con *N. gonorrhoeae*.

73. MANEJO AMBULATORIO DE OSTEOMIELITIS. EXPERIENCIA DEL CENTRO DE INFUSIÓN PARENTERAL "EV CENTER; AC". VALENCIA, 2007-2009. Heidi Mago, Lorenzo Tellería, Elías Enrique Querales.

Universidad de Carabobo. Centro Policlínico La Viña.

Objetivos: Caracterizar los casos de osteomielitis tratados en forma ambulatoria parenteral, del 2007 al 2009. Pacientes y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes manejados en centro, del año 2007 al 2009, analizando edad, sexo, sitio de infección ósea, agente microbiano aislado, tratamiento indicado, tiempo de tratamiento, otros procedimientos realizados y evolución. Los datos recabados se analizaron utilizando el programa SPSS. Resultados: Se evaluaron en el período 25 pacientes, de 27 a 65 años de edad (edad promedio 48,8 años). 68 % correspondieron al sexo masculino. El sitio más frecuente de infección fue fémur (24 %) y tibia (24 %), seguido por pie (12 %) y tobillo (12 %). El agente más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus* (48 %), seguido por *Enterococcus spp* (12 %) *Pseudomonas aeruginosa* (8 %) y *Enterobacter* (8 %). El tratamiento se basó en el resultado de

los cultivos de hueso y antibiograma en el 92 % de los casos. En 44 % pacientes se requirieron procedimientos quirúrgicos adicionales. La evolución fue satisfactoria en el 92 % de los casos. Conclusiones: El tratamiento parenteral ambulatorio es una alternativa recomendable en el manejo de la osteomielitis, facilitando el reintegro del paciente a su hogar y abaratando costos de hospitalización, cuando no existen alternativas para tratamiento oral.

74. EVALUACIÓN DE ESPECIES DE ENTEROCOCCOS AISLADOS DE MUESTRAS CLÍNICAS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS – VENEZUELA.

Yarlenis Castro¹, Carolina Macero¹, Xiomara Moreno¹, Kathleen Pulido¹, Ana Cáceres², María Guzmán², Rafael Guevara².

¹Instituto Médico La Floresta. Dpto de Microbiología;

²Instituto Médico La Floresta. Unidad de Infectología.

Objetivo: determinar la prevalencia y perfil de susceptibilidad de especies de Enterococos, aislados de muestras de pacientes hospitalizados (H) y de consulta externa (CE) del IMLF. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de cultivos procesados desde 01/01/2006 al 30/06/2009. La identificación y sensibilidad frente a penicilina y linezolid se realizó mediante el sistema Microscan®-Siemens, y teicoplanina y tigeciclina fueron evaluadas por el método de difusión en disco. Para la detección de resistencia a vancomicina se utilizó agar BHI más 6 µg/mL de vancomicina y adicionalmente tiras de E-TEST®-AB. Se clasificaron los datos según la ubicación del paciente y el origen de las muestras, utilizándose porcentajes y medidas de tendencia central para su análisis. Resultados: se identificaron 695 cepas, 50,4 % provenientes de pacientes de CE y 49,6 % de pacientes H, observándose en ambos grupos que la especie más aislada fue *E. faecalis*, seguido de *E. faecium* y en tercer lugar *E. avium*. En relación al origen, *E. faecalis* y *E. faecium* fueron mayormente recuperados de secreciones y abscesos, seguidamente de urocultivos. En cuanto al número de cepas y porcentaje de sensibilidad en pacientes de CE: *E. faecalis* (316 cepas) presentó 100 % de sensibilidad frente a penicilina, vancomicina, teicoplanina, linezolid y tigeciclina; *E. faecium* (25 cepas) resultó 28 % sensible a penicilina, 92 % sensible a vancomicina y teicoplanina y 100 % a tigeciclina y linezolid. En pacientes H: *E. faecalis* (277 cepas) y *E. avium* (14 cepas) mostraron 100 % de sensibilidad frente a penicilina, vancomicina, linezolid, teicoplanina y tigeciclina y *E. faecium* (40 cepas) presentó 18 % susceptibilidad a penicilina, 98 % a vancomicina y teicoplanina y 100 % sensibilidad a tigeciclina y

linezolid. Las 3 cepas de *E. faecium* resistentes a glucopéptidos resultantes en ambos grupos, mostraron MIC de vancomicina ≥ 256 µg/mL, siendo enviadas a centros de referencia para su confirmación, concordando con nuestros reportes. Conclusiones: *E. Faecal* (4,6 %), pudiendo considerarse del fenotipo *vanA* siendo transferible, generalmente localizada en un plásmido. Esta resistencia ocasiona la pérdida de una importante alternativa terapéutica en un género que se caracteriza por presentar resistencia intrínseca a un gran número de antibióticos y por su capacidad para adquirir nuevas resistencias, por lo que los laboratorios de microbiología deben practicar rutinariamente su detección por medio del uso del agar BHI adicionado con vancomicina, según recomendaciones del CLSI, y favorecer el establecimiento de medidas de aislamiento y control oportunamente.

75. PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO BLANDO EN UN SERVICIO DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE MARACAIBO.

Nelly Del Carmen Petit de Molero, Alberto Rodríguez, Víctor Román V, Ali Torres M, Jaclyn R Duarte F, Mary López C, Suyin Urdaneta.

Hospital de Niños de Maracaibo.

Introducción: Las infecciones bacterianas de piel y tejidos blandos se caracterizan por una gran diversidad de cuadros clínicos dependiendo de la naturaleza de la lesión, localización y el agente causal. Objetivo: Evaluar la prevalencia de las infecciones de piel y tejidos blandos en un servicio del Hospital de Niños de Maracaibo. Materiales y métodos: Estudio prospectivo, abierto, aleatorio, 50 niños, ambos sexos, edades 2 meses a 15 años que acudieron desde enero a junio 2009; criterios clínicos de infección de piel y tejidos blandos. Se practicó exámenes de laboratorio, radiológicos, ecográficos, TAC, bacteriológicos, tratamiento médico y en algunos casos tratamiento quirúrgico. Todos previos consentimientos de padres o representantes. Se tomó en cuenta los parámetros de mejoría, curación, estancia hospitalaria, y complicaciones. Los resultados se llevaron a valores porcentuales y se graficaron con tablas y figuras. Resultados: Sexo mayormente afectado masculino (76 %). El grupo etario: Preescolares (56 %). Área urbana: 44 (88 %). La forma de presentación: Celulitis (30 %), adenitis (28 %), abscesos (24 %), piodermitis (12 %), impétigos ampollar (4 %), piel escaldada (2 %). Los antimicrobianos más utilizados fue la combinación de oxacilina + gentamicina (35=70 %). Pacientes complicados: ninguno. Promedio de estancia hospitalaria: 7,2 días.

Conclusión y recomendaciones: Las infecciones de piel y tejido blando merecen especial atención por su prevalencia en el área pediátrica ameritando un manejo oportuno y enérgico para evitar complicaciones. Palabras clave: Infección de piel. Tejido blando. Niños.

76. ENDOCARDITIS POR *BRUCELLA SP.*, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA. CLÍNICA CHILEMEX, PUERTO ORDAZ. Ernesto Alayo¹, Natali González¹, Leonardo Madrid¹, Ximena Madrid¹, Francisco Castro².

¹Clínica Chilemex; ²Clínica Puerto Ordaz

Introducción: La brucelosis es una zoonosis importante en nuestro país, no obstante la afectación endocárdica por *Brucella* es un evento raro. Objetivo: Describir un caso de brucelosis con afectación endocárdica y revisar la literatura. Metodología: Se presenta el caso de un paciente con síndrome febril prolongado, a quien se diagnosticó brucelosis y endocarditis. Resultados: Paciente masculino de 60 años, procedente de Puerto Ordaz, ocupación ingeniero, previamente sano, quien consulta con fiebre de 4 semanas de evolución, precedida de escalofríos, acompañada de cefalea, artralgias y astenia. Recibió tratamiento homeopático sin mejoría. Hábito vegetariano, pero con ingesta frecuente de quesos no pasteurizados. Al examen, febril, soplo II/IV sistólico en foco mitral, maniobras positivas para sacroilíacas. Paraclínicos: cuenta blanca normal, aumento de vsg, transaminasas y fosfatasa alcalina. Títulos positivos para *Brucella* en 1/640 en la prueba de aglutinación, posteriormente confirmada con la prueba de Mercapto-Etanol realizada en el Laboratorio del Servicio Autónomo de Sanidad Animal. Ecocardiografía transesofágica muestra vegetación de 7 mm en válvula mitral, con insuficiencia mitral y pericarditis. Hemocultivos sin crecimiento bacteriano. Se inicia tratamiento parenteral con ciprofloxacina y gentamicina más doxiciclina oral. Afebril al cuarto día. Se mantuvo el aminoglucósido por 21 días, con control de cifras de azoados y audiometría. Ecocardiografía a las 6 semanas revela resolución de las alteraciones previas. Discusión: La endocarditis puede ser una complicación rara de la brucelosis. Se ha reportado una frecuencia de 1,1 %, con afectación predominante de válvulas izquierdas, principalmente aórtica (82 %). El manejo puede requerir tratamiento quirúrgico en muchos casos, no obstante, algunos como el presente, pueden manejarse médicamente. No fue posible el aislamiento del agente etiológico, sin embargo, las evidencias clínicas y paraclínicas, así como

la respuesta al tratamiento apoyan el diagnóstico. Aunque infrecuente, es importante tener en consideración esta entidad en el manejo de pacientes con brucelosis.

77. PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD EN *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A OXACILINA ASOCIADO A INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS-VENEZUELA. Kathleen Pulido¹, Carolina Macero¹, Xiomara Moreno¹, María Guzmán², Yardenis Castro¹, Ana Cáceres², Rafael Guevara².

¹Instituto Médico La Floresta. Dpto de Microbiología;

²Instituto Médico La Floresta. Unidad de Infectología.

Objetivos: evaluar la susceptibilidad antimicrobiana en cepas de *S. aureus* resistentes a oxacilina (MRSA) aislado en infecciones de piel y partes blandas, con el fin de contribuir en la escogencia de la terapia antimicrobiana adecuada. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal de los cultivos provenientes de muestras de pacientes hospitalizados (H) y de consulta externa (CE), que presentaron infección de piel o partes blandas durante el 01/01/06 al 30/06/09, que asistieron al Instituto Médico La Floresta. Las pruebas de susceptibilidad de las cepas de MRSA se realizaron mediante el uso del disco de cefoxitina, el sistema Microscan®-Siemens y una prueba rápida de aglutinación de partículas de látex que permite la comprobación de la resistencia a oxacilina en cepas de *S. aureus* mediante detección de PBP2' a través del empleo del Slidex MRSA detection-Biomerux. Adicionalmente la detección de sensibilidad disminuida a vancomicina se realizó con agar BHI más 6 ug/mL de vancomicina y el D-Test para confirmar susceptibilidad a clindamicina. Resultados: en total se encontraron 72 cepas de MRSA, 48,6 % correspondieron a pacientes de H y 51,4 % a pacientes de CE. Las infecciones polimicrobianas representaron el 31,4 % en pacientes H y 35,1 % en pacientes de CE. En relación al perfil de susceptibilidad, expresado en porcentajes de sensibilidad, el grupo de pacientes H presentó: clindamicina 57 %, ciprofloxacina 60 %, trimetropim/sulfa 94 %, rifampicina 100 %, vancomicina, teicoplanina, linezolid y tigeciclina mostraron 100 % de sensibilidad y en el grupo de pacientes de CE: clindamicina 46 %, ciprofloxacina 38 %, trimetropim/sulfa 92 %, rifampicina 95 % e igualmente frente a vancomicina, teicoplanina, linezolid y tigeciclina se obtuvo 100 % de susceptibilidad. Conclusiones: La resistencia a oxacilina en cepas de *S. aureus* limita el tratamiento antimicrobiano, sin embargo la población estudiada presentó porcentajes de

sensibilidad mayores al 90 % para trimetoprim/sulfa, al 95 % para rifampicina y 100 % para glucopéptidos, tigeciclina y linezolid, resultando opciones terapéuticas alternativas. El porcentaje de susceptibilidad a todos los antimicrobianos evaluados fue mayor en pacientes H, pudiéndose deber a la inclusión de datos de susceptibilidad de cepas de MRSA provenientes de pacientes hospitalizados en otro centro de salud como parte de la población de pacientes de nuestra CE. El laboratorio de microbiología debe dar a conocer los porcentajes de susceptibilidad de su institución, contribuyendo a la elección terapéutica empírica más adecuada.

78. HEMOCULTIVOS PARA ANAERÓBICOS, ¿DEBEN REALIZARSE DE RUTINA? PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. María Magdalena Barrios B¹, Adayza Figueredo¹, R Chacón², A Merentes², M Pinto², G Baudet², L Fernández², Marianela Rojas¹, Kleira Cabrera¹, Joanne Arveláez¹.

¹Hospital Universitario de Caracas; ²Policlínica "Méndez Gimón".

La bacteriemia por anaerobios ocurre aproximadamente en 0,5-12 % de todos los hemocultivos positivos el grupo *Bacteroides fragilis* el más frecuente. Inmunosupresión, cáncer, desnutrición y edad avanzada son factores contribuyentes. La baja incidencia se asocia a falta de sospecha clínica y la no realización de hemocultivos para anaerobios. El origen es intrabdominal en 2/3 de los casos. La mortalidad es 15 %-30 %, y se asocia a diagnóstico tardío. Caso: femenina de 59 años, diagnóstico de diverticulosis colónica, lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido, usa prednisona 5 mg/día; consulta el 01/08/08 por dolor abdominal tipo cólico por tres semanas, tenesmo rectal, diarrea intermitente cada 3 ó 4 días, amarillenta, con moco, 2 ó 3 veces/día, evaluada por gastroenterólogo realizan coprocultivo que resulta negativo; egresa con ciprofloxacina por una semana, pero persiste con los síntomas, además fiebre 38,5-39° C, precedida de escalofríos, consulta 07/09/2008 ingresando para estudios. Examen Físico: PA: 100/60 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 18 rpm. T: 38,5° C. Abdomen blando, discretamente distendido RsHsPts, no irritación peritoneal, no visceromegalias. Laboratorios: Leucocitosis, neutrofilia, VCG elevada. Coproanálisis: leucocitos y moco abundante. Coprocultivo: sin crecimiento de patógenos intestinales. Hemocultivos (2 set): Bacilo GRAM negativo anaerobio estricto, *Bacteroides fragilis*. TAC abdomen: colección ubicada en retroperitoneo hacia la pared posterior del recto. Se drenó

absceso por lumbotomía. Tratamiento: cefepime y metronidazol, evolucionando satisfactoriamente. Conclusión: La bacteriemia anaeróbica debe sospecharse especialmente en pacientes con inmunosupresión o cáncer, solicitando hemocultivos para anaerobios. Adicionalmente todo paciente con bacteriemia anaeróbica debe evaluarse en busca de neoplasias o un foco infeccioso intrabdominal, pélvico o de partes blandas. *Bacteroides fragilis*, *Clostridium sp* y *Peptostreptococcus sp* son los anaerobios más frecuentes en hemocultivos.

79. DAPTOMICINA: PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA EN VENEZUELA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA ANGIOS CARACAS, VENEZUELA y CLÍNICA FALCÓN MARACAIBO, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Belisario Gallegos², Ana María Cáceres³.

¹Unidad de Microbiología Médica, Centro Ortopédico Podológico, Servicio Microbiología Médica Angios; ²Clínica Falcón; ³Clínica la Floresta.

Objetivo: Describir la primera clínica venezolana con Daptomicina (DPC) en 6 pacientes. Paciente 1. Masculino 78 años, cardiópata con sincronizador expuesta, 03/06/09 Clínica Falcón (Maracaibo): ingresa con CSF+LZD. 05/06/09: Reintervención con colocación de sincronizador, sin poder extraer cableado. 07/06/09: MRSA (cultivo de bolsillo), CSF omitida y rotación LZD a VO, egresa el 09/06/09. 29/06/09: Trombocitopenia, LZD omitido. 30/06/09: DPC 28 días, con mejoría clínica y paraclínica que se mantiene hasta la actualidad. Paciente 2. Femenina 80 años, celulitis MII abscedada y ulcerada, un mes evolución, terapia previa: CIP+clindamicina y SAM, sin mejoría. 10/07/09 Angios: MRSA. 13/07/09: DPC 14 días, disminución del área celulítica (cuarto día) y resolución clínica ad integrum (día 14), cultivo negativo úlcera residual (7-14 días postratamiento). Paciente 3. Masculino, 48 años, Celulitis febril MII con compromiso inguinal, 7 días de evolución. 16/07/09 Angios: DPC 14 días; 18/07/09: MSSA (aspirado). Mejoría clínica (día 4) y cura clínica (día 14). Actualmente asintomático. Paciente 4. Masculino, 75 años, osteomielitis crónica tibial izquierda por MSSA con falla clínica al tratamiento con CIP+DA y SAM+AK. 20/07/09 Angios: DPC 28 días (dosis bacteriémica), cultivos semanales negativos (desde séptimo día) y paraclínicos normales (culminar terapia). Actualmente asintomático con obliteración parcial de fístula. Paciente 5. Femenina, 79 años, infección prótesis endovasculares femorales y herida quirúrgica, aislamientos *Staphylococcus lugdunensis* y *Staphylococcus cohnii subsp.*

cohnii. 25/07/09 Angios: DPC 6 semanas, cura infección cutánea (7 días), hemocultivos negativos (segunda semana) y normalización paraclínicos (cuarta semana). Actualmente asintomática. Paciente 6. Masculino 32 años, trasplantado renal con infección prótesis endovascular femoral por MRSA. 20/08/09 Angios: DPC 6 semanas; hemocultivo negativo (7 y 14 días), actualmente asintomático y paraclínicos estables. TODOS los pacientes: CPK normal y ausencia de efectos adversos; TODOS los aislamientos Sensibles a DPC. Conclusiones: Daptomicina: opción confiable en infecciones por MRSA, MSSA y SCN, con rápida acción bactericida, excelente tolerancia y actividad antimicrobiana.

80. INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DEBIDO A AEROMONASHYDROPHILA. RÁPIDA EMERGENCIA DE RESISTENCIA A CARBAPENEMS CON EL USO DE CEFEPIME Y TRATAMIENTO EXITOSO CON TIGECICLINA. REPORTE DE UN CASO. Adayza Figueredo R¹, Jorge Riera², Altagracia Merentes², Maribel Pinto², Gustavo García², Pedro Rodríguez².

¹Clínica Méndez Gimón; ²Méndez Gimón; ³Clínica Méndez Gimón

Introducción: *Aeromonas hydrophila* se asocia a bacteriemia en inmunocomprometidos, diarrea, infecciones de tejidos blandos complicadas, fascitis, mionecrosis y osteomielitis. Resistencia por producción de β -lactamas y carbapenemas complican el tratamiento y tigeciclina constituye la opción disponible. Reportamos un caso en quien se sospechó esta posibilidad debido al fenotipo expresado durante el tratamiento. Caso: masculino 34 años intervenido en enero de 2009 para corrección de rodilla rígida presentando infección de herida complicada con necrosis de piel en área prepatelar que requirió debridamiento quirúrgico y colgajo, evolucionó a artritis séptica de rodilla izquierda y osteomielitis patelar, cultivos intra-operatorios de patela y líquido articular reportaron crecimiento de *E. coli* productora de BLEE sensible a amikacina y *Aeromona hydrophila* sensible a cefepime y carbapenems, recibió cefepime y amikacina. En la primera semana de tratamiento, evolución tórpida, necrosis parcial del colgajo, signos inflamatorios de la piel circundante y salida de líquido hemopurulento fétido a través de la herida, fiebre, aumento de la VSG, PCR y trombocitosis importante ($>800\,000 \times \text{mm}^3$). Otra limpieza quirúrgica y nuevos cultivos con *Aeromona hydrophila*, resistente a cefalosporinas y carbapenems. Se inició tigeciclina, por 6 semanas con evolución satisfactoria, fueron necesarias cinco limpiezas quirúrgicas adicionales, resección de la patela

e injerto de piel, al día de hoy asintomático. Conclusión: *Aeromona hydrophila* multiresistente asociada a infección de herida quirúrgica es infrecuente en nuestro medio y representa un reto desde el punto de vista terapéutico. Tygeciclina es una opción útil en estos casos.

81. RANTES, MCP-1, SUSTANCIA P Y PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES ASMÁTICOS INFECTADOS CON VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO. VENEZUELA. Francisco Javier Arocha Sandoval¹, Jennifer Gotera², Alibeth Mavárez², Mary Maldonado², Luz Espina², Yraida Larreal², Jhon Bermúdez², Betulio Chacín², Nereida Valero².

¹Universidad del Zulia; ²Instituto de Investigaciones Clínicas LUZ

Introducción: En actualidad, numerosos estudios clínico-epidemiológicos a nivel mundial, han identificado al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) como uno de los principales patógenos en infantes y niños como primera causa de bronquiolitis severa y neumonía. Aunque se ha descrito una fuerte asociación entre la infección por VSR y el desarrollo de sibilancias e hiperreactividad bronquial, aun se desconoce el papel de este virus en la patogénesis del asma. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue determinar las concentraciones de RANTES, MCP-1, SP y PCR en pacientes asmáticos infectados por VSR. Método: Se tomaron muestras 31 pacientes con infección respiratoria aguda (15 asmáticos y 16 no asmáticos) y 10 individuos controles. Se utilizó cultivo de células HEP-2 para el aislamiento e identificación del VSR por la técnica de inmunofluorescencia directa. La determinación de RANTES, MCP-1, SP y PCR se realizó a través de la técnica de ELISA. RANTES, MCP-1 y SP se cuantificaron en sobrenadantes de cultivo de células HEP-2 y de monocitos humanos a las 24 horas post infección. Resultados: Se observaron concentraciones aumentadas ($P<0,01$) de RANTES y MCP-1 en pacientes asmáticos viralmente infectados. Las concentraciones séricas de PCR y SP permanecieron inalteradas. En los cultivos se obtuvieron concentraciones elevadas ($P<0,01$) de RANTES, MCP-1 y SP en monocitos infectados por el virus, mientras que en HEP-2 sólo se observaron cambios importantes en las concentraciones de SP. Conclusiones: Estos datos sugieren la posibilidad de la contribución de estas quimiocinas y de la SP en la patogénesis del asma ante la presencia del VSR, no así de la PCR la cual no evidenció relación con la presencia de infección por VSR, ni de asma.

82. EL TEST DE TZANCK EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS... UNA METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA EMERGENTE Y RE-EMERGENTE.

Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Silvia Molero².

¹Unidad de Microbiología Médica, Centro Ortopédico Podológico; ²Centro Ortopédico Podológico.

Introducción: El test de Tzanck es un método útil para verificar la infección por Herpesvirus demostrando la presencia de células gigantes multinucleadas, (80 % muestras de vesículas y 20 % en úlceras). Sin embargo esto puede cambiar en los inmunocomprometidos de forma dramática, donde las lesiones ulcerosas predominan. **Objetivos.** Conocer la eficacia del test de Tzanck como herramienta diagnóstica en pacientes inmunocomprometidos con lesiones dermatológicas ulcerosas y vesiculares, intentando rescatar esta técnica como un apoyo emergente y re-emergente en la esfera diagnóstica. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y comparativo basado en reportes de laboratorio de la Unidad de Microbiología Médica del Centro Ortopédico Podológico entre los años 2005 a 2009 de pacientes a quienes se les practicó el Test de Tzanck en muestras de secreción de úlceras y decapitación de vesículas, con algún tipo de inmunocompromiso diagnosticado. **Resultados:** Estudiamos 40 vesículas y 94 úlceras en 134 pacientes con diagnósticos de infección VIH/SIDA (34), neoplasias sólidas (60), diabetes mellitus (22), patologías autoinmunes (12) y leucosis (6). Predominaron las lesiones ulcerosas genitales seguidas por cavidad oral. El test de Tzanck fue positivo en 90/134 pacientes (67,16 %), con diferencia estadísticamente significativa según el tipo de muestra (úlceras 76/94 vs. vesículas 14/40) (χ^2 $P < 0,001$). No se demostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de los subgrupos según tipo de inmunocompromiso. **Conclusión.** El test de Tzanck emerge como método diagnóstico en lesiones ulcerosas de etiología viral en pacientes inmunocomprometidos y re-emerge en lesiones vesiculares; además se presenta como una técnica diagnóstica fácil, económica y rápida.

83. PROFILAXIS UNIVERSAL PARA CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL HOSPITAL DE NIÑOS "J. M. DE LOS RÍOS", CARACAS, VENEZUELA. Diana López Castañeda, Lisbeth Aurenty, Yanirka Márquez, Marcos Ariza, Luigina Siciliano, Francisco Valery, María Graciela López, Yanel García, Juan Félix García.

Hospital JM de Los Ríos.

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es el

agente infeccioso más importante entre los receptores de trasplante renal. La infección ocurre entre el segundo y sexto mes postrasplante. Dada la implicación del CMV en la evolución del trasplante renal es necesario el uso racional de tratamientos antivirales. En nuestro medio la realización de antigenemia para CMV resulta costosa y no disponibles en instituciones públicas, por lo que se ha optado por administrar profilaxis universal a los pacientes transplantados. **Objetivo:** Describir evolución clínica de pacientes pediátricos con trasplante renal quienes recibieron profilaxis universal para citomegalovirus. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, incluyó pacientes transplantados renales del Hospital de Niños "JM de Los Ríos", período enero 2008-julio 2009 quienes recibieron profilaxis universal para CMV. Se describe la evolución de dichos pacientes (primeros 6 meses postrasplante), evaluando signos/síntomas que sugieren enfermedad por CMV. Para realizar comparaciones estadísticas se separó la población en dos grupos según seropositividad para CMV. **Análisis estadístico:** medidas de tendencia central, prueba χ^2 . **Resultados:** Total 20 pacientes, 90 % (18/20) femenino y 10 % (2/20) masculino. Edad promedio 12,9 años (DE+3,2). **Patología base:** glomerulopatía 50 % (10/20) y 50 % (10/20) malformación sistema urinario. Del total 70 % (14/20) tenían serología positiva (IgG) para CMV, donantes 95 % (19/20). En 30 % (6/20) receptor negativo, donante seropositivo (R-/D+). Uno de los individuos (5 %, 1/20) evolucionó tórpidamente; el resto (95 %, 19/20) no presentó síntomas, alteraciones hematológicas y/o de química sanguínea compatibles con enfermedad por CMV. En el grupo R-/D+ el porcentaje de rechazo fue 50 % (3/6) y en el grupo R+/D+ 42,9 % (3/14). Diferencia no significativa estadísticamente. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes se mantuvieron sin manifestaciones compatibles con enfermedad por CMV al recibir profilaxis universal.

84. PREVALENCIA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA CENTRO CLÍNICO DEL CARIBE. PUERTO CABELLO. ESTADO CARABOBO. ¿HAN CAMBIADO LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS? Nancy Méndez Domínguez.

Centro Clínico del Caribe.

Mononucleosis infecciosa es una entidad clínica caracterizada por fiebre, faringitis y linfadenopatía con la particularidad hematológica de linfocitosis con 10 % o más de linfocitos reactivos o atípicos, además de la presencia de anticuerpos heterófilos

positivos. El agente etiológico es el virus r que es miembro de la familia herpesvirus y que infecta a más del 95 % de la población mundial. La infección de los linfocitos B por el virus induce su proliferación, con una respuesta inmune por linfocitos T citotóxicos y citocinas que, se traduce en síntomas clásicos de mononucleosis que incluye faringitis, fiebre, linfadenopatía, cefalea, malestar general entre otros. Se analizaron 42 historias de pacientes que fueron referidos a la consulta de infectología con diagnóstico de mononucleosis infecciosa a repetición con monolert y/o monotest positivo. 81 % correspondieron al sexo femenino. La edad promedio fue 36,21 años. Sólo 6 (14 %) presentaron linfocitosis ≥ 50 %. Ninguno con linfocitos reactivos de 10 % o más. La tríada clásica de mononucleosis infecciosa no estuvo presente en ningún paciente. Y 4 (9 %) presentaron Ig M positiva para anticuerpos contra el núcleo. Los criterios diagnósticos para mononucleosis infecciosa no han cambiado siguen siendo clínicos: fiebre, linfadenopatía, faringitis entre otros, hematológicos: linfocitosis con 10 % o más de linfocitos reactivos y serológicos: anticuerpos heterófilos y contra antígenos de superficie de la cápside. Y como clínicos debemos recordarnos, pues al hacer un diagnóstico de mononucleosis, éste incide en ausentismo laboral y escolar, además de formar parte de las estadísticas de morbilidad y no menos importante se puede enmascarar un diagnóstico que comprometa la vida del paciente.

85. PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, CON HERPES ZOSTER DISEMINADO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UCV. VENEZUELA. Rosa Khalil, Carina Araujo, Hermes Rivero, Jorge Gotopo.

Hospital Universitario de Caracas; UCV. Venezuela.

Propósito: Se presenta este caso en vista de los pocos reportes en nuestro país de la asociación de ambas entidades. Resumen: paciente masculino de 38 años con diagnóstico de linfoma Hodgkin nodular esclerosante estadio IV, en posquimioterapia protocolo BEACOPP, quien presenta lesiones vesiculares en región anterior y posterior del tórax que evolucionan a flictenas y posteriormente a úlceras; test de Tzanck positivo, PCR e Ig G positivo. Con posterior salida de secreción mucopurulenta por sobreinfección por *E. cloacae*. Examen físico: PA:112/80 mm Hg FC: 88 lpm FR:18 rpm. Piel: descamativa, seca, se evidencian úlceras confluentes en cara anterior y posterior del tórax, algunas con secreción verdosa no fétida, abundante fibrina,

friables, muy dolorosas a la palpación. Evolución intrahospitalaria: recibe tratamiento tópico, oral y endovenoso con aciclovir con mejoría parcial de las lesiones en piel, las cuales posteriormente se sobreinfectan con múltiples gérmenes entre ellos *E. cloacae* y *Pseudomona aeruginosa* recibe imipenem y vancomicina por 33 días. Paciente con pronóstico sombrío por múltiples factores, alcanzando el exitus letalis. Conclusión: En los pacientes inmunocomprometidos se eleva el riesgo de la reactivación de VVZ, incluyendo pacientes trasplantados, en quimioterapia y con infección por VIH. Constituye la infección mas común en la enfermedad de Hodgkin, con aumento de la frecuencia en los últimos años, así como de la forma diseminada y la evolución fulminante.

86. RELACION DE ABUSO SEXUAL Y DESARROLLO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" DURANTE 2007-2008. Gilennys Mercedes Jurado Álvarez, Yaosmira Morillo, Georges Akel, Betzabeth Quintana.

Hospital Universitario "Dr Angel Larralde".

Objetivo: Determinar la relación de abuso sexual en niños y el desarrollo de infecciones de transmisión sexual en pacientes que asisten a la consulta de infectología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" durante el período 2007-2008. Métodos: La investigación fue de tipo retrospectivo-descriptivo corte transversal. El universo estuvo constituido por 15 pacientes que acudieron a dicha consulta en el período antes descrito y cuyos datos fueron obtenidos de revisión de historias. Resultados: La muestra estudiada consta de 15 pacientes, que presentaban situaciones relacionadas con presunto abuso sexual, de los cuales se determinó que el rango etario más afectado fue de 11-15 años 6 casos (40 %), el sexo con mayor proporción fue el femenino 13 casos (86,6 %), en cuanto al desarrollo de infección de transmisión sexual en 9 casos no se desarrolló (60 %), siendo desarrolladas en 6 casos (40 %) y dentro de éstas la que obtuvo mayor porcentaje fue el VPH 4 casos (66,6 %), linfogranuloma venéreo 1 caso (16,6 %). En cuanto al Graffar presentado tenemos que en su mayoría era IV con 8 casos (53,3 %) y en 9 casos (60 %) el acto fue realizado por un familiar. En cuanto a la presencia de antecedentes familiares de abuso, se evidenció que estuvo presente en 9 casos (60 %). Conclusión: El abuso infantil ocurre en todas las clases socioeconómicas con factores asociados a la pobreza, familias disfuncionales, consumo

excesivo de alcohol y drogas. La identificación de lesiones en niños con ITS es actualmente un 40 % aproximadamente siendo el abordaje multidisciplinario.

87. OSTEOMIELITIS AGUDA Y CRÓNICA. 10 AÑOS DE ESTUDIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS", CARACAS, VENEZUELA. Lisbeth Aurenty Font¹, Diana López¹, Oscaris Méndez², Alberto Martínez³, Vickleida Malaver¹, Ana Santos¹, Luigina Siciliano¹, Francisco Valery¹, María Graciela López¹, Yanel García, Linet Valderrey¹, María Santana¹, Juan Borboa¹, Amalia Hermoso¹, Juan Félix García¹.

¹JM de Los Ríos; ²JM de Los Ríos; ³Hospital San Juan de Dios

Introducción La osteomielitis constituye un proceso inflamatorio común del hueso. Existen factores que influyen en la incidencia y etiología tales como: estado inmunológico, edad, sexo, traumatismos locales o enfermedades de base. A pesar de su relativa baja frecuencia es una de las principales causas infecciosas de hospitalización prolongada. **Objetivo:** Describir las características de pacientes con diagnóstico de osteomielitis egresados del Hospital de Niños "JM de Los Ríos" y establecer prevalencia según egresos hospitalarios. **Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, incluyó menores de 18 años con diagnóstico de osteomielitis, Hospital de Niños "JM de Los Ríos", período diciembre 1998-diciembre 2008. Se revisaron historias médicas registrando: sexo, procedencia, tipo de osteomielitis, patología de base, intervención quirúrgica; aislamiento microbiológico, tratamiento, complicaciones y evolución. **Análisis estadístico:** medidas tendencia central y CHI². **Resultados:** Se revisaron 72 historias, 65,28 % (47/72) masculino y 34,72 % (25/72) femenino. Prevalencia de 0,14 por cada 100 egresos. Según edad 8,33 % (6/72) lactantes menores, 5,56 % (4/72) lactantes mayores, 29,16 % (20/72) preescolares, 29,16 % (20/72) escolares y 27,78 % (20/72) adolescentes. Promedio días hospitalización fue 42,63 ± 20,75. 27,78 % (20/77) presentaba alguna patología de base. Sitios afectados 37,5 % (27/72) fémur, 23,16 % (17/72) tibia, 6,94 % (5/72) calcáneo, 6,94 % (5/72) cadera y otros lugares 25 % (18/72). En 45,83 % (33/72) se realizó limpieza quirúrgica, en promedio a los 26,5 días del ingreso (DE ± 24,33). 62,5 % (45/72) fueron osteomielitis agudas y 37,5 % (27/72) crónicas. El aislamiento microbiológico se logró con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con osteomielitis crónica (P<0,05). 11,11 % (8/72) presentó algún tipo de secuela y 12,5 % (9/72) infección nosocomial.

Conclusiones: La osteomielitis en niños tiene una prevalencia relativamente baja, pero genera hospitalizaciones prolongadas con importantes complicaciones.

88. FACTORES DE RIESGO Y ESTADO DE PORTADOR DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN NIÑOS SANOS VENEZOLANOS. RESULTADOS PRELIMINARES. HOSPITAL DE NIÑOS "JM DE LOS RÍOS", UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, INSTITUTO DE BIOMEDICINA. CARACAS, VENEZUELA. Berenice Del Nogal¹, Ismar Rivera-Olivero², Mónica De Canha¹, Alejandro Fernández¹, Karolmarlyn Uluknon¹, Jacobus De Waard².

¹Universidad Central de Venezuela; ²Instituto de Biomedicina

Objetivos: Determinar el estado de portador de *Streptococcus pneumoniae* en niños sanos que asisten al servicio de puericultura, guarderías y maternales. Describir los factores de riesgo asociados al estado de portador nasofaríngeo de *Streptococcus pneumoniae* e identificar los serotipos. **Método:** Se trata de un estudio de carácter analítico comparativo que reclutó 978 niños sanos de edades comprendidas entre 2 y 36 meses. Incluyó estudio clínico de los niños y el análisis microbiológico de 978 muestras de hisopado nasofaríngeo. Los factores de riesgo como asistencia a guardería, número de personas en casa, exposición a cigarrillo se analizaron con la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** El porcentaje de colonización por *Streptococcus pneumoniae* fue de 26,7 %; la asistencia a guarderías incrementó a 31,9 % (P=0,006). De los portadores 29,8 % conviven con más de 4 personas (P=0,012) y 78,1 % reportó Graffar IV-V. La cobertura teórica de la vacuna conjugada 7-valente fue 59 %.

Serotipos aislados	(%)	No vacunales
6	38	*
19A	14	*
23F	10	*
14	8	*
19F	3	*
15B/C	3	*
11A	3	*

Conclusiones: El porcentaje de colonización para este grupo fue (26,7 %), incrementándose con asistencia a guardería 31,9 % (P=0,006) y la convivencia con más de 4 personas 29,8 % (P=0,012). Los serotipos más

frecuentes encontrados fueron 6, 19 A, 23F, 14, y 19F; involucrados en enfermedad invasiva en Venezuela, resaltando la importancia de la portación nasofaríngea en el desarrollo de infecciones severas. La cobertura teórica de la vacuna conjugada 7-valente fue aceptable; ya que la vacuna conjugada es efectiva para reducir el estado de portador; debe ser obligatoria en el esquema oficial de inmunizaciones.

89. COLORACIÓN DE KINYOUN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS CON DIARREA CRÓNICA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO MÁS ALLÁ DEL COPROCULTIVO Y EXAMEN COPROLÓGICO SIMPLE. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Silvia Molero².

¹Unidad de Microbiología Médica, Centro Ortopédico Podológico; ²Centro Ortopédico Podológico.

Objetivo: Reportar la experiencia del uso de la coloración de Kinyoun en el diagnóstico etiológico de diarrea crónica en pacientes inmunocomprometidos. **Material y métodos:** Evaluamos 118 pacientes con diagnóstico de diarrea crónica, inmunocomprometidos por cáncer de colon (30), mama (28), cuello uterino (16), próstata (10), pulmón (10), gástrico (6) e infección VIH/SIDA (18). Se hizo diagnóstico parasitológico empleando examen al fresco, con lugol y coloración de Kinyoun; y bacteriológico mediante coprocultivo. **Resultados:** La investigación de protozoarios clásicos y helmintos no arrojó resultados positivos. La pesquisa de parásitos emergentes mediante tinción de Kinyoun fue positiva 84 pacientes, identificándose como agente único a *Cryptosporidium sp.* en 16, *Cyclospora cayentanensis* en 14, *Isospora belli* en 4 y *Microsporidium sp.* en 10 pacientes, y diversas combinaciones de los mismos en 40 pacientes. El coprocultivo fue positivo para *Campylobacter jejuni* en 4 pacientes (todos VIH/SIDA). **Conclusión.** Es necesario realizar pesquisa microbiológica de parásitos emergentes de manera rutinaria en los pacientes inmunocomprometidos.

90. ABIOTROPHIA DEFECTIVA; ¿PATÓGENO EMERGENTE EN INFECCIONES CON CULTIVOS NEGATIVOS? UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA MÉDICA, CARACAS, VENEZUELA. Marcel Jesús Marcano Lozada¹, Silvia Molero².

¹Unidad de Microbiología Médica, Centro Ortopédico Podológico; ²Centro Ortopédico Podológico.

Objetivo: Describir 7 aislamientos de *Abiotrophia* defectiva en muestras clínicas de 7 pacientes con cultivos previos negativos. **Material y**

métodos: Muestras de pacientes con diversos estudios microbiológicos negativos para bacterias piógenas, hongos y micobacterias, a saber, 2 sets por triplicado de hemocultivos de 2 pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa; 2 biopsias cutáneas de paciente con sospecha de botriomicosis; 2 líquidos pleurales de paciente con granulomatosis infecciosa sospechada, 2 hisopado cervico-vaginal de paciente con descarga vaginal fétida y 2 de líquidos articulares de 2 pacientes con artropatía inflamatoria crónica. Se procesaron cultivos según recomendaciones del CLSI. Los cultivos primarios en medios sólidos resultaron negativos, con crecimiento evidente en medios líquidos de respaldo y hemocultivos (Gram: cocos grampositivos en cadenas cortas), con subcultivo negativo en agar sangre, positivo en agar chocolate y agar sangre con estría de *S. aureus*, evidenciándose microcolonias satélites blancas, brillantes, α -hemolíticas (Gram: cocos grampositivos en cadenas cortas y pares), catalasa negativa, PYR positivos y Bilis-Esculina negativos. **Resultados:** *Abiotrophia* defectiva fue identificada mediante fermentación de lactosa y trehalosa positivas. El antibiograma fue extrapolado a partir de la Tabla 2H del Documento M100-S16 del CLSI para estreptococos diferentes a neumococo, se realizó en agar chocolate debido a falta de desarrollo en medio de Mueller-Hinton suplementado con 5 % sangre, demostrándose susceptibilidad a todos los antimicrobianos probados. **Conclusiones:** *Abiotrophia sp.* debe ser considerada en pacientes con infecciones crónicas que recuerden a las granulomatosis o a la enfermedad por biofilm, cuyos cultivos convencionales sean negativos. Es necesario emplear medios líquidos suplementados con sangre o sólidos enriquecidos con piridoxina y/o agar chocolate o agar sangre con estría estafilocócica para detectar el satelitismo y lograr la aproximación al diagnóstico microbiológico.

91. INMUNIZACIONES EN ESTUDIANTES DE POSTGRADO LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS) DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO (UC). VALENCIA-VENEZUELA. Isabel Díaz Ramírez¹, Lisuett Sánchez Hatch¹, Carla Lozada², Heidi Mago de Querales², Yessenia Ortunio Martínez³, Adilen Vargas¹, Juan Manuel Vieira¹.

¹Universidad de Carabobo/ C.H.E.T; ²Universidad De Carabobo; ³Universidad de Carabobo/ C.H.E.T

Introducción: El personal de salud que ingresa a los posgrados clínicos corre mayor riesgo de exposición enfermedades prevenibles mediante vacunación. El uso de los inmunógenos salvaguarda su salud, protegiendo a los pacientes

de infecciones causadas por contacto con trabajadores infectados. Objetivos: Determinar el estado de vacunación en los estudiantes de postgrados clínicos de la FCS, UC. Pacientes y métodos: Se realizó una encuesta estructurada anónima a 66 médicos cursantes de posgrado, de ambos sexos, entre 20 y 50 años de edad, que aceptaron participar en el estudio. 64 (97 %) recibieron la BCG. 61 (92 %), la triple bacteriana. 63 (95 %) se habían vacunado contra poliomielitis. 54 (82 %) contra sarampión. Sólo 49 (74 %), recibieron inmunización contra parotiditis, 61 (92 %) contra rubéola, y 28 (42 %) contra varicela. 56 (85 %) recibieron trivalente viral en la infancia, sin refuerzos posteriores. 57 (86 %) recibieron el esquema completo contra hepatitis B, sin control serológico posterior. 63 (95 %) habían recibido de toxoide tetánico. Sólo 9 (6 %) se realizaron PPD antes de entrar al posgrado, sin indicar resultados. Ninguno de los encuestados fue inmunizado contra hepatitis A ni influenza. Y ninguno indica fecha de vacunación. Conclusiones y recomendaciones: Existe un importante déficit en el control de inmunizaciones del personal que ingresa a los posgrados clínicos, y no se administran los refuerzos de acuerdo a la edad ni a la fecha de la última dosis. Las autoridades hospitalarias y universitarias deben promover las inmunizaciones del personal, para cumplir con el ordenamiento legal vigente.

92. MICROORGANISMOS AISLADOS EN LOS TELÉFONOS MÓVILES DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, JULIO 2009. DISTRITO CAPITAL. VENEZUELA. Ana Quijada, Verónica Rosas, Víctor Saravia, Julio Castillo, Suhail González, Patricia Valenzuela, Cecil Fandiño, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Mario Comegna, Manuel Guzmán.

Hospital Vargas de Caracas.

Los teléfonos móviles son dispositivos portátiles, en estrecho contacto con el cuerpo, pudiendo implicarse en la transmisión de microorganismos nosocomiales. Aún no ha sido determinado el riesgo de infección que conlleva su utilización en instituciones de nuestra localidad, por eso el objetivo del estudio fue identificar los microorganismos que se encuentran en su superficie y determinar el grado de contaminación. Se tomaron muestras de 36 celulares de médicos de diversos servicios del hospital. Fueron sembradas en agar sangre y después introducidas en caldo nutritivo. Se incubaron a 35-37° C durante 24 h, luego separadas las colonias e identificados los microorganismos mediante Gram y pruebas bioquímicas. Se consideró al teléfono contaminado

cuando a las 5 h de la siembra del caldo nutritivo el crecimiento era mayor o igual de 103 UFC. Los datos fueron procesados mediante el programa EPIDATA 6.0. Se calcularon porcentajes para datos continuos. Las diferencias entre grupos fueron analizadas mediante prueba exacta de Fisher. Diferencias de $p < 0,05$ se consideraron como estadísticamente significativas. Se encontró 36,11 % celulares contaminados en los que se aislaron 44 colonias en total de las cuales 79,55 % resultaron cocos Gram positivos, predominando *Staphylococcus coagulasa* negativo; y 20,45 % bacilos Gram positivos. El mayor porcentaje de contaminación se evidenció en el servicio de emergencia aunque sin significancia estadística y el único servicio sin evidencia de contaminación fue cardiología. En conclusión, se encontró un pequeño porcentaje de celulares contaminados con microbiota de piel, representando bajo riesgo de transmisión.

93. INFECCIONES HOSPITALARIAS: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA. SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). VENEZUELA. JUNIO 2009. Carla Telo, Marisela Silva, Jean Jacques Pitteloud, Adayza Figueredo, Jorge Riera, Maricely Miquilareno, Joanne Arveláez, Marianela Rojas.

Hospital Universitario de Caracas.

Objetivo: Conocer la prevalencia puntual y factores de riesgo para IH en los servicios de cirugía general del HUC.

Metodología: Durante dos días de junio 2009 se realizaron encuestas a los pacientes, revisando las historias clínicas y resultados de los cultivos, registrando los datos en formulario. De acuerdo al censo diario de pacientes se calcularon las tasas. Los resultados se expresan en números absolutos, promedios, porcentajes y tasas.

Resultados:

Tipo de IH	02/06/09*N(%)	04/06/09**N(%)
General	9 (11,11 %)	12 (13,79 %)
Infección de herida operatoria	1 (4,54 %)	1 (2,63 %)
Neumonía	2 (2,46 %)	4 (4,59 %)
Infección de piel y tejidos blandos (PTB)	2 (2,46 %)	5 (5,74 %)
Infección del tracto urinario	1 (1,23 %)	2 (2,29 %)
Absceso intra-abdominal	1 (1,23 %)	Ninguna
Bacteremia	2 (2,46 %)	Ninguna

* Cirugía I y III; ***Cirugía II y IV

Más del 50 % de los pacientes se encontraban en espera de la cirugía. Los factores de riesgo intrínsecos más frecuentes fueron neoplasias,

25,60 % ; desnutrición, 16,67 %. Accesos venosos periféricos, 65,48 % ; uso previo de antimicrobianos, 60,71 %; catéteres urinarios, 11,31 % ; rasurado con afeitadora, 10,71 % ; catéter venoso central, 8,93 %; drenajes abiertos, 7,64 % y promedios de estancia (PE) prolongados (preoperatorio 13,70 días; postoperatorio 11,45 días) fueron factores de riesgo asociados a la atención.

Conclusiones: Las tasas generales de IH en los servicios de cirugía del HUC son elevadas, predominando las de piel y neumonías. Las estrategias de prevención deben orientarse a vigilancia, disminución del PE preoperatorio, racionalización del uso de antimicrobianos y catéteres, evitar el rasurado con afeitadora y mantener educación continua.

94. COMISIÓN DE INFECCIONES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS. Ana Carvajal¹, Elizabeth González¹, Marisela Silva¹, Amando Martín¹, Adayza Figueredo¹, Carla Telo¹, Eduardo Villarroel², Evelyn Villarroel¹, Clara Pacheco¹, Gladys Sojo¹, Jean Pitteloud².

¹HUC.UCV; ²HUC

Introducción: El conocimiento del consumo de los antimicrobianos es una de las informaciones necesarias para saber si se estamos realizando un uso adecuado de los mismos. El uso inadecuado e indiscriminado de los antimicrobianos provoca un incremento en la morbilidad y en las reacciones adversas lo cual puede aumentar la estancia hospitalaria y los costos asociados. Objetivo: Evaluar el consumo de antimicrobianos en el HUC en los servicios de medicina interna, servicios de cirugía general, Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Obstetricia y Enfermedades Infecciosas del Adulto (EIA) Materiales y métodos: Estudio descriptivo realizado en el HUC, desde enero de 2008 a diciembre de 2008, se investiga el consumo de antimicrobianos según la dosis diaria definida (DDD) (según ATC/DDD - WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology) en los servicios de cirugía general (I, II, III y IV), Medicina Interna (I y III), UTI, EIA y Obstetricia. Se comparan servicios similares (Medicina Interna, quirúrgicos, y se analizan los servicios de UTI, EIA y Obstetricia. Resultados: El antimicrobiano más utilizado en los servicios de cirugía general fue la ampicilina-sulbactam. El Servicio de Cirugía I fue el que tuvo menor consumo de antimicrobianos, en el resto de los servicios quirúrgicos el consumo de antimicrobianos fue similar. En el Servicio de Medicina I el antibiótico más utilizado fue el

cefepime, mientras que en el Servicio de Medicina III el ceftriaxone fue el de mayor consumo. En el servicio de UTI el antimicrobiano más utilizado fue el fluconazol, seguido de cefoperazone - sulbactam y cefalotina, de todos los servicios analizados los carbapenems se utilizaron en mayor proporción en UTI. En el servicio de EIA el antimicrobiano más utilizado fue de oxacilina, seguido de cefepime y en obstetricia el antibiótico más utilizado fue ampicilina sulbactam. En todo el hospital el antimicrobiano más utilizado durante el año 2008 fue la ampicilina sulbactam, seguido de cefepime en segundo lugar. Conclusión: El consumo de antibióticos en los diferentes servicios del HUC es variable según el servicio estudiado. En los servicios de cirugía general el antibiótico más utilizado es la ampicilina sulbactam, mientras que en la UTI el antimicrobiano más utilizado es el fluconazol seguido de cefoperazone sulbactam.

95. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DE UN CENTRO MÉDICO INTEGRAL DE LA ZONA SUR DE VALENCIA. CARABOBO VENEZUELA. Smirna Castrillo¹, Milvida Castrillo², Nereida Castrillo², Marietta Alvarez¹.

¹Universidad de Carabobo; ²CAI/ITS/SIDA

Objetivo: Determinar las características socioepidemiológicas y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual de pacientes que asistieron a la Consulta de Ginecología del Centro Médico Integral durante los meses de enero – junio 2008. Carabobo, Venezuela. Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal. Los datos fueron tomados de las historias clínicas. Resultados y conclusiones: Se estudiaron 44 mujeres en edades entre 17 y 25 años con una media de $21,3 \pm 2,25$ años. La edad de la primera relación sexual osciló entre 12 y 22 años con una media de $16,3 \pm 2,43$; 38,6 % de 12 a 15 años, 56,8 % de 16 a 19 años y 4,6 % a los 20 años o más. El 63,6 % refirieron ser solteras, 27,3 % concubinas y 9,1 % casadas. El tipo de ocupación: 72,7 % labores del hogar, 11,4 % estudiantes, 9,1 % trabajos formales, 4,5 % mantenimiento de casas, y 2,3 % trabajos informales. El número de parejas sexuales que refirieron haber tenido fue: una sola pareja 45,5 %, tres parejas o más 27,2 %, dos parejas 20,5 %, y 6,8 % ninguna pareja sexual. El 46 % de las mujeres sexualmente activas no usa condón como forma de protección y no poseen pareja fija. Con respecto a las ITS se encontró una prevalencia del 38,6 % no se encontraron registros sobre resultados de la prueba de VIH; 41,2 % presentó candidiasis vaginal, 23,5 %

VPH, y 11,8 % en cada caso para clamidiasis, tricomoniasis y sífilis. La prevención primaria de ITS puede cambiar los comportamientos sexuales de riesgo, se deben fortalecer espacios para la promoción de un comportamiento sexual sano.

96. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA VIH/SIDA DEL HOSPITAL MILITAR “DR CARLOS ARVELO”. Miguel Eduardo Morales Lozada¹, Carmen Fernández², Yrene Vásquez², América Rosa², Gloria Mestre², Francia Moy².

¹Hospital Militar de Caracas; ²Consulta VIH/SIDA Hospital Militar de Caracas.

Objetivo: Evaluar los datos de las historias de la Consulta de VIH/SIDA de los pacientes que vienen a control al Servicio de Infectología desde mayo 1996 hasta mayo 2009. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 1 037 historias pertenecientes a la Consulta VIH/SIDA del Hospital Militar que les fue diagnosticado infección VIH/SIDA desde 1996. **Resultados:** Se encontraron 1 037 historias en el Registro Interno de la Consulta, las cuales 309 están inactivas y 728 son historias de pacientes que vienen regularmente, 136 (18,68 %) son del sexo femenino y 592 (81,31 %) del masculino. Los mayores del 40 años fue 212 (29,12 %) y los menores de 40 años fue 516 (70,87 %). 123 pacientes (16,8 %) tienen más de 10 años con VIH y 605 pacientes (83,10 %) tienen menos de 10 años y en el último año un número de 212 nuevos casos (29,12%). Con terapia antirretroviral se encontraron 396 (54,35 %) pacientes, de estos 280 (70,70 %) han venido a controles en el 2009, 79 pacientes (19,94 %) en el 2008 y 37 pacientes (9,34 %) tienen más de 2 años sin control. 97 pacientes (13,32 %) no regresó a consulta posterior al diagnóstico. **Conclusión:** Es importante tener los datos de la consulta de VIH/SIDA, evaluación y evolución de los pacientes, para establecer pautas de trabajo y mejorar, el cumplimiento de los exámenes, el apego a los antirretrovirales, evitando con ello el deterioro de nuestros pacientes.

97. CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE β -LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. COMPLEJO HOSPITALARIO Y UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR. MAYO 2008-MARZO 2009. Alinell José Amaíz Jiménez, Carlos Alberto Álvarez Chacón.

Universidad de Oriente.

Se realizó un estudio mixto (retrospectivo y prospectivo), donde se evaluó un total de 313 pacientes con el objetivo de caracterizar las

infecciones por enterobacterias productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE), en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina y la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario y Universitario Ruíz y Páez, durante el período mayo 2008-marzo 2009. Se incluyeron todos aquellos pacientes con infección por enterobacterias en cualquier tipo de muestra; las cuales fueron aisladas en el Laboratorio de Diagnóstico Bacteriológico “Sócrates Medina” y el laboratorio de Infectología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Se aislaron un total de 336 enterobacterias, de las cuales *Escherichia coli* ocupó el primer lugar con 170 aislamientos (50,60 %). Del total de aislamientos, 87 bacterias fueron productoras de BLEE (25,89 %), destacando *E. coli* (29,89 %). En cuanto a los pacientes con infecciones por BLEE (n=80; 22,22 %) predominó el sexo masculino (n=50; 62,50 %) y los grupos etáreos 57-76 años (n=37; 46,25 %). Según cultivo, las enterobacterias fueron aisladas con mayor frecuencia de los realizados de secreción y urocultivo; prevaleciendo *K. pneumoniae* y *E. coli* respectivamente. En cuanto a la caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con enterobacterias productoras de BLEE; 46 pacientes habían portado al menos un dispositivo invasivo (Sonda vesical en primer lugar con 54,35 %). La mayoría de los pacientes presentaban un antecedente de hospitalización previa en una sola oportunidad (45,28 %) y la duración promedio de dichas hospitalizaciones fue de 33,46 días. Por otra parte el tiempo Ingreso-Muestra promedio fue de 21,35 días. En cuanto a los antecedentes personales, el 43,75 % había presentado una enfermedad infecciosa tipo neumonía. Dentro de los antibióticos previos utilizados destacaron los β lactámicos y quinolonas.

98. PATRONES DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN CULTIVOS DE PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE” VALENCIA, EDO. CARABOBO. 2006 – 2008. Pedro Andrés Minghetti Benítez, Teresa Venegas, Ana Rueda, Yajaira Aguilar, Aracelis Varela, Madyori Ferreira.

Hospital “Dr. Angel Larralde”.

Introducción: Dado a su inmunosupresión de base los pacientes hematooncológicos son más propensos a presentar infecciones. Los microorganismos patógenos causales de estas infecciones varían de un centro hospitalario a otro, y por ende los patrones de resistencia antimicrobiana. Por lo que se determinó los patógenos frecuentemente implicados en las

infecciones de pacientes hematooncológicos y su patrón de resistencia antimicrobiana. Métodos: Estudio prospectivo, transversal y descriptivo, mediante la obtención de hemocultivos para bacterias y hongos, obtenidos por venopunción periférica, luz de catéter venoso central y punta de catéter retirado, en pacientes pediátricos con patología hematooncológica y evidencia clínica de infección en la Unidad de Hematooncología Dra. Teresa Vanegas del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde, Valencia, Edo. Carabobo, 2006-2008. El análisis estadístico se realizó mediante distribución porcentual. Resultados: de 498 admisiones, se procesaron 133 cultivos, obteniéndose 59 resultados positivos. Predominaron las bacterias Gram negativas (64,40%) sobre las bacterias Gram positivas (20,33%) y hongos (20,33%). Entre las Gram negativas prevalecieron *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter sp.* (50 % entre ambas) *Proteus sp.* (15,79 %) y *Escherichia*

coli (10,53%). Con un patrón de resistencia >20 % para todas las cefalosporinas (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp.* y *Escherichia coli*). Entre las Gram positivas, el *Staphylococcus coagulans* negativo predominó (100 %), el patrón de resistencia para vancomicina fue 25 %. El grupo de *Candida no albicans* predominó entre los hongos, no hubo resistencia a los antifúngicos. Conclusiones: Hubo 44,36 % de cultivos positivos, las bacterias Gram negativas predominaron, siendo similar el grupo de Gram positivas y hongos. *Staphylococcus coagulans* negativo, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter sp.* fueron las bacterias más frecuentemente aisladas. El patrón de resistencia antimicrobiana en las Gram negativas más frecuentes para cefalosporinas fue >20 %, en las Gram positivas para vancomicina fue de 25 % y no se reportó resistencia a los antifúngicos. Palabras clave: microorganismos, resistencia antimicrobiana, hematooncológico.

Índice de Autores de Trabajos Libres

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Abad H	69	Caldera J	5	Diez A	25	Guarin G	3,5
Abad Millán H	65	Caldera Ruiz JV	14	Dolande Franco ME	47	Guevara N	3,5
Abadía-Patiño L	51,	Calderas J	3	Dolande M	43,44	Guevara R	60,71,74,77
	52,53,54	Callejas Monsalve de	2	Dore Mejías A	72	Guevara RN	45
Abdul-Hadi S	39	Calvo A	47	Doré R	72	Gutiérrez C	26
Acero K	29	Carballo M	5,26	Drummond Suinaga T	24	Gutierrez L	46
Acevedo CH	48	Carballo-O M	3	Drummond T	25	Guzmán A	47,64
Aché A	30	Cardona M	4,15,16	Duarte-F JR	75	Guzmán Blanco M	47
Aguilar Y	56,98	Cardona Ojeda MF	63	Elias M	35	Guzmán M	8,13,41,
Akel G	68,86	Carrera Y	68	Escalante González D	7		60,64,71,74,77,92
Alayo E	26,42,76	Carvajal A	3,5,30,32,94	Escalante I	17,18	Guzmán Siritt ME	22
Alberti T	58	Carvajal J	24	Esparragoza L	13	Guzmán-S ME	34
Alvarez Chacón CA	97	Castellano González MJ		Espina Luz	81	Hartung C	39
Alvarez J	22		61,62	Fandiño C	8,64,92	Hermoso A	9,10,87
Alvarez M	33,95	Castillo J	12,41,92	Farías Sanabria R	11	Hernández G	66
Amaíz Jiménez AJ	97	Castillo Marcano JH	8	Feliz E	34	Hernández J	65,69
Ameli G	26	Castillo R	21	Fernández A	88	Hernández Pérez MJ	26,27
Angeli G	48	Castillo Y	4,15,16,63	Fernández C	96	Ibarra Fonseca G	65
Aparicio P	24,25	Castillo Z	7,19,20,21,48	Fernandez L	78	Ibarra G	69
Araujo C	85	Castrillo M	28,31,33,95,28	Fernández MD	19	Job F	24,25
Arbona E	45	Castrillo N	31,33,95	Ferrara G	43,44,47	Jurado Álvarez G	68,86
Ariza M	83	Castrillo S	28,31,33,95	Ferreira A	32	Khalil R	38,85
Arocha Sandoval FJ	81	Castro E	12	Ferreira M	56,98	Kleira C	32
Arráiz N	62	Castro F	42,76	Ferrer Y	66,67	Lamorell J	41
Arveláez J	5,46,78,93	Castro Y	71,74,77	Figueroa A	3,78,93,94	Landaeta ME	3,5,
Arveláez Pascucci J	37,70	Cedeño-M MC	27	Figueroa-R A	5,80		37,39,46,70
Arveláez-P J	3	Cedeño Y	53	Fleury H	12	Larreal Y	81
Atencio Tello RJ	2	Centeno YJ	23	Fuenmayor Y	48	Lemus D	47
Aurenty Font L	87	Cermeño J	42	Gallegos -L L	48	León ER	17,18
Aurenty L	9,10,83	Chacín B	81	Gallegos B	79	Leon Mirtilian	45
Báez N	40	Chacón N	35,36	Gallegos García BJ	48	Lleras de Torres A	29
Balliache N	23	Chacón R	78	García G	80	López -S A	48
Barrios-B MM	46,70,78	Colella MT	39	García J	9,10	López Casañeda D	83
Barrios MM	3,5,32,37	Colina Trapiello JC	1	García JF	83,87	López D	9,10,87
Batista JR	34	Colmenares L	36	García-M MC	23	López M	10
Baudet G	78	Colmenares LA	35	García N	43,44	López MG	9,26,83,87
Benítez E	55	Comegna M	8,13,26,41,92	García Y	9,10,83,87	López R	55
Benito M	29	Coraspe V	36	Garmendia Y	55	López Y	49,50
Bermúdez J	81	Cordido M	47	Garrido E	32,36	López-C M	75
Bernardoni C	29	Corona García V	7	Gaviria J	5	Lozada C	91
Bertuglia F	47	Cortesía M	8,13,41,92	Gaviria JI	3	Lugo L	5
Blasco T	25	Cuaical N	49,50	Gayoso E	6,22,34,59	Lugo-V LV	3
Bolaños M	67	Cubillán G	42	Geraldine M	21	Luis G	28
Bolaños R	17	De Canha M	88	González Contasti J	72	Macero C	47,60,71,74,77
Borboa J	9,10,87	De La Parte M	36	González E	30,94	Madrid L	76
Borga Hernández GJ	14	De Waard J	88	González González FJ	14	Madrid X	76
Bran L	24	Deibis L	26	González L	13	Magaldi S	39
Cabera Corneiles KM	37,70	Del Nogal B	88	González N	42,76	Mago de Querales H	4,91
Cabrera K	3,5,46,78	Delgado J	64	González R	13	Mago H	73
Cáceres A	60,71,74,77	Delgado O	36	González S	8,41,92	Malaver V	9,10,87
Caceres AM	45,47,79	Devera R	11	González Sulbarán IJ	18	Maldonado Mary	81
Caiafa Cabrera GK	14	Di Batista M	5	Gotera J	81	Marcano D	49
Calatroni MI	39	Díaz Ramírez I	4,91	Gotopo J	85	Marcano Lozada MJ	57

ÍNDICE DE AUTORES

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
	58,79,82,89,90	Núñez E	67	Rivera A	27	Silva M	3,5,30,32,93,94
Marquez Y	83	Núñez MJ	5	Rivera-Olivero I	88	Silva S	36
Martin A	35,94	Omaña M	22,34,59	Rivero H	85	Sojo G	94
Martínez Al	87	Ortunio Martínez Y	4,91	Roas R	48	Sucre C	45
Martínez González YA	7	Otero L	25	Rodríguez A	11,75	Tellería L	73
Martínez Y	21	Pabón R	40	Rodríguez P	80	Telo C	5,93,94
Masquelier B	12	Pacheco C	94	Rodríguez R	19,20	Telo-V CS	3
Mata Essayag S	39	Pacheco M	4,15,16,63	Rodríguez Y	55	Tepedino D	38
Mata S	42,46	Panizo M	43,44,45,47,60	Rojas J	19,20	Terán J	58
Matos D	26,27	Parada J	58	Rojas M	3,5,30-70,78,93	Tineo A	52
Matute Clavier G	7	Parthé G	34	Rojas Rosales MJ	46	Tineo D	65
Mavarez A	81	Payares D	50	Roldán Y	26	Torres C	29
Mayor G	25	Perdomo E	49,50	Román -V V	75	Torres J	40
Mejía E	40	Perdomo Y	47	Romaniouk Jakovler I	1	Torres L	29,49,55
Méndez Domínguez N	84	Pereira A	66	Romero H	66,67	Torres M	49,50
Méndez O	9,10,87	Pereira Barroso AJ	67	Rondón G	54	Torres MA	75
Mendoza Luzardo JJ	2	Pérez A	66,67	Rosa A	22,34,96	Troconis O	34
Merentes A	78,80	Pérez C	39	Rosales A	26	Ugarte C	49,50
Mestre G	96	Pérez R	39	Rosas V	92	Uluknon K	88
Millán A	38	Pérez-Carreño L	19	Rosello A	39	Urdaneta S	75
Mindiola Morles RC	2	Perozo Mena AJ	61,62	Rueda A	98	Uzcátegui M	58
Minghetti Benítez PA	56,98	Petit De Molero N C	75	Rugeri B	69	Valderrey L	9,10,87
Miquilareno M	5,36,93	Pineda M	48	Ruiz N	6,34	Valenzuela P	8,41,92
Miquilareno-B M	3	Pinto M	78,80	Ruiz NM	59	Valera A	56
Molero S	57,82,89,90	Pitteloud J	30,94	Ruiz R	38	Valero N	81
Mora E	22	Pitteloud JJ	93	Salazar G	32	Valery F	9,10,83,87
Morales Lozada ME	96	Porto-Espinoza LD	2	Sánchez A	41,92	Varela A	98
Morales M	6,26	Prieto C	62	Sánchez E	51,52,53,54	Vargas A	4,91
Morales MR	55	Pulido K	60,71,74,77	Sánchez Hatch L	4,91	Vásquez De Azócar Y	6,59
Moreno C	20,21	Querales EE	73	Sánchez L	41	Vásquez Y	22,34,96
Moreno J	19,20,21	Quijada A	8,41,92	Sánchez MA	8,13	Venegas T	56,98
Moreno X	45,47,	Quijada W	12	Sánchez R	65	Vera R	45
	60,71,74,77	Quintana B	86	Sandoval de Mora M	23	Vera Silva MA	1
Morillo Y	68,86	Ramos Delgado ML	66	Santana M	9,10,87	Vergara Marquina VR	55
Moronta-Piñango RM	2	Ramos ML	67	Santiago A	40	Vieira JM	4,91
Moy F	6,22,34,59,96	Redondo C	5	Santiago de Rivas D	23	Viera J	38
Navarro P	35,36	Redondo MC	3	Santos A	9,10,87	Vigil M	31
Nazaret S	51	Requena I	11,72	Saravia V	13,41,92	Villalobos H	29
Neire L	66	Reviakina V	43,44,45,47	Sarmiento L	57	Villarroel C	49,50
Neumann W	39	Reyes H	40	Siciliano L	9,10,83,87	Villarroel E	94
Noguera R	68	Riera J	3,5,80,93	Silva C	13	Vivas F	56
Noya B	38	Rivas Chirinos J	23	Silva Cedeño OA	1	Wadskier Montagne FG	1
Núñez D	20	Rivas J	46	Silva de Giménez M	14	Zavala L	19,20

Lanzamiento de la revista Infectología Hoy

Con el apoyo de Mark-com Consulting, la SVI realizo en el año 2008 el lanzamiento de la revista, dirigida a todo público, Infectología Hoy, la cual llena un espacio en área de salud en Venezuela.

Hoy, podemos decir que estamos orgullosos de la labor que hemos cumplido, pero con humildad, aceptamos que aún hay mucho por hacer. Debemos incentivar aún más la investigación científica a todo nivel y esforzarnos por publicar datos nacionales en todo lo relacionado con las enfermedades infecciosas. Esto nos dará, el sitio que merecemos ocupar a nivel internacional.

Los grupos de trabajo formados, deben esforzarse aún más por coordinar y realizar estudios multicéntricos a nivel nacional e inclusive internacional que arrojen soluciones y sean orientadores a la hora de tomar decisiones en materia de enfermedades infecciosas. Estaremos aún más satisfechos, cuando en un mañana muy cercano, las estadísticas de las enfermedades infecciosas en nuestro país hayan mejorado sustancialmente, motivado a la difusión de nuestro mensaje y conocimientos y a las medidas preventivas que tome la población para evitarlas.

Queridos maestros, colegas y amigos; el pasado es una joya valiosa que debemos guardar y pulir todos los días para que nos sirva de ejemplo y de guía. El presente y futuro de esta sociedad científica depende de todos nosotros y del esfuerzo por permanecer unidos y trabajando en forma desinteresada por lograr la excelencia y el bienestar común.

Demos gracias a Dios por los logros y bendiciones obtenidos hasta ahora y sigamos adelante sin perder nunca el don más preciado que un médico puede tener; su calidad humana.

Nuestras más sinceras felicitaciones a todos en este XXV aniversario de la SVI