

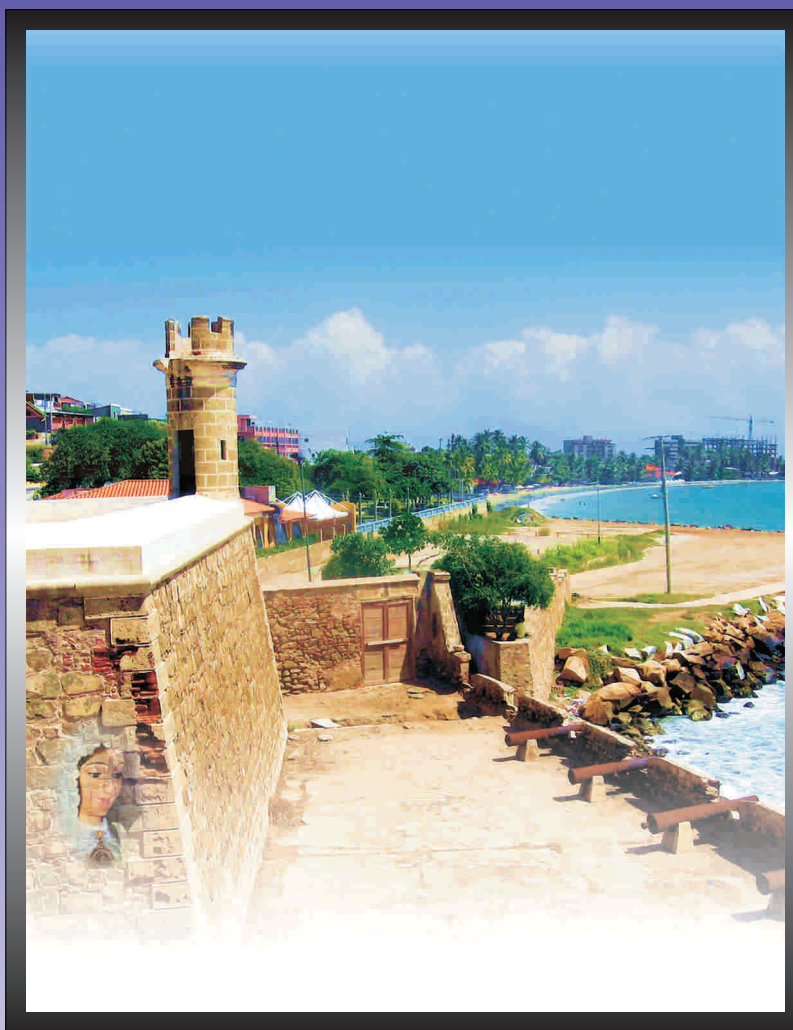


Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

ISSN: 0798-0566

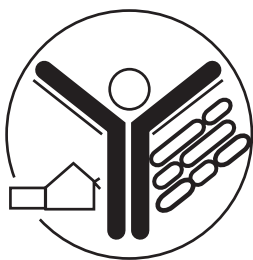


Bol Venez Infectol Vol. 22 - N° 2, julio-diciembre 2011

**XVIII JORNADAS NACIONALES DE INFECTOLOGÍA,
XVII JORNADAS NORORIENTALES DE INFECTOLOGÍA**

Pampatar, 26 al 28 de octubre de 2011

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



SOCIEDAD VENEZOLANA
DE INFECTOLOGÍA
JUNTA DIRECTIVA 2010-2012

Presidente

DR. FRANCISCO VALERY

Vicepresidente

DR. NAPOLEÓN GUEVARA

Secretaria General

DRA. ELIA SÁNCHEZ

Secretaria de Actas

DRA. KRISSELL CONTRERAS

Tesorera

DRA. ROSA MARÍA KHALIL

Vocales

DRA. FÁTIMA DE ABREU

DRA. MARÍA GRACIELA LÓPEZ

DR. FÉLIX ARIAS

**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

COMISIÓN CIENTÍFICA

COORDINADORA DRA. ASTRID ORTIZ

DRA. CARMEN BLASCO

DR. MARTÍN CARBALLO

DRA. NORMA RUIZ

DR. ENRIQUE VINCENT

DR. MIGUEL MORALES

DRA. MARÍA EUGENIA LANDAETA

DRA. ARACELYS V. DE MAGDALENO

DRA. LUZABA NEWIHED

DR. RAFAEL NAVAS

Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

ISSN: 0798-0566

Bol Venez Infectol Vol. 22 - N° 2, julio-diciembre 2011

CONTENIDO

XVIII JORNADAS NACIONALES DE INFECTOLOGÍA XVII JORNADAS NORORIENTALES DE INFECTOLOGÍA

Editorial

Punta de lanza en el acontecer científico nacional

Heidi Mago 56

Índice de trabajos libres 57

Resúmenes de Trabajos Libres 62

Índice de autores Trabajos Libres 109

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: svinfectologia09@gmail.com • 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: svinfectologia09@gmail.com
 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 este 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

Solo 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>.

Punta de lanza en el acontecer científico nacional

Editorial

Heidi Mago

La Sociedad Venezolana de Infectología celebra este año sus XVIII Jornadas Nacionales, junto a las XVII Nororientales, en una demostración patente del esfuerzo realizado por el desarrollo científico nacional en el terreno de las enfermedades infecciosas. Los noventa y cuatro trabajos de investigación presentados en este evento y reseñados en esta edición del Boletín Venezolano de Infectología, recorren terrenos tan complejos como la biología molecular en el diagnóstico de infecciones, fármaco-economía, nuevos agentes infecciosos, enfermedades emergentes y re-emergentes, nuevos patrones de resistencia de los agentes infecciosos y los métodos de laboratorio para detectarlos, con las más novedosas tecnologías, ajustadas a los avances que a nivel local e internacional existen en este contexto.

La infectología nacional, gracias a la incesante labor de todos sus especialistas, es hoy referencia y consulta obligada para el manejo de nuevas enfermedades infecciosas, en el control de uso de antimicrobianos y de resistencia bacteriana, en la prevención de infecciones intrahospitalarias, en el control y tratamiento de la infección por VIH y en el manejo de patologías emergentes y re-emergentes, como lo son la nueva epidemia de influenza, la re-aparición de la tosferina y los nuevos brotes de fiebre hemorrágica de Guanarito, entre otros.

De igual manera, la participación del infectólogo en la formación de nuevos especialistas debe ser resaltada. No solo han sido creado nuevos programas de estudio para la especialidad, sino que nuestros especialistas participan activamente a través de cursos, jornadas y conferencias en la formación y actualización permanente de miembros de distintas áreas de atención en salud de nuestros centros asistenciales y en universidades y otras instituciones académicas, además de participar con frecuencia en los medios de comunicación regionales y nacionales aportando información

a la comunidad acerca del acontecer diario en el terreno de las enfermedades infecciosas, su manejo y prevención.

Arribamos a los 28 años de nuestra existencia como Sociedad con programas académicos de formación de especialistas en infectología de adultos y pediátrica en varios centros hospitalarios de Caracas, y nuevas iniciativas académicas han surgido en el interior del país, gracias al esfuerzo de miembros de esta organización científica, punta de lanza en investigación, educación y promoción de la salud.

En este contexto, cumpliendo con nuestra responsabilidad social, han sido promovidos por esta Sociedad programas de concientización utilizando las nuevas tecnologías de comunicación de masas: nuestro portal en internet, (<http://www.svinfectologia.com/>), Infecto News, (revista digital), Infectología Hoy, y la campaña de concientización contra el SIDA promovida por la nueva Junta directiva bajo la coordinación de su Presidente, el Dr. Francisco Valery, son prueba de ello.

De igual manera debemos resaltar la participación de miembros de nuestra Sociedad, tanto en la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, como en Comisiones Científicas y Juntas Directivas de otras Sociedades Científicas. Además, agradecer la disposición de nuestros representantes a participar en las campañas permanentes de información y concientización de nuestra población con relación a la prevención de enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas.

Podemos, pues, decir con orgullo que hemos cumplido, y que seguiremos en este camino en la lucha por la mejor atención de nuestros pacientes, por la más eficiente actividad preventiva y de promoción de la salud, por la educación de nuestros profesionales y de nuestra población y en la búsqueda incesante del conocimiento en el campo de nuestra especialidad.

Índice de Trabajos Libres

P01. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR VIRUS AH1N1 2009, A PROPÓSITO DE 20 CASOS EN EMBARAZADAS EN DOS REGIONES DE VENEZUELA. Cruz Cordero, Ana Carvajal, Ernesto Alayo, Carlos Agelvis, Luis Fuentes, Genni Aguilar, Gustavo Salazar, Eduardo Villaroel, Marisela Silva, María Di Batista, Hilda Ponte.	62	VENEZOLANOS. Julio S Castro M, Luis R Echezuria M, Alejandro Risquez.	66
P02. ALTA RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA (RVS) ENTRE NO-RESPONDEDORES PREVIOS CON GENOTIPO 1 Y PACIENTES CON RECAÍDA A PERGINTERFERÓN/RIBAVIRINA CUANDO SON RE-TRATADOS CON BOCEPREVIR (BOC) MÁS PEGINTERFERÓN ALFA-2A/RIBAVIRINA. Carmela G Oranges G.	62	P10. OSTEOMIELITIS ¿INFECCIOSA O NO? ENFOQUE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS-VENEZUELA. Ailim Margarita Carias Dominguez, Gabriel Sifontes, Jesus Veitia.	66
P03. CUATRO SEMANAS CON PEGINTERFERÓN ALFA-2B/RIBAVIRINA PREDICE DE FORMA EFECTIVA RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA EN PACIENTES CON VHC-1 VÍRGENES Y REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO TRATADOS CON BOCEPREVIR MÁS PEGINTERFERÓN ALFA-2B/RIBAVIRINA. Carmela G Oranges G.	63	P11. PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD EN STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE ASOCIADO A INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS. CLÍNICA SANATRIX CARACAS-VENEZUELA. Kathleen Katherine Pulido Villadiego, Olga Bonilla, Jhenyfer Cote, Vanessa Oliveira, Rosalinda Baptista, Norellys Cruz, María Khalil, Yajaira Hernández.	67
P04. HEPATITIS, HEPATITIS SEVERA E INSUFICIENCIA HEPÁTICA EN NIÑOS CON DENGUE HEMORRÁGICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Ivelisse Coromoto Natera Alvizu.	63	P12. PRIMERA CEPA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC IDENTIFICADA EN LA CLÍNICA SANATRIX. CARACAS – VENEZUELA. Kathleen Katherine Pulido Villadiego, Olga Bonilla, Patricia Bohorquez, Vanessa Oliveira, Rosalinda Baptista, Norellys Cruz, María Khalil, Yajaira Hernández, Luis Torres, Jeisybeth Luque, Jhenyfer Cote, Jhenyfer Cote.	67
P05. DISTRIBUCIÓN GENOTIPO-ESPECÍFICO DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO DE PACIENTES DE CARACAS, VENEZUELA EN EL PERÍODO DE ENERO -JUNIO 2011 CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS – VENEZUELA. Silvana Verleza Villalon, Elvia Rivas, Norma Tovar, Mercedes Flores.	64	P13. BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO EN ENTEROBACTER SPP. AISLADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. Rosa María Tedesco Maiullari, Armando Guevara Patiño.	68
P06. CARACTERIZACIÓN SEROLÓGICA DEL VIRUS DE HEPATITIS E EN PACIENTES VENEZOLANOS, REFERIDOS AL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL”. CARACAS – VENEZUELA. Doneyla Alejandra Sánchez Partidas, Cristina del Rosario Gutiérrez García, María Caridad Montalvo, Flor Helen Pujol, Belquis Pinto, Elsa Patricia Chacón.	64	P14. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. Norma Ruiz, Yrene Vasquez De Azocar, José Ilaraza, Nelva Orozco, Eduardo Gayoso, Francia Moy, Andreina Oropeza, Carmen Alvarez, Sandra Silva, Enza Spadola.	68
P07. VIRUS EMERGENTES EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: VIRUS BK. UNIDAD DE TRASPLANTE HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. CARACAS, VENEZUELA. David Arana, Katuska Melendez, F Zambrano, David Arana Garcia, Bernardo Uribe, W Gonzalez, Violeta Silva, Carlos Gil, M Aguilar, Maria Eugenia Guzman.	65	P15. DISEMINACIÓN DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC EN VENEZUELA. CARACAS – VENEZUELA. Jeisybeth Luque.	69
P08. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL CENTRO MÉDICO VALLE DE SAN DIEGO. PERÍODO 2 AÑOS. ESTADO CARABOBO. VENEZUELA. Aracelys Valera de M, Daxi Medina, Eloina Garcia, Egri Rodríguez, Aura Ricaurte, Pedro Magdaleno, Keila Marchena.	65	P16. DISEMINACIÓN CLONAL DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTORAS DE METALO β-LACTAMASAS EN HOSPITALES DEL ORIENTE Y SUR DE VENEZUELA. Armando J Guevara-Patiño, Carmen Sierra, Jacobus H de Waard.	69
P09. EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA 13 VALENTE PARA PREVENCIÓN DE ENF. NEUMOCÓCCICA EN NIÑOS		P17. ACTIVIDAD COMPARATIVA DE DAPTOMICINA Y VANCOMICINA FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS. HOSPITAL DE CLÍNICAS CARACAS. CARACAS-VENEZUELA. Herimar Vierma, Elisa Farina B, Jessy K Peña E, Josefina Ferrer M, Juana Papatzikos G.	69
		P18. EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN INFECCIÓN URINARIA. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS VENEZUELA. Julio Simón Castro Méndez, Antonio Ríos F, Carmela Oranges.	70
		P19. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTI-MICROBIANA DE ENTEROBACTERIAS AISLADAS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.	

- VALERA ESTADO TRUJILLO.** Belzi C García Z, María E Rosario, Jorxy Castellano, Yoaly Rivas. 70
- P20. KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y ENTEROBACTER CLOACAE PRODUCTORES DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN EL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” LA GUAIRA, ESTADO VARGAS.** María HelenaDa Silva C, Norma Azócar, Jasmín Rodríguez, Luis Carlos Torres C, Juan Rasines, Mary González. 71
- P21. GÉRMEENES Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA AISLADOS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2010.** Marina Cardón, Meyani Pacheco, Yesenia Ortunio, Juan Vieira, Lisuett Sánchez, Isabel Díaz. 71
- P22. INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR TRICHOSPORON SP. EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, SERVICIO DE MEDICINA III. CARACAS, VENEZUELA.** Karin Puente, Rosa Khalil, Alberto Millán, Jesús Viera. 72
- P23. INFESTACIÓN POR FASCIOLA HEPÁTICA E INFECCIÓN POR HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN HUÉSPED INMUNOSUPRIMIDO NO-VIH.** Beatriz Pernalet, José Luis Parada, Hugo Gori, Alfredo Mendoza, María Elena Ruiz, Xiomara Moreno, Andreina Oropeza, María Eugenia Guzman, Rafael N Guevara, Ana María Cáceres, Carolina Macero, Gustavo Camacho, Marlene Plasencia, Francia Moy, Eduardo Gayoso, María Omaña. 72
- P24. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: NECROSIS PAPILAR RENAL BILATERAL POR CANDIDA TROPICALIS.** Víctor José Saravia Molina. 73
- P25. CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BERGER, A PROPÓSITO DE UN CASO.** Carmen Álvarez, Andreina Oropeza, Karil Salablanca, Carmen Moreno, Enza Spadola, José Álvarez, María Eugenia Guzmán, Francia Moy, Eduardo Gayoso, María Omaña, Yrene Vasquez, José Ilaraza. 73
- P26. UTILIDAD DE TRES PRUEBAS INMUNODIAGNÓSTICAS PARA LA DETECCIÓN DE LAS MICOSIS SISTÉMICAS EN PACIENTES VIH/SIDA.** María Omaña 74
- P27. CANDIDIASIS EN EL HOSPITAL MILITAR DE CARACAS.** Norma Ruiz, Yrene Vasquez De Azocar, José Ilaraza, Nelva Orozco, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña, María Hernández, Norma Ruiz. 74
- P28. AISLAMIENTOS DE CANDIDAS EN HEMOCULTIVO Y PUNTA DE CATÉTER EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS EN EL PERIODO ENERO 2008 – JUNIO 2011.** Leopoldo Cordova, Amarilys Chavez, Jhonilys Navarro, Liz Calderon, Lorena Balda, Mario Comegna, Manuel Guzman. 75
- P29. CASPOFUNGINA PARA PNEUMOCISTOCIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA Y BY PASS GÁSTRICO. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA.** Manuel Enrique Figueroa Esparza, Roberto León, Amador Guzman, María Bastardo, Julio Guerrero, Fortunato Chocrón. 75
- P30. SENSIBILIDAD IN VITRO DE PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS A ANTIFÚNGICOS SISTÉMICOS MEDIANTE EL MÉTODO DE E-TEST®. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR-VENEZUELA.** Jean Félix Piñerúa Gonsálvez, Marisa Estela Oliveira Gonsálvez, Julman Cermeño. 76
- P31. TRATAMIENTO DE TINEA UNGUIS CON TERBINAFINA ORAL INTERDIARIA, EN LA SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.** Sofia Mata Essayag, Celina Pérez, Arleni Messina, María Teresa Colella, Carolina Olaizola, Arantza Rosello, Germán Pardi, María Eugenia Landaeta. 76
- P32. DISFONÍA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE PARACOCCIDIODOMICOSIS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.** Jesús Dawaher, Sofia Mata-Essayag, María Teresa Colella, Arantza Roselló, María Eugenia Landaeta, Claudia Hartung. 77
- P33. RESISTENCIA DE CANDIDA SPP., A FLUCONAZOL APLICANDO NUEVOS PUNTOS DE CORTE POR CONSENSO ENTRE CLSI Y EUCAST.** Maribel Esperanza Dolande Franco, María Mercedes Panizo Domínguez, Giuseppe Antonio Ferrara Valvano, Vera Reviakina, Nataly García. 77
- P34. HISTOPLASMOSIS DEL SNC. PRESENTACIÓN DE UN CASO.** María Eugenia Landaeta, María Teresa Colella, Arantza Rosello, Sofia Mata Essayag. 78
- P35. EPIDEMIAS FAMILIARES DE TIÑA POR MICROSPORUM CANIS EN DOS FAMILIAS DEL DISTRITO CAPITAL.** María Teresa Colella, Vanessa Pineda, Andreina Duarte, María Eugenia Galíndez, David Flora, María Eugenia Landaeta, Sofia Mata Essayag. 78
- P36. EVALUACIÓN DE DIVERSOS MÉTODOS FENOTÍPICOS PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE CANDIDA DUBLINIENSIS Y CANDIDA ALBICANS.** Dayana Camacho, Sofia Mata Essayag, Germán Pardi, Vanessa Pineda, Arantza Roselló, María Teresa Colella. 79
- P37. DISTRIBUCIÓN Y PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS DE CANDIDA SPP. AISLADAS DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS.** María Mercedes Panizo Domínguez, Maribel Dolande, Reviakina Vera, Ferrara Giuseppe, Nataly García. 79
- P38. CASO CLÍNICO DE LACTANTE DE 5 MESES CON LEISHMANIASIS VISCERAL. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.** Carla del Valle Cárdenas Acacio. 80
- P39. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. ATENCIÓN HOSPITALARIA DE CASOS COMPLICADOS.** Alejandra Peña, Pedro Navarro, Sissy Rodríguez, Jesús Dawaher, Yoxsivell Limas, Adayza Figueredo, Ana Carvajal, Martín Carballo, María Rivas, Virginia Caraspe, Ana Angulo. 80
- P40. LEISHMANIASIS VISCERAL FAMILIAR: SIMPLICIDAD Y RAPIDEZ DIAGNÓSTICA. HOSPITAL AGUSTÍN ZUBILLAGA. BARQUISMO - VENEZUELA.** José Juan Galicia Sánchez, Antonio González, Miriam Maitín, Mayli Carnevale, María Santana, Karim Mouhkalalel, Rosmell Silva, Adriana Rodríguez, María García. 80
- P41. EFECTIVIDAD DE AQUATAIN® COMPARADO CON ABATE COMO LARVICIDA CONTRA AEDES AEGYPTI (AE). FACTORES ASOCIADOS A**

- COLONIZACIÓN (AE).** Matías Reyes-Lugo, Jorge L Hernández-Rojas, Ana Ortiz, Mitzuko Nunes, Areli Pérez, Salvany Hernández, María Landaeta, Julio S Castro Méndez, Manuel Berrios. 81
- P42. VENENODE LASERPIENTE CUAIMAPIÑALACHESIS MUTA (Linnaeus, 1766) (VIPERIDAE-CROTALINAE) DE DOS REGIONES GEOGRÁFICAS EN VENEZUELA Y SUS POSIBLES IMPLICACIÓN CLÍNICA.** José Antonio Suarez Sancho, Luís Fernando Navarrete, Desiree Suarez, María Eugenia Girón, A Rodríguez Acosta, E Parili, José Contreras. 81
- P43. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE DENGUE Y ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN PARA CONTROL DE VECTORES. MUNICIPIO SUCRE ESTADO MIRANDA.** Julio Simón Castro Méndez, Samantha Puente, Andrea Riquelme, Dessireth Rojas, Cristina Sobrado, José Requena, Miguel Suárez, Jorge L Hernández-Rojas, Matías Reyes-Lugo, Armando Peralta, David Bello. 82
- P44. EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO DIVULGATIVO SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LAS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO SUCRE ESTADO MIRANDA.** Jorge Luis Hernández-Rojas, Julio Castro, Matías Reyes, Ronald Gutierrez, Luis Alberto Isea, Genesis Machado, Heriluz Pabon, Giovanni Provenza, Rocio Salazar, Hana Silvagni, Aron Simkins. 82
- P45. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN EL ADOLESCENTE: PARTICULARIDADES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.** Pedro Alexis Navarro Rojas. 82
- P46. LEISHMANIOSIS VISCERAL: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA TROPICAL Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS. VENEZUELA.** Salha Abdul-Hadi, Navarro Rojas, Pedro Alexis, Ivonne Concepción Figueira Pestana, Amando Martín Peña, Marisela Silva. 83
- P47. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA: EL SEGUIMIENTO FOTOGRÁFICO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON MEGLUMINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS, VENEZUELA.** Pedro Navarro, Nathalie Chacón, Sylvia Silva, Luis A Colmenares, Olfa Rojas, María A de la Parte, Virginia Coraspe, Mariana Riva, Marisela Silva. 83
- P48. DETERMINACIÓN DE LA TOXINA DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE, EN NIÑOS CON DIARREA INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA A ANTIBIÓTICOS. CARACAS-VENEZUELA.** Ivelisse Coromoto Natera Alvizu, Matilde Mijares, Eddy Ferrufino. 84
- P49. SALMONELLASPP COMO CAUSA DE OSTEOMIELITIS BILATERAL DE FÉMUR EN USUARIO DE DROGAS ENDOVENOSAS.** Víctor José Saravia Molina. 84
- P50. PIOMIOSITIS TROPICAL POR SERRATIA MARCENCENS.** Víctor José Saravia Molina. 85
- P51. PERFILES DE SENSIBILIDAD Y FRECUENCIA DE ENTEROPATÓGENOS AISLADOS EN COPROCULTIVOS DE PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA SANATRIX. CARACAS-VENEZUELA.** Kathleen Katherine Pulido Villadiego, Olga Bonilla, Jhenyfer Cote, Vanessa Oliveira, Rosalinda Baptista, Norellys Cruz, Yajaira Hernández, Rosa Khalil. 85
- P52. RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. MAYO 2011. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. VENEZUELA.** Karin Puente, Rosa Khalil, Alberto Millán, Jesús Viera. 85
- P53. INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ARTRITIS SÉPTICA: 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PEDIATRÍA "AGUSTIN ZUBILLAGA". BARQUISIMETO, EDO. LARA 2011.** María Isabel Santana Rodríguez, Mayli Carnevale, José Galicia, Elida Dapena, Miriam Maitín, Antonio González Mata, Rosmell Silva, Karim Moukhalalle, María García, Adriana Rodríguez. 86
- P54. ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR RHIZOBIUM RADIOBACTER: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL HÉCTOR NOUL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR-VENEZUELA.** Jean Félix Piñerúa Gonsálvez, Rosanna del Carmen Zambrano Infantino, Carlos Calcaño, Mavel Chacín, Cesar Montaña, Zaida Femayor, Néstor Contreras, Henry Rodney, Marianela Rodney. 86
- P55. EVALUACIÓN DE COSTOS EN NEUMONÍAS DE EDAD PEDIÁTRICA. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS VENEZUELA.** Julio Simón Castro Méndez, Víctor Saravia, Jose A Suarez S, Alberto Calvo. 87
- P56. PIEDIABÉTICO: MICROBIOLOGÍA Y LA IMPORTANCIA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA. LABORATORIO CLÍNICO MICROBIOLÓGICO MARRUFO-ROA - BARQUISIMETO VENEZUELA ENERO 2010 - MARZO 2011.** Rafael Alfonso Roas Brito, Rafael Marrufo, Ramón Santos M, Luis Torres. 87
- P57. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CURABLES EN HOMBRES Y MUJERES DE CARACAS, VENEZUELA DURANTE EL AÑO 2010 CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS-VENEZUELA.** Silvana Verlezza, Elvia Rivas, Norma Tovar, Mercedes Flores. 88
- P58. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LEPTOSPIROSIS HUMANA MEDIANTE LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGM POR LA PRUEBA ELISA. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. CARACAS-VENEZUELA.** Marwan Said Aguilar Mejia, Rosalba Moros, Marta Cardona, Ismar Rivera, Julio Zambrano, José L Pérez, Eneida López. 88
- P59. ABSCESES DEL PSOAS: UNA ENFERMEDAD EMERGIENDO.** Jesus Elias Dawaher, Sissy Marie Rodriguez, Alejandra Peña, Yoxsivell Limas, María Carolina Redondo, Ana Carvajal, Martín Carballo, Adayza Figueredo. 89
- P60. SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE BACTERIAS CAUSALES DE INFECCIÓN URINARIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS. JULIO 2009-2010. HOSPITAL "DR. RAÚL LEONI OTERO". CIUDAD GUAYANA-VENEZUELA.** Isabel E Longa P, Adriana Lezama, Darine Muñoz, Nyko R Rodríguez R, Isabel E Longa P, Yajaira Simon, Yajair Simon. 89
- P61. PROCESO DE GESTIÓN PARA EL CÁLCULO DEL COSTO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL**

- CUIDADO DE LA SALUD HOSPITAL DE NIÑOS “J. M DE LOS RÍOS” CARACAS. VENEZUELA.** Lizbeth Aurenty, José García Servén. 90
- P62. OBSERVACIÓN INICIAL DEL IMPACTO DE LA VACUNA ANTIRROTAVIRUS SOBRE LA MORBI-MORTALIDAD POR DIARREAS EN VENEZUELA 2002-2010.** Alejandro Rísquez Parra, Tamara Rosales López, María A Rosas Aramburu. 91
- P63. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN VENEZUELA 1996-2008.** Alejandro Rísquez¹, Luis Echezuria, Amando Martín, María Graciela López, Sandra Besada, Nicolas Medina, Xavier Sáez Llorens, Carlos Espinal. 91
- P64. EVALUACIÓN DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA USANDO SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (SIG). ESTADO MIRANDA.** Jaime Torres. 91
- P65. MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00-A09). VENEZUELA 1996-2008.** Alejandro Rísquez Parra, Claudia Mosquera Vásquez, Karen Ochoa Aular, Zarina Di Giacomo Lobo, Andrea Mata Azócar, Mayra Mezzoni Poleo, Franklin Montplaisier Velásquez. 92
- P66. ANÁLISIS DE EPIDEMIOLÓGICO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS CON SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICO (SIG) E HISTORIA MÉDICA DIGITAL.** Julio S Castro Méndez, Jorge L Hernández-Rojas, Armando Peralta, David Bello, Rania Khawan, Oswaldo Godoy. 92
- P67. RELEVANCIA DE LA CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES EN EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS). CINELA VENEZUELA.** Marisela Silva, Lisbeth Aurenty, Adayza Figueredo, Pola Brenner, Patricio Nercelles. 93
- P68. DETERMINACIÓN DE ÍNDICE AÉDICO Y FACTORES PREDICTORES DE DOMICILIACIÓN AÉDICA EN EL MUNICIPIO SUCRE. ESTADO MIRANDA.** Julio Simón Castro Méndez, Constanza Trujillo Gargano, Rafael Mifsuñt, María F Velásquez Velásquez, Natasha Chirinos, Matías Reyes, Nairoby Rivas S, Jorge L Hernández-Rojas. 93
- P69. CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE DE GRIPE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC), VENEZUELA MARZO 1 AL 29 DE ABRIL DE 2011.** María Eugenia Landaeta, María Carolyn Redondo, Eduardo Villarroel, María Di Battista, Jesús Guzmán, Fermín Redondo, Francia Rocha Vásquez, Marisela Santos, Hilda Ponte. 93
- P70. DOCENCIA CENTRADA EN EL ESTUDIANTE: EVALUACIÓN DE SUS RESULTADOS EN UN FORO UNIVERSITARIO.** Pedro Alexis Navarro Rojas. 94
- P71. PREVALENCIA PUNTUAL COMO ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD HOSPITAL DE NIÑOS J. M. DE LOS RÍOS CARACAS – VENEZUELA.** Lisbeth Aurenty, Diana López, Yanell García, Gerardine García, Miguel Nexans, María Viki Zabaleta, Hanny Sánchez, Marlinka Moya, María Elena Goncálvez, Aura Rivas, Nathaly Brito, María Graciela López, Luigina Siciliano, Juan Félix García. 94
- P72. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN NIÑOS INFECTADOS CON HIV EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.** María Gabriela Jiménez, Magdalena Correa, Fidel E Echeverría. 95
- P73. EVALUACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN EL ÁREA DE PUERTO LA CRUZ - BARCELONA.** Ana María González. 95
- P74. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OTROS INDICADORES EN MUJERES INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN VENEZUELA. TRABAJO COLABORATIVO** Ana Carvajal, Mílvica Castrillo, Miguel Morales, Francia Moy, Smirna Castrillo, Maribel Morillo, Yajaira Roldán, Teodeglis Dordellys, Marisela Silva, Ana María Cáceres. 96
- P75. ENFRENTANDO NUEVAS SITUACIONES POSTRASPLANTE: INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL POR SÍNDROME DE ALPORT. PRIMER CASO REPORTADO.** Anulfo Ordaz, Roberto Alonzo, María Eugenia Guzmán, David Arana, David Arana García, Bernardo Uribe, Carlos Gil, América Rosa, Eduardo Gayoso, José Álvarez, Lenin Morales, María Omaña, Eddy Hernández, Luis Hernández, Francia Moy. 97
- P76. MIOCARDIOPATÍA ASOCIADA AL HIV. A PROPÓSITO DE UN CASO.** América Rosa¹, Neftali Almonte², María Eugenia Guzmán, Elizabet Hirschhaut, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña, Yrene Vásquez, José Álvarez. 97
- P77. DETECCIÓN DE VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CA EPIDERMÓIDE DE LA CARÚNCULA EN OJO IZQUIERDO EN PACIENTE VIH A PROPÓSITO DE UN CASO.** Carmen Álvarez, Andreína Oropeza, María Omaña, María Eugenia Guzmán, Nelson Rodríguez, Nathasha Larrazabal, Eduardo Gayoso, José Álvarez, José Ilarraza, Yrene Vásquez, Francia Moy. 98
- P78. TRICHOSPORON BEIGELII: INFECCIÓN OPORTUNISTA EN NIÑO CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CASO CLÍNICO.** Arelis Lleras de Torres, Héctor Villalobos, Cecilia Bernardoni, Reyes Torres, Oneida Mata, Elba Rincón, Lizmar Torres. 99
- P79. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL DE NIÑOS “J. M. DE LOS RÍOS”. CARACAS – VENEZUELA.** María Graciela López, Yanell García, Luigina Siciliano, Gerardine García, Hanny Sánchez, María Viki Zabaleta, Miguel Nexans, María Elena Goncalves, Marlinka Moya, Aura Rivas, Nathaly Brito, Diana López, Lisbeth Aurenty, Juan Félix García. 99
- P80. FORMAS INUSUALES DE TRANSMISIÓN DEL VIH: A PROPÓSITO DE 2 CASOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PEDIATRÍA “AGUSTIN ZUBILLAGA”. BARQUISIMETO, EDO. LARA. JULIO 2011.** María Isabel Santana Rodríguez, Elida Dapena, Mayli Carnevale, José Galicia, Miriam Maitín, Antonio González Mata. 99
- P81. INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN NEONATO CON INFECCIÓN POR VIH DE**

TRANSMISIÓN VERTICAL. Benny Anderson Rodríguez García, Mónica Ordoñez, Tatiana Drumond, Angela Troncone.	100	INFECTADOS CON VIH/SIDA. UNIDAD DE INFECTOLOGÍA-HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. María Lorena Balda Salomón, Mario Comegna, Liz Calderón, Leopoldo Córdova, Cecil Fandiño.	103
P82. COINFECCIÓN POR TUBERCULOSIS Y VIH EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL VARGAS. Leopoldo Córdova, Liz Calderon, Lorena Balda, Manuel Guzmán, Mario Comegna.	100	P89 LINFOMA NO HODGKIN ASOCIADO AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: COMPORTAMIENTO CLÍNICO ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD. SERVICIO INFECTOLOGÍA. HOSPITAL VARGAS. CARACAS. Liz Marilyn Calderon Brito, Lorena Balda, Leopoldo Córdova, Dimas Hernández, Cecil Fandiño, Mario Comegna, Manuel Guzman.	104
P83. ACTITUD Y RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, "HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA", MAYO- JUNIO, 2010. Laddy Casanova De Escalona, Jesús Leal Gutiérrez.	101	P90. EVALUACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CONSULTA DE INFECTOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". MARZO-OCTUBRE 2010. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. Marisol Sandoval de Mora, Margaret Salloum H, Lil Donmar de N, Carlos Coraspe D.	104
P84. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. UNIDAD DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL "DR. JORGE LIZARRAGA". VALENCIA. Laddy Casanova de Escalona, Harold Guevara, María Castillo, Olga Febres, Miriam Naveda, María Alejandra Rosas, Milagros Soto de Fachin.	101	P91. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES VIH-SIDA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. 2005-2010. Marisol Sandoval de Mora, Doris Padrino H.	105
P85. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN QUE ASISTE A LA CONSULTA VIH/SIDA EN EL SAHUM. Rafael Enrique Villalobos Perozo, María Valentina Chávez, Guillermo Meier, María de los Angeles Villalobos Beuses.	102	P92. RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ≥50 AÑOS EDAD CON VIH. HOSPITAL UNIVERSITARIO CARACAS-VENEZUELA. Adayza Figueredo, Linda Lugo, Marisela Silva, Alfonso Rodríguez.	106
P86. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN NIÑOS WAYUU DEL ESTADO ZULIA. Arelis Lleras de Torres, Héctor Villalobos, Cecilia Bernardoni, Lizmar Torres.	102	P93. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES VIH CON HISTOPLASMOSIS. UNIDAD VIH/SIDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO". ENERO 2009 – JULIO 2011. VALERA- ESTADO TRUJILLO. Idaura July González Sulbarán, Hercilia de León, Rosa Bolaños, Margarita Mejías, Maximilian Olarte, Zoila Estrada, Yudit Rojas.	106
P87. COMITÉ NACIONAL DE RESISTENCIA ANTIRRETROVIRAL: ACTIVIDADES 2008-2010. Marbelys Hernández Pérez, Leopoldo Deibis, Miguel Morales, Martín Carballo, Anselmo Rosales, Francia Moy, Rafael Napoleón Guevara, María Graciela López, Mario Comegna, Yhajaira Roldán, Cristina Gutierrez, Gladys Ameli, Tatiana Drumond, Adilay Rivera, Deisy Matos.	103	P94. FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON VIH. CIUDAD HOSPITALARIA ENRIQUE TEJERA. VALENCIA – VENEZUELA. Maryangelica Ortuño Morales, Nellwys M Oropeza D, Elías J Aparicio R, Francis M Orozco A.	107
P88. PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES			

Resúmenes

P01. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR VIRUS A H1N1 2009, A PROPÓSITO DE 20 CASOS EN EMBARAZADAS EN DOS REGIONES DE VENEZUELA. Cruz Cordero¹, Ana Carvajal², Ernesto Alayo³, Carlos Agelvis⁴, Luis Fuentes⁵, Genni Aguilar³, Gustavo Salazar², Eduardo Villaroel², Marisela Silva², María Di Batista⁶, Hilda Ponte⁶.

¹Distrito Sanitario N II. Cd Guayana; ²Hospital Universitario de Caracas; ³Hospital Uypar; ⁴Distrito Sanitario II; ⁵Clínica Puerto Ordaz; ⁶

El 11 de junio de 2009, la OMS declaró la primera pandemia del siglo XXI, causada por el virus de influenza A H1N1, los grupos más afectados tenían enfermedad de base y comorbilidades. Las embarazadas fueron particularmente afectadas. Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, radiológicas y la evolución materno fetal en embarazadas con infección respiratoria aguda en el marco de la pandemia A H1N1 2009. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo que revisó las historias clínicas y analizó las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y evolución materno fetal de embarazadas con sospecha de influenza pandémica A H1N1 2009 en Caracas (Hospital Universitario de Caracas) y Ciudad Guayana (en hospitales, ambulatorios y clínicas privadas), durante los meses de julio de 2009 a julio de 2010. Los datos se analizaron en Excel. Este análisis excluyó a las embarazadas con diagnóstico confirmado de influenza estacional. Resultados: Se estudiaron 20 embarazadas con ETI, 14 hospitalizadas (9 de Ciudad Guayana y 5 de Caracas, HUC) y 6 embarazadas ambulatorias (Ciudad Guayana), el diagnóstico de influenza A H1N1 2009 fue confirmado en 10 (7 de Ciudad Guayana y dos del HUC) casos por la técnica de PCR real time en tiempo real; en 7 la muestra no fue tomada y en 3 el resultado no ha sido reportado. La ETI se presentó en el primer trimestre del embarazo en 5 %, en el segundo 15 % y 80 % en el tercero. Rango de edad de 17 a 36 años, 50 % menores de 23 años. El promedio de hospitalización fue de 11 días en las que ameritaron UTI versus 5 días en las que no la ameritaron. Seis de 14 (42,85 %) de las hospitalizadas ameritaron cuidados intensivos. Al momento del ingreso:

Cuatro pacientes se encontraban en trabajo de parto y 6 tenían compromiso pulmonar (4 neumonía y 2 distress respiratorio). Síntomas de fiebre y tos se presentó 95 % de los casos, mialgias en 60 % y disnea en 40 %. Comorbilidad de base en 50 % de las hospitalizadas y neumonía a focos múltiples en 42,85 % (6 de 14) de las hospitalizadas. Las anomalías de laboratorio más frecuentes fueron: anemia severa, leucocitosis, aumento de transaminasas y de LDH. Tres embarazadas con diagnóstico confirmado de A H1N1 fallecieron, todas tenían enfermedad severa (hipoxia, taquipnea, neumonía a focos múltiples, requirieron ventilación mecánica) y se encontraban en el tercer trimestre del embarazo). La evolución adversa materno-fetal se presentó en 6 casos (42,85 % de las embarazadas hospitalizadas: Óbito fetal se presentó en 4 casos (un embarazo gemelar y una muerte materna); 1 aborto y 2 muertes maternas con recién nacido vivo). Recién nacido vivo en 8, ocho embarazos continuaron a término. Todos los casos recibieron tratamiento antiviral: oseltamivir en 12, zanamivir en 7 y combinado (oseltamivir y zanamivir) 1 caso. Antibioticoterapia por neumonía bacteriana confirmada fue indicada en 71,42 % (10/14) de las hospitalizadas. Conclusión: La ETI en este estudio afectó más a las embarazadas en el tercer trimestre, y causó evolución adversa materno fetal. Recomendamos incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de infección respiratoria grave en embarazadas, optimizar la toma de muestra y entrega de resultados para realizar un diagnóstico adecuado.

Palabras clave: Influenza A H1N1 2009, embarazada, infección respiratoria aguda.

P02. ALTA RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA (RVS) ENTRE NO-RESPONDEDORES PREVIOS CON GENOTIPO 1 Y PACIENTES CON RECAÍDA A PERGINTERFERÓN/RIBAVIRINA CUANDO SON RE-TRATADOS CON BOCEPREVIR (BOC) MÁS PEGINTERFERÓN ALFA-2A/RIBAVIRINA. Carmela G Oranges G.

MSD Venezuela

Brazo 1 (control) PEG2a [180 mg semanal] + R [1 000-1 200 mg/día, basado en peso] 48

semanas N = 67. Brazo 2 PEG2a [180 mg semanal] + R [1 000-1 200 mg/día, basado en peso] por 4 semanas (entrada) luego PEG2a/R + 800 mg BOC TID por 44 semanas N = 134 Respuesta fin de tratamiento 42 % (28/67) 74 % (99/134). Tasas de recaída 33 % (7/21) 12 % (11/95) RVS 21 % (14/67) 64 % (86/134)* No-respondedores previos 5 % (1/20) 47 % (17/36). Recaídas previas 28 % (13/47) 70 % (69/98). Pobres respondedores a interferón 0 % (0/9) 39 % (7/18). Respondedores a interferón 25 % (14/57) 71 % (79/112) *P<0,0001 vs control. Pacientes elegibles demostraron capacidad previa parcial de respuesta a interferón. Los no respondedores previos se definieron como con una disminución ≥ 2 -log₁₀ HCV RNA a la semana 12 de la terapia previa, pero con ARN VHC detectable durante el curso de la terapia. Los pacientes con recaídas previas tenían ARN VHC no detectable al final de la terapia previa sin alcanzar posteriormente una respuesta virológica sostenida. Una paciente en el brazo 1 y 4 pacientes en el brazo 2 tenían datos faltantes de semana 4.

P03. CUATRO SEMANAS CON PEGINTERFERÓN ALFA-2B/RIBAVIRINA PREDICE DE FORMA EFECTIVA RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA EN PACIENTES CON VHC-1 VÍRGENES y REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO TRATADOS CON BOCEPREVIR MÁS PEGINTERFERÓN ALFA-2B/RIBAVIRINA. Carmela G Oranges G.

Antecedentes y objetivos: Una terapia de entrada (LI) por 4 semanas con peg-interferón alfa-2b y ribavirina (PR) antes del añadido de boceprevir (BOC) ha demostrado seguridad y eficacia en estudios fase 3 (SPRINT-2 y RESPOND-2) para el tratamiento de pacientes con infección por VHC G1, vírgenes y con falla previa al tratamiento. Nuestra meta fue evaluar la disminución de ARN-VHC después de 4 semanas de terapia LI PR como un predictor de RVS. Métodos: Pacientes (1.097 SPRINT-2, 403 RESPOND-2) fueron asignados al azar a 4 semanas de PR, seguidas por (1) PR más placebo por 44 semanas (48 PR), (2) PR más terapia guiada por la respuesta (BOC TGR) en vírgenes al tratamiento: por 24 semanas, con 20 semanas adicionales de PR si había ARN VHC detectable durante las semanas 8-24 (regla de detención a la semana 24 – todos los brazos); falla previa al tratamiento: por 32 semanas, con 12 semanas adicionales si había ARN VHC detectable a la semana 8 (regla de detención a la semana 12 – todos los brazos), o (3) PR más BOC por 44 semanas (BOC/PR48).

El punto final primario fue RVS 24 semanas postterapia (Roche TaqMan LLD = 9,3 UI/ mL). Resultados: La tabla muestra la relación entre la disminución log₁₀ ARN-VHC después de LI y RVS. Las tasas de RVS fueron mayores con disminuciones $\geq 1,0$ log₁₀ en ARN VHC después de LI que en pobres respondedores al interferón, definidos por declinaciones < 1.log₁₀: 80 vs. 33 % en vírgenes al tratamiento y 76 vs 33 % en pacientes con falla previa al tratamiento. La clasificación y el árbol de análisis de regresión demostraron que el mejor predictor de RVS en la semana de tratamiento 4 fue una disminución de aproximadamente 1-log₁₀ en la carga viral desde la línea basal. PPV y NPV para RVS después de disminuciones $\geq 1,0$ -log₁₀ LI fueron 79,6/ 67,2 para los vírgenes al tratamiento y 75,9/ 66,7 para los pacientes con falla previa al tratamiento. Los pacientes con ARN-VHC no detectable después de LI tuvieron tasas RVS de 89,5 %-100 %. Conclusión: En pacientes vírgenes al tratamiento y pacientes con falla previa al tratamiento, mientras mayor la disminución en ARN-VHC después de 4 semanas de LI o PR, mayores las tasas de RVS. Mientras la respuesta ARN-VHC a LI predice RVS, no se debería usar para predecir futilidad porque un tercio de los pobres respondedores a PR LI logran RVS con la terapia de combinación con BOC.

P04. HEPATITIS, HEPATITIS SEVERA E INSUFICIENCIA HEPÁTICA EN NIÑOS CON DENGUE HEMORRÁGICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Ivelisse Coromoto Natera Alvizu.

Hospital Universitario de Caracas.

El dengue hemorrágico/dengue severo (DH) es una manifestación potencialmente fatal que puede causar afección hepática. Objetivo: Reportar el compromiso hepático en niños con DH. Método: Revisión de características demográficas y paraclínicas de niños egresados de Pediatría Médica Infecciosa-Hospital Universitario de Caracas, septiembre 1999-junio 2009, con DH. Según la alanino-aminotransferasa (ALT), se agruparon: Grupo A ≤ 40 UI; Grupo B, $<40 > 200$ UI; Grupo C, ALT > 200 UI (hepatitis severa). Resultados: De 495 niños con DH y transaminasas, 99 % presentaron elevación de aspartato-aminotransferasa (AST), promedio= 261 UI (41-11 636) y el 55 % de ALT (186 UI rango 41-5 962). Grupo A, 224 niños; Grupo B, 271 niños con ALT=87UI y Grupo C, 45 niños con ALT $682 \pm 1\ 060$ UI, 18/45 con insuficiencia hepática aguda (IHA) y 7/18 (39 %)

con encefalopatía hepática con un fallecido. No hubo diferencias estadísticas en las variables, excepto el predominio de varones, fiebre bifásica (FB) y la estancia hospitalaria en el grupo C; además de P/E > P95 más frecuente en los grupos B y C. Conclusiones: El compromiso hepático en DH es muy frecuente, con afección severa en el 9 % y mayor elevación de AST que ALT. El sexo masculino, la FB y la estancia hospitalaria predominaron en afección severa. El P/E > P95 predominó en los grupos con ALT elevada. Recomendaciones: En áreas endémicas del dengue, descartar DH en niños con IHA y predominio de AST sobre ALT. Iniciar precozmente medidas terapéuticas para encefalopatía hepática, en pacientes con afección hepática por DH, masculinos y con FB. Evaluar la relación obesidad/Severidad hepática por VD.

P05. DISTRIBUCIÓN GENOTIPO-ESPECÍFICO DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO DE PACIENTES DE CARACAS, VENEZUELA EN EL PERÍODO DE ENERO-JUNIO 2011 CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS – VENEZUELA. Silvanna Verlezza Villalón, Elvia Rivas, Norma Tovar, Mercedes Flores.

Clínica El Ávila. Caracas

Introducción: La infección por el virus de papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual común tanto en hombres como en mujeres, en Venezuela no existen datos oficiales sobre su distribución. En América del Sur, aproximadamente 13,2 % de las mujeres en la población general están infectadas con el VPH. En el sexo masculino, la infección por VPH está asociada con lesiones escamosas preinvasivas del pene y de ano y con el cáncer de los mismos. Existen más de 100 tipos de VPH y su variabilidad genética se relaciona con su capacidad de inducir el cáncer. Existen dos vacunas para la profilaxis de las infecciones por VPH, una bivalente que protege contra los genotipos de VPH 16 y 18 (Cervarix) y una vacuna tetravalente que protege contra los genotipos 16, 18, 6 y 11 (Gardasil) ambas tienen una eficacia cercana al 100 % para la prevención de lesiones relacionadas al VPH en mujeres no expuestas previamente al virus. **Objetivo:** Determinación de porcentajes de positividad de VPH y distribución de sus genotipos a partir de determinaciones realizadas en el período de enero 2011 hasta junio 2011 con técnicas de biología molecular, con la finalidad de aportar información epidemiológica para la evaluación de la utilidad del uso de las vacunas contra VPH

en la población como medida preventiva de la infección por el virus. **Resultados:** Se procesaron un total de 131 muestras, de las cuales 82 (63 %) fueron positivas para la amplificación de ADN-VPH. Para el sexo femenino fueron positivas 42,30 % de las muestras y para el sexo masculino 69,81 %. Para el sexo femenino los grupos etarios con mayor positividad para ADN-VPH son los comprendidos entre 25 - 29 años y 30 - 34 años, con 25 % y 22 % respectivamente; para el sexo masculino los grupos comprendidos entre 30 - 34 años y 35 - 39 años 24 % y 19 % respectivamente. En cuanto a los genotipos VPH-AR, los más comunes encontrados en la población estudiada son: VPH 52, 51 y 16, mientras que para los Genotipos VPH-BR el más común es el VPH 6. **Conclusiones:** El cáncer cervical es un problema de salud pública en nuestro país. El tamizaje con citología no ha tenido impacto sobre la prevalencia, por lo que se sugiere el uso de pruebas más sensibles, como aquellas que detectan el ADN-VPH y sus genotipos. Es fundamental incluir la vacuna de profilaxis en el esquema de vacunación nacional, ya que se disminuirían considerablemente las infecciones por VPH, logrando un máximo costo-beneficio si los programas de vacunación se enfocan de la manera adecuada. La cifra de hombres infectados con VPH se encuentra considerablemente por encima de las mujeres en la población estudiada, esto es un indicio de la necesidad de realizar estudios de prevalencia a gran escala tanto para el sexo femenino como masculino y de igual manera establecer si es necesario incluir al sexo masculino en los programas de vacunación. De igual manera el desarrollo de nuevas vacunas contra otros genotipos de VPH-AR es necesario.

P06. CARACTERIZACIÓN SEROLÓGICA DEL VIRUS DE HEPATITIS E EN PACIENTES VENEZOLANOS, REFERIDOS AL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL”. CARACAS – VENEZUELA. Doneyla Alejandra Sánchez Partidas¹, Cristina del Rosario Gutiérrez García¹, María Caridad Montalvo², Flor Helen Pujol³, Belquis Pinto¹, Elsa Patricia Chacón¹.

¹Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”;

²Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, ³Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas.

El virus de la hepatitis (VHE) produce una infección aguda autolimitada. La vía fecal-oral es la principal vía de transmisión en los países en desarrollo. Esta enfermedad es endémica en algunas regiones tropicales y subtropicales, donde aparece como brotes, epidemias y casos clínicos esporádicos. La infección con

el VHE, es particularmente fatal en mujeres embarazadas, con una tasa de mortalidad elevada (entre 10 % y 20 %). El objetivo de esta investigación fue estimar la incidencia del VHE en sueros de pacientes venezolanos con sospecha clínica de infección por el VHA, referidos al Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Se evaluaron 74 muestras de sueros de pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 1 y 51 años, las cuales fueron seleccionadas y clasificadas, en base a la positividad para anti-VHA IgM. La evaluación serológica de los anticuerpos anti-VHE isotipo IgM, se realizó mediante ensayos inmunoenzimáticos tipo ELISA. La frecuencia de anticuerpos anti-VHE IgM fue de 29,3 % (22/74 muestras) en la población evaluada. Se detectó una elevada frecuencia de positividad para anti-VHE IgM, en pacientes menores de 20 años de edad [72,7 % (16/22)]. La coinfección VHA/VHE se encontró en el 30,8 % (12/39) de los pacientes. Estos hallazgos sugieren que existe una elevada seroprevalencia del VHE en forma de mono-infección y en la co-infección con el VHA en la población estudiada.

P07. VIRUS EMERGENTES EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: VIRUS BK. UNIDAD DE TRASPLANTE HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". CARACAS, VENEZUELA. David Arana¹, Katuska Melendez¹, F Zambrano², David Arana Garcia¹, Bernardo Uribe¹, W Gonzalez¹, Violeta Silva¹, Carlos Gil¹, M Aguilar², Maria Eugenia Guzman³.

¹Unidad de Trasplante, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", ²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", ³Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Infectología.

El poliovirus BK es endémico en el mundo, presenta una seroprevalencia en adultos del 80 %; la infección primaria ocurre durante la infancia, permanece latente en el tracto urogenital, linfocito B, hígado, cerebro y pulmón; la inmunosupresión usada en pacientes trasplantados lo reactiva. Entre un 10 % - 60 % de los trasplantados renales presentan infección por BK con consecuencias catastróficas para el injerto. A continuación se presentan tres casos de niños trasplantados con esta patología. Caso 1: escolar masculino de 7 años, retrasplante, su inducción fue con Thyimoglobuline®, metilprednisolona y MPA, Biopsia protocolo mostró nefritis tubulointersticial por virus BK junto a citología urinaria y PCR en sangre positivo. Caso 2: escolar femenina de 6 años, inducción con Thyimoglobuline®, esteroides y MPA, cursó con disfunción del injerto al 3 mes postrasplante, se le realizó PCR y citología

urinaria que resultaron positivas para virus BK. Caso 3: escolar masculino de 8 años, inducción con basiliximab, metilprednisolona y MMF, 2 años postrasplante se le realiza despistaje con PCR y citología urinaria que resultó positiva para virus BK, biopsia protocolo previa sin hallazgos pertinentes. La inmunosupresión fue modificada a minimización de anticalcineurínicos, retirada de esteroides e introducción de rapamicina. Resaltamos, que los 2 casos que recibieron inducción con policlona perdieron la función del injerto; el que recibió inducción con el monoclonal y dentro de su esquema de mantenimiento no tiene esteroide; se mantiene con everolimus y MMF y tiene su función renal conservada. Conclusión: Es importante considerar la emergencia de infecciones asociadas al virus BK en pacientes trasplantados porque puede causar disfunción o pérdida del injerto y debemos realizar diagnóstico diferencial con rechazo agudo, por ello, es imperativo el diagnóstico temprano y seguimiento para establecer las conductas apropiadas. Se describen los tres primeros casos pediátricos de nuestro centro; actualmente, se reporta un caso adulto de reciente diagnóstico.

Palabras clave: Trasplante renal, pediátrico, virus BK, adulto, poliovirus, injerto, disfunción del injerto, rechazo agudo.

P08. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL CENTRO MÉDICO VALLE DE SAN DIEGO. PERÍODO 2 AÑOS. ESTADO CARABOBO. VENEZUELA. Aracelys Valera de M¹, Daxi Medina², Eloina Garcia³, Egri Rodríguez⁴, Aura Ricaurte², Pedro Magdaleno⁵, Keila Marchena⁶.

¹CMVDS; ²CMVSD; ³CMVS; ⁴CHET-CMVDS; ⁵Ambulatorio del Cambur; ⁶CCFA Y CCLG

Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) afectan 30 % de los pacientes y la mortalidad atribuible puede llegar 44 %, recién nacidos ingresados en unidades de neonatología y contraen estas infecciones, poseen una tasa de letalidad comprendida 12 % - 52 %, dispositivos vasculares son fuente de infección más frecuente. Investigación descriptiva, transversal, retrospectiva, la muestra 42 neonatos ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Centro Médico Valle de San Diego. Objetivos: Establecer incidencia de IAAS en neonatos ingresados UTIN del Centro Médico Valle de San Diego, en 2 años. Específicos: Establecer la edad gestacional, sexo y peso al nacer. Identificar los factores de riesgos. Identificar origen

de infección. Detectar los microorganismos causales. Resultados: La población 292 (100 %) neonatos, de los cuales 42 (14,38 %) presentaron IAAS; 24 (57 %) género masculino y 18 (43 %) femenino; edad gestacional: 38-40 semanas 17 (%), 36-37 semanas o pretérminos límite 14 (%); < 36 semanas 7 (16,16 %), > 40 semanas 4 (9,52 %). Peso la categoría 3: > 2 500 g, 17 (40,47 %) M, categoría 2: 1 501- 2 500 g, 15 (35,71 %) y categoría 3: < 1 500 g) 10. Factores de riesgo, 42 (20,38 %) uso de antibióticos de amplio espectro; 35 (16,99 %) intubación; 30 (14,56 %) hiperalimentación, catéter y sonda vesical, respectivamente. Origen de las IAAS, 19 (28,79 %) tracto respiratorio, 11 (16,67 %). Genitourinario, 9 (13,64 %). Tegumentario, 8 (12,12 %) punta de catéter endotraqueal, 7 (10,61 %). Cardiovascular, 5 (7,58 %). Punta de catéter vascular, 5 (7,58 %). Catéter vesical, 1 (1,52 %). Intraabdominal, 1 (1,52 %). Gastrointestinal. Microorganismo identificados *Staphylococcus aureus* 18,18 %, *Cándida parapsilosis* 15,15 %, *Candida albicans* 12,12 %, *Candida tropicalis* 10,61 %, *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE 9,09 %, *Staphylococcus coagulasa negativo* 9,09 %, *Stenotrophomonas maltophilia* 6,06 %, *Pseudomonas aeruginosa* 3,03 %, *E. coli* productora de BLEE 3,03 %, *E. coli* 3,03 %, *Candida pelliculosa* 3 %. Las IAAS son frecuentes en las unidades de neonatología. Palabras clave: Infecciones asociadas a la atención de salud, factores de riesgo, origen de infección, microorganismos.

P09. EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA 13 VALENTE PARA PREVENCIÓN DE ENF. NEUMOCÓCCICA EN NIÑOS VENEZOLANOS. Julio S Castro M¹, Luis R Echezuria M², Alejandro Riquez².

¹IMT UCV; ²UCV Medicina

Objetivo: Se compara económicamente vacunación universal y la no vacunación, para definir cual estrategia tiene el mejor perfil fármaco-económico (costo efectividad) para el abordaje de enfermedad neumocócica (EN) en un lapso de 10 años. **Métodos:** Se diseñó un modelo tipo análisis de decisión para comparar los costos directos de la enfermedad neumocócica y contrastarlos con los costos del programa de vacunación con vacuna anti neumocócica 13 valente, en un horizonte de 10 años. Se estimaron costos directos de la enfermedad tanto en sector público como privado, con la estructura de costos del año

2010. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez del modelo. Se utilizó *Excel 2007*, *Microsoft Access 2007* y *STATA 5.0* como herramienta estadísticas y de modelaje. Resultados: La estrategia con vacuna 13 valente anti neumocócica resultó más costo efectiva, comparada contra no vacunación, produciendo un ahorro neto de 242 millones de US\$ y evitando 4 471 muertes en 10 años. Se salvarían 121 346 años de vida y se ganarían 116 700 años ajustados a calidad de vida, el ahorro por niño vacunado sería de 78 US \$ y la estrategia de vacunación en términos de costo por año de vida salvado sería "costo ahorrativa". Conclusión: La vacunación con antineumocócica 13 valente tiene efecto beneficioso tanto desde el punto de vista epidemiológico como económico comparado contra la estrategia de no vacunar.

P10. OSTEOMIELITIS ¿INFECCIOSA O NO? ENFOQUE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS-VENEZUELA. Ailim Margarita Carias Dominguez¹, Gabriel Sifontes², Jesus Veitia³.

¹Hospital Universitario de Caracas;

La osteomielitis es un proceso inflamatorio, cuyo diagnóstico puede hacerse orientado por la clínica, apoyado en exámenes paraclínicos y confirmado a través de estudios imaginológicos o biopsia de hueso. Se presenta el caso de preescolar masculino de 3 años de edad, quien consulta 3 meses posterior a traumatismo en miembro superior izquierdo, por presentar aumento de volumen y limitación funcional en miembro superior izquierdo sin dolor, eritema o calor local. Al realizarse rayos X se evidencian lesiones sugestivas de periostitis, en TAC de brazo izquierdo, se aprecian lesiones osteoclásticas en epífisis de húmero, con levantamiento del periostio en 1/3 medio y distal del mismo y resonancia magnética que evidencia alteración difusa de la intensidad de la señal con signos difusos de edema medular que afecta el tercio distal del húmero izquierdo en región epicondilea y epitroclear, estos plantearon dudas diagnósticas sobre la etiología del proceso. Se realizó gammagrama óseo marcado con ciprofloxacina con seguimiento a las 24 horas el cual reporta distribución fisiológica del radiofármaco, sin captación en codo izquierdo con lo cual se descarta proceso infeccioso. **Discusión:** Las infecciones óseas son difíciles de reconocer en las fases precoces de la enfermedad, y plantean problemas tanto

en el diagnóstico como en el manejo médico y quirúrgico. Actualmente contamos con métodos no invasivos para diferenciar dichos procesos osteomielíticos de tumores o consolidaciones postraumáticas como este caso, el cual presentó una consolidación indirecta o secundaria, producida en fracturas no estabilizadas quirúrgicamente o que permiten movilidad interfragmentaria.

P11. PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD EN *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILIN RESISTENTE ASOCIADO A INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS. CLÍNICA SANATRIX CARACAS-VENEZUELA. Kathleen Katherine Pulido Villadiego¹, Olga Bonilla², Jhenyfer Cote², Vanessa Oliveira², Rosalinda Baptista², Norellys Cruz², María Khalil², Yajaira Hernández².

¹Clínica Sanatrix. Caracas

Introducción: El *S.aureus* ha sido uno de los microorganismos mayormente aislados como causante de infecciones de piel y partes blandas tanto en el ambiente intrahospitalario, como en la comunidad. Gracias a los factores de patogenicidad que este germen posee constitutivamente, se manifiesta la intensidad de la infección. Objetivos: Establecer la susceptibilidad antimicrobiana en cepas de *S. aureus* *meticilin-resistente* (MRSA) aislado en infecciones de piel y partes blandas. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal de cultivos provenientes de muestras de pacientes hospitalizados (H) y de consulta externa (CE), que presentaron infección de piel o partes blandas durante el 01/01/08 al 30/03/11, que asistieron a la Clínica Sanatrix. La identificación de MRSA se realizó mediante el uso del disco de cefoxitina, el sistema Microscan®-Siemens y una prueba rápida de aglutinación de partículas de látex para la detección de PBP2 a través del empleo del *Slidex MRSA detection-Biomerux*. Las pruebas de susceptibilidad se realizaron siguiendo recomendaciones de la CLSI y el D-Test para confirmar sensibilidad a clindamicina. Resultados: un total de 95 cepas MRSA, 61 % correspondieron a pacientes de H y 39 % CE. En relación al perfil de susceptibilidad, se obtuvo para pacientes H: eritromicina (E) 41 %, clindamicina (CC) 71 %, ciprofloxacina (CIP) 81 % y trimetopim/sulfametoxazol (SXT) 98 %. Mientras que, los pacientes de CE: E 38 %, CC 65 %, CIP 70 %, SXT 94 %. Ambos grupos mostraron 100 % de sensibilidad para rifampicina (RA), vancomicina (VA), teicoplanina (TEI), linezolid (LZD), y tigeciclina (TGC). Conclusiones: La MR en cepas de *S.*

aureus limita el tratamiento antimicrobiano. Sin embargo, la población estudiada presentó porcentajes de sensibilidad mayores al 90 % para SXT y 100 % para glicopéptidos, RA, TGC y LZD, resultando opciones terapéuticas alternativas en este tipo de infecciones.

P12. PRIMERA CEPA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC IDENTIFICADA EN LA CLÍNICA SANATRIX. CARACAS-VENEZUELA. Kathleen Katherine Pulido Villadiego¹, Olga Bonilla², Patricia Bohorquez², Vanessa Oliveira², Rosalinda Baptista², Norellys Cruz², María Khalil², Yajaira Hernández², Luis Torres², Jeisybeth Luque², Jhenyfer Cote³, Jhenyfer Cote³.

¹Clínica Sanatrix; ²; ³Laboratorio de Bacteriología

Los carbapenems son antibióticos de primera línea que presentan un amplio espectro de actividad y pueden ser utilizados en infecciones complicadas causadas por bacterias multirresistentes. La aparición en la última década de microorganismos con resistencia (R) adquirida a estos antibióticos limita las opciones terapéuticas y representa una alerta epidemiológica importante. Objetivos: Describir la identificación fenotípica y molecular del primer caso de *C. freundii* productor de carbapenemasa tipo KPC, aislado en la clínica Sanatrix. Metodología: Se aisló una cepa de *C. freundii* en una muestra de secreción en cadera de un paciente masculino de 59 años de edad recluso en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) de la Clínica Sanatrix-mayo 2011 por presentar sepsis con punto de partida en partes blandas, absceso en tercio proximal y región trocantérica derecha en articulación de cadera derecha. El paciente fue sometido a varias limpiezas quirúrgicas y drenajes, de las cuales pudo obtenerse esta muestra, la cual fue cultivada en medios convencionales. La identificación y susceptibilidad fueron determinadas mediante el sistema Vitek 2 Compact (Biomerieux®). La detección fenotípica se realizó mediante el test de Hodge (TH) y evaluando la sinergia con ácido fenil-borónico 300 µg (APB). La presencia del gen *blaKPC*, se determinó mediante PCR convencional. Resultados: El aislamiento de *C. freundii* presentó resistencia (R) a los carbapenems y a los demás antibióticos probados, con excepción de tigeciclina y colistina, a los cuales estuvo sensible. El test de Hodge evidenció la actividad de la enzima carbapenemasa y la sinergia con el ácido fenil-borónico. Sin embargo, en estos casos la identificación se confirmó mediante los iniciadores específicos para el gen *bla*

kpc y el producto de amplificación esperado de 893 pb. Conclusiones: la identificación de enterobacterias R a los carbapenems constituye un serio problema de salud pública. Los laboratorios de microbiología deben notificar este tipo de aislamiento para considerar las medidas adecuadas de prevención y control.

P13. BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO EN *ENTEROBACTER SPP.* AISLADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. Rosa María Tedesco Maiullari¹, Armando Guevara Patiño².

¹Departamento de Parasitología y Microbiología, Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar.; ²Unidad de Microbiología e Infectología, Complejo Hospitalario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Uno de los principales microorganismos responsables de infecciones nosocomiales emergentes son los pertenecientes al género *Enterobacter spp.* El uso de cefalosporinas de amplio espectro aumenta el riesgo de infecciones por estos microorganismos. Estudios recientes informan un aumento en la producción de betalactamasas de espectro expandido (BLEE) en *Enterobacter spp.* lo cual contribuye a la resistencia del microorganismo frente a los β -lactámicos. Objetivo: Determinar la frecuencia de betalactamasas de espectro expandido en *Enterobacter spp.* aislados del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, durante el período comprendido entre enero y julio de 2011. Métodos: Las cepas se identificaron por métodos convencionales y se les realizó la detección de BLEE por método de disco combinado y sinergia de doble disco. Resultados: Se aislaron 52 cepas de *Enterobacter spp.* de las cuales el 51,92 % correspondió a *E. aerogenes*, 38,46 % a *E. cloacae* y 9,61 % al complejo *E. agglomerans*. El 44,23 % (n=23) resultaron ser productoras de BLEE, representadas por *E. aerogenes* en 26,92 % (n=14) y por *E. cloacae* con 17,31 %. El mayor número de cepas BLEE provinieron de muestras de secreción purulenta con un 25 % (n=13). La mayoría de las cepas productoras de BLEE 78,26 % (n=18) fueron detectadas por el método de sinergia de doble disco, mientras que por el método de disco combinado resultaron positivas el 69,57 % (n=16). Conclusión: En Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” circula un alto porcentaje de cepas de *Enterobacter spp.* productoras de BLEE, las cuales pueden ser detectadas principalmente usando el método de sinergia de doble disco. Palabras clave: *Enterobacter spp.*,

betalactamasas de espectro expandido.

P14. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. Norma Ruiz¹, Yrene Vasquez De Azocar¹, José Ilarraza¹, Nelva Orozco¹, Eduardo Gayoso¹, Francia Moy¹, Andreina Oropeza¹, Carmen Alvarez¹, Silva, Sandra² Enza Spadola¹.

^{1,2}Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Caracas.

Se les conoce de amplio espectro (ESBL) por su amplio rango de acción y de ser capaces de inhibir una gran variedad de antibióticos tales como cefalosporina y aztreonam. Objetivo: Dar a conocer el número de Enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (ESBL) en muestras de urocultivo, hemocultivo y secreción bronquial en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” desde agosto 2010 hasta abril 2011. Métodos: Se incluyeron todas las muestras de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del centro en estudio. Se emplearon los métodos de difusión de disco de CLSI y el método confirmatorio para la detección de las BLEE de Micro Scan® ESBL. A todas las cepas incluidas en la investigación se les realizaron pruebas de susceptibilidad mediante el método de Bauer-Kirby. Resultados: Se analizaron 3 811 muestras; 346 de urocultivo, 240 de hemocultivo; y 224 de secreción bronquial. Resultando 810 muestras con desarrollo bacteriano. Se identificaron 298 cepas pertenecientes a la familia *Enterobacteraceae*. Se confirmó la producción de BLEE en 60 cepas. Las cepas aisladas en muestra de orina y sangre se presentaron con proporción semejante 78 % no BLEE y 22 % BLEE; la diferencia se presenta en las cepas identificadas en muestra de respiratorio donde la proporción fue 15 %. Las cepas productoras de BLEE la más frecuentes resultó la *E. coli* con 23,43 %, seguida de *E. cloacae*. 20 % y *K. pneumoniae* 16,66 %, el resto de las enterobacterias resultaron no BLEE. Discusión: Al comparar los porcentajes obtenidos en esta investigación con los reportados en Latinoamérica, se observa por debajo de lo descrito. Si comparamos con el estudio de BLEE de 2006 en nuestro centro, es interesante observar un descenso. Conclusión: En general la producción de enterobacterias productoras ESBL fue de un 20,13 %. Las más frecuentes resultó la *E. coli* con 23,43 %, seguida de *E. cloacae* 20 % y *K. pneumoniae* 16,66 %, el resto de las enterobacterias resultaron no BLEE para nuestro centro hospitalario.

P15. DISEMINACIÓN DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC EN VENEZUELA. CARACAS – VENEZUELA.
Jeisybeth Luque.

UCV

La resistencia a carbapenems en la familia *Enterobacteriaceae* constituye un problema creciente a nivel mundial, siendo el mecanismo de mayor impacto clínico, epidemiológico y microbiológico, la producción de serino-carbapenemasas KPC. Objetivo: Investigar la presencia de carbapenemasas tipo KPC en aislados de enterobacterias resistentes a carbapenems, provenientes de diversos centros de salud a nivel nacional, durante el período mayo 2010- junio 2011. Métodos: En esta investigación se analizaron 91 aislados de Enterobacterias: *K. pneumoniae* (48), *E. cloacae* (30), *E. aerogenes* (4), *E. coli* (2), *C. koseri* (1), *C. freundii* (6), con resistencia a Carbapenems provenientes de 14 centros de salud. La susceptibilidad antimicrobiana se evaluó siguiendo los criterios de la CLSI 2011. La detección fenotípica de carbapenemasas se realizó mediante el test de Hodge modificado y evaluando la sinergia con el ácido 3-aminofenilborónico 300 µg/disco. Se realizó el Test de Hodge “doble modificado” a los aislados de enterobacter y citrobacter. La detección genotípica de carbapenemasas se llevó a cabo mediante PCR utilizando iniciadores para el gen blaKPC. Resultados: Todos los aislados presentaron halos de inhibición ≤ 22 mm para meropenem y ertapenem. El 95 % de los aislados resultaron positivos para el test de Hodge modificado, el test con ácido borónico, y para el gen blaKPC. En el test de Hodge “doble modificado”, se observó 100 % de positividad. Conclusiones: La resistencia a carbapenems mediada por carbapenemasas KPC, se ha incrementado en los últimos años en el país y el carácter plasmídico de estas enzimas les permite su fácil diseminación entre diversos géneros de enterobacterias.

P16. DISEMINACIÓN CLONAL DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTORAS DE METALO β-LACTAMASAS EN HOSPITALES DEL ORIENTE Y SUR DE VENEZUELA. Armando J Guevara-Patiño¹, Carmen Sierra², Jacobus H de Waard³.

¹Departamento de Parasitología y Microbiología. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar, ²Posgrado en Microbiología. Facultad de Farmacia y Bioanálisis, Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela, ³Laboratorio de Tuberculosis. Instituto de Biomedicina, Caracas,

Venezuela.

Se estudiaron 17 aislamientos de *P. aeruginosa* con resistencia a los carbapenems para determinar la producción de metalo β-lactamasas (MBL) y establecer su relación clonal. Estos aislamientos provinieron de pacientes con infección nosocomial de los hospitales “Antonio Patricio Alcalá” (HUAPA) de Cumaná, “Industrial de San Tomé” (HIST), “Ruiz y Páez” (HURP) de Ciudad Bolívar y “Raúl Leoni” (HRL) de San Félix. Se determinó su perfil de susceptibilidad por el método de difusión, se detectó la presencia de MBLs usando discos de carbapenems solos y combinados con EDTA/SMA (0,5M/300mg/ml) y mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se estableció su relación clonal mediante la electroforesis de campos pulsantes (ECP). Todas las cepas fueron resistentes a β-lactámicos, aminoglucósidos y fluoroquinolonas. Cinco aislamientos fueron sensibles al aztreonam, 3 resistentes y 9 presentaron susceptibilidad intermedia. En todas se demostró producción de metaloenzimas por el método de discos combinados. A través de PCR y secuenciación se detectó MBLs de tipo VIM-2 en todos los microorganismos. Mediante la ECP, los aislamientos pudieron dividirse en 3 grupos de similitud. El grupo dominante (A) estuvo constituido por 13 aislamientos de los cuatro hospitales, con similitud superior al 83 % entre ellos. Dos aislamientos del HUAPA conformaron el grupo B y otros dos el grupo C con similitud de 73 % y 65 % respectivamente con el grupo A. Estos resultados confirmaron que en los hospitales de Cumaná, San Tomé, Ciudad Bolívar y San Félix, circulan cepas de *P. aeruginosa* productoras de MBLs de tipo VIM-2, con un origen clonal común. Asimismo, en el hospital de Cumaná (HUAPA) circulan cepas de origen policlonal.

P17. ACTIVIDAD COMPARATIVA DE DAPTOMICINA Y VANCOMICINA FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS. HOSPITAL DE CLÍNICAS CARACAS. CARACAS-VENEZUELA. Herimar Vierma, Elisa Farina B, Jessy K Peña E, Josefina Ferrer M, Juana Papatzikos G.

Hospital de Clínicas Caracas.

El *S. aureus* es actualmente uno de los microorganismos causante de infecciones graves, tanto a nivel nosocomial como comunitario. A través de los años, este microorganismo ha ido desarrollando resistencia, esto hace cada vez más necesaria la búsqueda

de nuevos compuestos con actividad frente a este microorganismo. **Objetivo:** evaluar la actividad de la daptomicina y vancomicina frente a aislamientos de *S. aureus* de muestras de piel, partes blandas y sangre, recolectados en el Hospital de Clínicas Caracas desde junio de 2009 hasta junio de 2011. **Método:** Se incluyeron 120 cepas de *S. aureus*. Se confirmó la identificación de estos mediante la utilización del sistema Vitek 2 Compact (bioMérieux, Francia). Todos los aislamientos procedían de hemocultivos clínicamente significativos (8,4 %), piel y partes blandas (91,6 %). Los estudios de sensibilidad se llevaron a cabo mediante el método de E-test® (bioMérieux, Suecia). **Resultados:** El promedio de CIM para vancomicina es de 1,06 µg/mL y la moda de 1 µg/mL, destacándose que no se aisló ninguna cepa con resistencia ni heteroresistencia para este antibiótico, mientras que para daptomicina el promedio fue de 0,16 µg/mL, y la moda de 0,094 µg/mL, destacándose que no se aisló ninguna cepa resistente. **Conclusiones:** Se recomienda monitorizar con estudios microbiológicos la CIM tanto de vancomicina como daptomicina durante el tratamiento prolongado en pacientes con infecciones graves para verificar la eficacia clínica de dichos antibióticos. Según los resultados de este estudio se puede considerar a daptomicina como un tratamiento útil en las infecciones graves por *Staphylococcus aureus*.

P18. EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN INFECCIÓN URINARIA. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS VENEZUELA. Julio Simón Castro Méndez¹, Antonio Ríos F², Carmela Oranges².

¹Policlínica Metropolitana. Caracas

Objetivo: Evaluar el perfil de costo efectividad de varios esquemas de tratamiento antibiótico de infección urinaria baja (ITU) mediante un modelo fármaco-económico. **Métodos:** Se diseñó un modelo matemático tipo análisis de decisión para calcular costo efectividad para

4 esquemas de tratamiento primario de ITU 1) Amp-sulb 2) Ciprofloxacina 3) Tmp-smx 4) Ceftibuten. El modelo incorpora 3 premisas fundamentales: a) La probabilidad a priori de los posibles microorganismos y la efectividad de los antibióticos están basados en el perfil de resistencia y prevalencia para los gérmenes más frecuentes aislados en centro privado en urocultivos provenientes de la comunidad sobre un total de 2 794 cepas (Tabla 1, año 2008) b) Data económica expresada en BsF. relacionada a costos directos y perspectiva del pagador, asociados a infección urinaria en centro de atención privada. c) El paciente tipo es mujer con ITU baja, tratamiento inicial empírico, con re-evaluación a las 72 horas y hospitalización por 72 horas en los casos que fallaron al esquema primario. Se realizó análisis de sensibilidad con variación de 10 % para verificar robustez del modelo. Se utilizaron como programas de apoyo STATA 5.0 Microsoft Access y Excel 2007. **Resultados:** Ceftibuten obtuvo el mejor perfil de costo efectividad con un promedio de costo-pac de 1 766,2 BsF comparado contra Tmp-Smx de 3 532,3 BsF, Amp-sulb 4 508,8 BsF y ciprofloxacina 2 605,8. **Conclusiones:** Ceftibuten es la estrategia predominante y con mejor perfil de costo efectividad para tratamiento de infección urinaria no complicada. Los modelos fármaco-económicos son una herramienta útil para la toma de decisiones en uso de antibióticos (Tabla 1).

P19. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE ENTEROBACTERIAS AISLADAS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. VALERA ESTADO TRUJILLO. Belzi C Garcia Z, Maria E Rosario, Jorxy Castellano, Yoaly Rivas.

Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo". Valera. Edo. Trujillo.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y susceptibilidad antimicrobiana de enterobacterias aisladas en urocultivos en pacientes Hospitalizados en el Hospital Central "Pedro Emilio Carrillo" de la ciudad de Valera

Tabla 1

Microorganismo	Cepas (probabilidad)	Ciprofloxacina	Tmp-smx	Amp-sulb	Ceftibuten
<i>E. coli</i>	2 291(82,5)	69	48	39	86
<i>K. pneumoniae</i>	271(9,7)	84	75	10	93
<i>P. mirabilis</i>	217(7,8)	84	75	10	93

Estado Trujillo en 2010. Fueron evaluadas 692 muestras de orina de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de hombre y mujeres, emergencia pediátrica y de adultos, ginecología, puerperio, sala de parto, unidad de cuidados intensivos, cuidados intermedios, pediatría, urología, cirugía y unidad de neonatología, a las cuales se les realizó urocultivo y para la prueba de susceptibilidad antimicrobiana de las enterobacterias encontradas se utilizó el método de difusión con disco (Kirby-Bauer). Las enterobacterias aisladas con mayor frecuencia fueron *Escherichia coli* (66 %), seguido por *Enterobacter aerogenes* (9 %), *Enterobacter agglomerans* (7 %), *Enterobacter cloacae* (5 %), *Proteus vulgaris* (3,33 %) y *Pseudomona spp.* (3 %). En general los antimicrobianos con mayor actividad sobre las enterobacterias aisladas, fueron los aminoglucósidos: Amikacina (63,5 %) y gentamicina (62,7 %), seguidas de las cefalosporinas: Cefuroxime (55,75 %) y ceftriaxona (53,25 %), la nitrofurantoína presentó actividad intermedia (50 %), por último los antibióticos que mostraron baja actividad fueron ciprofloxacina (49,6 %), amoxicilina clavulánico (46 %), ampicilina sulbactam (42,65 %) y trimetopim sulfametoxazol (41,3 %). En conclusión, la *Escherichia coli* fue la enterobacteria más frecuente causante de infecciones en el tracto urinario en pacientes hospitalizados, encontrándose a la amikacina y la gentamicina como los antimicrobianos con mejor actividad en general contra las enterobacterias aisladas y la menor actividad la presentaron el trimetopim sulfametoxazol, y los inhibidores de beta lactamasas.

P20. *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter cloacae* PRODUCTORES DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN EL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” LA GUAIRA, ESTADO VARGAS. María Helena Da Silva C¹, Norma Azócar¹, Jasmín Rodríguez¹, Luis Carlos Torres C², Juan Rasines³, Mary González³.

¹Laboratorio de Bacteriología. Hospital del IVSS “Dr. José María Vargas”. La Guaira., ²Cátedra de Microbiología. Escuela de Bioanálisis. Universidad Central de Venezuela, ³Servicio de Infectología. Hospital del IVSS “Dr. José María Vargas”. La Guaira. Edo. Vargas.

La propagación de enterobacterias productoras de carbapenemasas en los entornos de salud es un importante problema médico y una amenaza a la salud pública. La presencia de serinocarbaenemasas tipo KPC en estas bacterias se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad, extendiéndose rápidamente en

Venezuela y el mundo. En este trabajo se reporta el hallazgo de dos aislados portadores de este mecanismo de resistencia. Se realizó identificación por metodología convencional y susceptibilidad por difusión, según CLSI 2011. La detección fenotípica de carbapenemasas se efectuó mediante el test de Hodge modificado y la sinergia con el ácido 3-aminofenil borónico (APB) de 300 µg. De la misma manera se confirmó mediante ensayos de PCR. En agosto 2010, se aisló *Enterobacter cloacae* a partir de secreción de pie diabético de un paciente masculino de 78 años de edad. Esta cepa presentó resistencia a los carbapenem (IMP=18mm, MEM=13mm, ERT=6mm) y sensibilidad solo frente a gentamicina. En febrero 2011, en un paciente masculino de 49 años con diagnóstico de diverticulitis perforada, absceso de pared y colostomía posterior a una apendicitis aguda; se encontró *Klebsiella pneumoniae* en punta de catéter, con halos de IMP=19 mm, MEM=17 mm y ERT=13 mm; mostrando sensibilidad únicamente a tigeciclina. En ambos casos, el test de Hodge modificado y la sinergia con APB fue positiva. Se confirmó por PCR la presencia del gen *bla_{KPC}*. Los plásmidos con KPC se están extendiendo rápidamente en Venezuela, por lo que deben generarse estrategias que permitan establecer rápidas y eficientes medidas de control para evitar su diseminación.

P21. GÉRMEENES Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA AISLADOS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2010. Marina Cardón¹, Meyani Pacheco², Yesenia Ortuno², Juan Vieira², Lisuett Sánchez², Isabel Díaz²

¹Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera; ²Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Objetivo: Establecer frecuencia de infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en 2010 y analizar los microorganismos aislados en ellas, así como su patrón de sensibilidad a los antimicrobianos. Método: Estudio no experimental descriptivo, observacional retrospectivo, en el cual se incluyó a 97 pacientes que tenían infección nosocomial y aislamiento microbiológico positivo. Resultados: 58,85 % del total de pacientes que ingresaron en el 2010 presentaron infecciones nosocomiales. El 70,7 % era de sexo masculino (87 pacientes) y el 29,26 % (36) de sexo femenino. El promedio de edad correspondió a 28,58 años y 30,86 años

respectivamente. El 60,1 % de las infecciones nosocomiales fueron neumonías, seguidas por infecciones de catéter en el 10,5 % de los casos, infección intraabdominal en 8,9 %, bacteriemia en 8,58 %. En orden de frecuencia los bacilos gramnegativos no fermentadores (de ellos el *Acinetobacter spp.*), fueron los principales agentes causales reportando resistencia a aminoglucósidos 58,3 %, imipenem 41,3 %, meropenem 48 %, ceftazidime 55,5 %, cefop/sulbactam 60 %, piperacilina tazobactam 60 % y colistin 0 %, seguidos de Enterobacterias (de las cuales el primer lugar fue para *K. pneumoniae*) y en tercer lugar grampositivos, *Staphylococcus aureus*, reportándose resistencia a la oxacilina en el 50 % de los aislamientos. El 100 % de las enterobacterias aisladas fueron productoras de BLEE y el 17,6 % de la *K. pneumoniae* fue productora de carbapenemasa. Conclusión: las infecciones nosocomiales en UCI tienen una alta prevalencia, y una gran cantidad de microorganismos causantes, que a medida que pasa el tiempo y se establece mayor presión selectiva, estos incrementan su resistencia y disminuyen las opciones disponibles para hacer frente a este grave problema

P22. INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR *TRICHOSPORON SP.* EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, SERVICIO DE MEDICINA III. CARACAS, VENEZUELA. Karin Puente¹, Rosa Khalil², Alberto Millán², Jesús Viera²

¹Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Las micosis nosocomiales son cada vez más frecuentes. Aunque sigue siendo *Candida sp.* el patógeno más frecuente, recientemente se han descrito nuevos patógenos. Los hongos del género *Trichosporon* pueden causar infecciones locales y/o sistémicas en pacientes inmunocomprometidos. Se presenta un caso de infección nosocomial por *Trichosporon sp.* y *Candida albicans* en un paciente con glioblastoma multiforme recibiendo quimioterapia. Historia clínica: paciente masculino de 38 años de edad, con diagnóstico de glioblastoma multiforme desde septiembre de 2010, recibió radioterapia y quimioterapia hasta abril de 2011. Consulta por presentar tos seca, fiebre y disnea durante 15 días. Ingresó con diagnóstico de neumonía necrotizante. Recibe tratamiento empírico con vancomicina y cefepime durante 10 días persistiendo febril. Cultivo de esputo sin crecimiento. Se aísla *Cándida albicans* en urocultivo y punta del catéter central y

Trichosporon sp. en urocultivo mayor a 105 UFC/mL, sensibles a fluconazol, el cual recibe durante 10 días, decidiéndose omitir e iniciar anfotericina B al no observar mejoría, evidenciándose desaparición de la fiebre y disminución de los leucocitos al 3° día. Paraclínicos: Leucocitos: 15 600, linfocitos: 468, Hb: 9,1, Plt: 194 000, glicemia: 91, urea: 13, creatinina: 0,29, sodio: 131. TAC de tórax: consolidación en base derecha, patrón micronodular en lóbulos superiores y nodular grueso lóbulos inferiores, derrame pleural bilateral, bronquiectasia. Conclusiones: En pacientes hospitalizados, inmunocomprometidos, se debe plantear la presencia de infecciones por *Trichosporon*. Aún no ha sido determinada la frecuencia de infecciones causadas por este género por lo reciente del interés que ha surgido al respecto, por lo cual solo se hallaron reportes de casos en la literatura.

P23. INFESTACIÓN POR FASCIOLA HEPÁTICA E INFECCIÓN POR HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN HUÉSPED INMUNOSUPRIMIDO NO-VIH.

Beatriz Pernalet, José Luis Parada, Hugo Gori, Alfredo Mendoza, María Elena Ruiz, Xiomara Moreno, Andreina Oropeza, María Eugenia Guzmán, Rafael N Guevara, Ana María Cáceres, Carolina Macero, Gustavo Camacho, Marlene Plasencia, Francia Moy, Eduardo Gayoso, María Omaña.

La fasciolosis es una zoonosis causada por *Fasciola hepática*; los huéspedes habituales son las ovejas y el ganado, el humano es un huésped accidental. Tiene una distribución mundial; en humanos, prevalece en 67 % casos reportados en el Altiplano Boliviano, la presentación clínica está influenciada por el estadio evolutivo del ciclo del parásito. La histoplasmosis es una infección oportunista en pacientes con VIH, es endémica en nuestro país, por tanto, se observa en pacientes no-VIH (inmunocompetentes y/o otra inmunosupresión); la severidad varía de acuerdo a la intensidad de la exposición e inmunidad del huésped. Caso Clínico: Masculino, 31 años, ingeniero agrónomo, procedente del Edo. Guárico. Epidemiológicos: contacto con ganado, alimentos no pasteurizados, picadura por garrapata, animal doméstico infectado por Parvovirus, alergia al merthiolate, niega evaluación odontológica. En mayo 2011, diagnostican colitis ulcerosa (CU), tratamiento: mesalazina 3 g/d y meticorten 25 mg/d. Hospitalizado en junio 2011 por 16 días por síndrome diarreico y fiebre, recibió metronidazol y presenta fiebre en 39 °C un mes después de inicio de tratamiento para CU. El 06/07/11,

reingresa por fiebre en 39 °C-40 °C, dolor lumbar sin disuria, evacuaciones diarreicas que disminuyeron en frecuencia, sin moco ni sangre. Examen físico: peso 57 kg, TA 110/64 mmHg, Fc 94 ppm, Temp 38,5°C. En regulares condiciones, deshidratado, adenomegalias cervicales yugulares, supraclaviculares, occipitales, de 4 cm diámetro, no dolorosas, cardiovascular y pulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen: blando, deprimible, doloroso en marco colónico, no irritación peritoneal, puño percusión renal +. Adenomegalias 2 cm inguinales derechas, sin estigma de embolización, no déficit neurológico. Laboratorio: neutrofila, trombocitosis, alteración de aminotransferasas, elevación de reactivos de fase aguda, examen de heces (05/07/11): *Fasciola hepática*, *Entamoeba histolytica* quistes, *H. nana*. Rx Tórax (05/07/11): atelectasia laminar derecha, sin consolidados. Serologías negativas para hongos, brucelosis, rickettsiosis, erlichiosis, leptospira; hemocultivos, coprocultivo y urocultivo: negativo. PPD anérgico. Se indicaron estudios complementarios: tomografías de cuello, tórax, abdomen y pelvis, ecocardiograma, biopsia ganglionar concultivos respectivos e inicia albendazol y posteriormente praziquantel sin remisión de síntomas. Fue realizada Bx ganglionar en centro privado, anatomía patológica y bacteriología aislamiento: *Histoplasma capsulatum*. Inicia itraconazol con disminución progresiva de la fiebre, se investigará inmunodeficiencia primaria o macrófagos perezosos. Conclusiones: La histoplasmosis diseminada es simuladora de otras entidades y si se presenta con otro proceso infeccioso o no infeccioso, puede confundir aún más, retrasando el tratamiento. Se presenta el caso de paciente con colitis ulcerosa que posterior al tratamiento inmunosupresivo presenta dos procesos infecciosos diferentes.

P24. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: NECROSIS PAPILAR RENAL BILATERAL POR *CANDIDA TROPICALIS*. Víctor José Saravia Molina.

Instituto Medicina Tropical/Policlínica Metropolitana.

La necrosis papilar renal por hongos, es una rara entidad nosológica, que se observa en pacientes diabéticos e inmunosuprimidos, sin estar presentes signos de fungemia, en la literatura solo hay algunos casos descritos, sin casuística global. Paciente masculino de 80 años quien ingresa a la unidad de emergencia en estado hiperosmolar con deshidratación severa y oliguria; sintomatología que comienza a mejorar con uso de insulina y administración de

líquidos endovenosos, a las 24 horas de ingreso, comienza a presentar oliguria nuevamente que progresa a anuria, se solicitó eco renal primero y luego urotomografía sin contraste, evidenciando engrosamiento de las paredes de la vejiga y de los uréteres, con imagen hipoecoica en pelvis renal, obstruyendo flujo de orina y dilatando ambos riñones. Se realiza nefrostomía bilateral, y se toman muestras para bacteriología y anatomía patológica, de donde reportan abundancia de levaduras, que son identificadas como *Candida tropicalis* descartándose la posibilidad de lesiones malignas. Discusión: la necrosis papilar renal es una complicación observada en pacientes diabéticos, que puede causar insuficiencia renal, y que responde a uso de antifúngicos tipo azoles, hay experiencias anecdóticas de uso de anfotericina intravesical, pero dada su rareza, no hay datos objetivos que confirmen esta terapéutica.

P25. CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BERGER, A PROPÓSITO DE UN CASO. Carmen Álvarez¹, Andreina Oropeza¹, Karil Salablanca¹, Carmen Moreno², Enza Spadola², José Álvarez¹, María Eugenia Guzmán¹, Francia Moy¹, Eduardo Gayoso¹, María Omaña¹, Yrene Vasquez¹, José Ilarraza¹

¹Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Infectología,
²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Bacteriología. Caracas.

La criptococosis es una enfermedad micótica con prevalencia en aumento desde 1980 debido al incremento de la población inmunocomprometida, convirtiéndose en la infección del SNC más frecuente en pacientes VIH, de igual manera esta descrita como una de las infecciones oportunistas que afecta a inmunodeprimidos por cáncer, trasplante y uso prolongado de esteroides. Debido a las dificultades diagnósticas se presenta el siguiente trabajo. Caso clínico: Masculino, 37 años, con enfermedad de Berger (octubre 2010), tratado con endosan 1g/semanal, prednisona 15 mg OD. El 29/04/11, inicia fiebre intermitente de 39 °C, precedida de escalofríos, sudoración profusa, concomitante, tos con expectoración verdosa y cefalea insidiosa, frontal, de moderada a fuerte intensidad, opresiva, sin irradiación ni atenuantes. Sin antecedentes epidemiológicos relevantes. Consulta el 10/06/11 e inicia ceftibuten sin mejoría. Ingresa (13/06/11), examen físico de ingreso: TA: 125/74 mmHg, FC 92 LPM, FR 19 RPM, Temperatura 38 °C, se observan lesiones maculo-papulares

eritematosas, a predominio de tronco y extremidades superiores, pleomórficas. Sin signos meníngeos, fondo de ojo normal. Resto de examen físico no contributivo. Se realiza protocolo de síndrome febril prolongado, estudios complementarios (TAC de cráneo, tórax, abdomen y pelvis: normal, biopsia, aspirado de MO y mielocultivos reportados negativos para bacterias, micobacterias y hongos).VIH negativo, VDRL no reactivo, en el cuarto set de hemocultivos es reportada levadura, inicia caspofungina, sin mejoría, posteriormente se observan levaduras compatibles con *Cryptococcus neoformans*, LCR pleocitosis, no hipertensión endocraneana, criptolátex en LCR:1/1 024, biopsia de piel: reacción secundaria a fármacos. Inicia tratamiento con fluconazol y anfotericina B ajustado a función renal. Evolucionó favorablemente y egresa. Conclusiones: Las infecciones micóticas profundas deben incluirse entre los grandes simuladores en pacientes inmunocomprometidos no VIH, no es usual el aislamiento en el torrente sanguíneo del *Criptococco* y llama la atención en el caso reportado, los títulos elevados en sistema nervioso central sin hallazgos relacionados a dicha entidad. Palabras clave: Criptococosis diseminada, inmunosupresión no VIH, enfermedad de Berger.

P26. UTILIDAD DE TRES PRUEBAS INMUNODIAGNÓSTICAS PARA LA DETECCIÓN DE LAS MICOSIS SISTÉMICAS EN PACIENTES VIH/ SIDA. Maria Omaña

Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

El objetivo de este trabajo fue determinar la utilidad de tres pruebas inmunodiagnósticas (inmunodifusión doble en gel, aglutinación con látex e inmunofluorescencia directa) para la detección de las micosis sistémicas (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, criptococosis y neumocistosis) en pacientes VIH/SIDA del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y descriptivo de las historias micológicas de los pacientes atendidos en el Departamento de Infectología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" con diagnóstico de las micosis sistémicas durante 3 años (2007-2009). Se analizaron los datos clínicos, paraclínicos, estudios micológicos y complementarios de los pacientes. La evaluación estadística se realizó mediante medidas de tendencia central, Tablas de contingencia (2 x 2), y la prueba Exacta de

Fisher de 2 colas. Se revisaron las historias de 461 pacientes, de ellos 245 con VIH/SIDA y 21 casos que presentaron micosis sistémicas. No hubo diferencias estadísticamente significativas ($P>0,05$) al comparar la capacidad diagnóstica de las pruebas inmunodiagnósticas entre los pacientes con y sin VIH/SIDA. Las pruebas inmunodiagnósticas son de gran utilidad para la detección de las micosis sistémicas en pacientes VIH/SIDA. La cuantificación de anticuerpos o antígenos, tiene importancia pronóstica y diagnóstica, además, ayuda a evaluar la respuesta al tratamiento. Palabras clave: Inmunofluorescencia directa, aglutinación con látex, inmunodifusión doble, Micosis sistémicas.

P27. CANDIDIASIS EN EL HOSPITAL MILITAR DE CARACAS. Norma Ruiz, Yrene Vasquez De Azocar, José Ilaraza, Nelva Orozco, Eduardo Gayoso, Francia Moy, María Omaña, María Hernández, Norma Ruiz.

Introducción: La incidencia creciente de las infecciones fúngicas invasoras y nosocomiales, en las últimas décadas, es una causa importante de morbi-mortalidad en pacientes inmunodeficientes. La distribución de la *Candida* es mundial, el 70 % de las infecciones nosocomiales, la ocasiona la *C. albicans*, el 30 % restante por *Candida no albicans*, especialmente por *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis* y *C. tropicalis*. En este sentido el objetivo de la presente investigación conocer la frecuencia de candidiasis en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Métodos: Desde agosto del 2010 hasta abril del 2011 se realizó un estudio retrospectivo que consistió en la revisión de los libros de bacteriología del departamento de Microbiología de un Hospital General. Todos los aislamientos se sembraron para una identificación preliminar en un medio cromogénico (CHROMagar) y se incubaron a 37°C. Se completó el estudio micromorfológico en lámina con agar-leche al 1 % con Tween 80. Se usó el método semiautomatizado API ID32C. El diagnóstico micológico se basó principalmente en cultivo. Resultados: Se analizaron 3 232 muestras. De estas 1532 fueron de hemocultivo y 2 700 de urocultivo. Resultaron positivas 108 especies para *Candida*. En orden de frecuencia; *C. parapsilosis* 36 (33,33 %) *C. tropicalis* 29 (26,86 %) *C. albicans* 26 (24,07 %), *Candida sp* 12 (11,11 %); *C. krusei* 4 (3,70 %); *C. glabrata* 1 (0,93 %). Discusión: A pesar de que *C. albicans* aún representa el agente micótico más comúnmente aislado de los hemocultivo, estudios longitudinales han detectado una tendencia creciente en la prevalencia de otras

especies de *Candida*. En la década de 1980, una mayor proporción de ITS por *Candida* es causada por *C. glabrata* en EE.UU y por *C. parapsilosis* y *C. tropicalis* en Europa, Canadá y América Latina. Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran una alta ocurrencia de *Candida no albicans* (76 %), en donde la *C. parapsilosis* resultó la más frecuente con un 33,7 % de las especies aisladas. Recomendaciones: Es necesario insistir en el lavado de manos de los trabajadores de la salud como la medida más eficaz y en los programas de manejo adecuado de catéteres.

P28. AISLAMIENTOS DE CANDIDAS EN HEMOCULTIVO Y PUNTA DE CATÉTER EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS EN EL PERÍODO ENERO 2008 – JUNIO 2011. Leopoldo Cordova¹, Amarilys Chavez¹, Jhonilys Navarro², Liz Calderon², Lorena Balda², Mario Comegna², Manuel Guzman².

¹. Hospital Vargas, ²Vargas de Caracas

La *Candida sp.* es una de las principales causas de infección nosocomial, ocupando el cuarto puesto como causa de septicemia y adquiriendo significancia en la morbilidad. Aunque *C. albicans* ha sido la especie más frecuentemente aislada en las fungemias, durante los últimos años se ha observado un incremento, de los aislamientos de *Candidas no-albicans*, adquiriendo importantes implicaciones terapéuticas. Nuestro objetivo fue determinar las especies de candidas productora de enfermedad invasiva aisladas en nuestro hospital desde el enero 2008 a junio 2011. Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron todos los aislamientos de candidas en muestras por paciente de hemocultivos y punta de catéter entre enero-2008 y junio-2011 del laboratorio de bacteriología del Hospital Vargas. Resultados: Se aislaron 36 especies de candidas en punta de catéter: 12 fueron *C. tropicalis* seguido de 9 *C. parapsilosis*, 7 *C. albicans*, 3 *C. famata*, 3 *Candida sp.*, 1 *C. glabrata* y 1 *C. krusei*. Se logró determinar sensibilidad únicamente al 30 % de las cepas aisladas perteneciendo 2 al grupo de *C. albicans* y 9 al grupo de candidas no-albicans resultando 100 % sensibles a fluconazol, voriconazol y anfotericina B. De las 43 especies de candidas aisladas en muestras de Hemocultivo, 13 fueron *C. tropicalis*, 10 *C. parapsilosis*, 7 *C. albicans*, 3 *C. famata*, 3 *Candida sp.*, 4 *C. glabrata*, 2 *C. lusitane* y 1 *C. krusei*. Se logró determinar sensibilidad únicamente al 30 % de las cepas aisladas perteneciendo al grupo

de *C. albicans* 1 y 12 a al grupo de *candidas no-albicans* resultando 100 % sensibles a fluconazol, voriconazol y anfotericina B. Conclusiones: En nuestro estudio encontramos que los aislamientos de *Candidas no albicans* alcanzaron una cifra importante, superando a las *Candidas albicans* tanto en punta de catéter como hemocultivos, a pesar de que únicamente se pudo realizar pruebas de susceptibilidad en un 30 % de las muestras la resistencia a azoles no parece ser un problema para el tratamiento de dichas especies.

P29. CASPOFUNGINA PARA PNEUMOCISTOCIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA Y BY PASS GÁSTRICO. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA. Manuel Enrique Figueroa Esparza, Roberto León, Amador Guzman, Maria Bastardo, Julio Guerrero, Fortunato Chocron.

Instituto Médico La Floresta

Introducción: Pneumocistosis es una infección manifestada principalmente por neumonitis intersticial difusa bilateral que afecta pacientes inmunosuprimidos. El tratamiento usual es con TMP/SMX. Resumen del caso: Paciente femenino, con nefrectomía izquierda a los 4 años de edad por atrofia renal, historia de abuso de alcohol, y antecedente 3 años previos de Bypass gástrico por obesidad. Hace 2 años presentó hallazgo de cirrosis hepática por biopsia durante colecistectomía laparoscópica. Con 37 años, entre el 18/3/11 y el 12/6/11 fue hospitalizada en 4 oportunidades. La primera (24 días) por infección respiratoria con infiltrado neumónico multifocal difuso, desnutrición con probable pelagra, anemia (Hb: 9,4 g%) e insuficiencia hepática Child Pugh C (encefalopatía, ascitis, bilirrubina > 14 mg%, hipoalbuminemia). Requirió ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria. En lavado bronquioalveolar se identificó *Pneumocystis jirovecii* por inmunofluorescencia (IF), recibiendo TMP/SMX endovenoso, leucovorina, metilprednisolona y transfusiones. Egresó con TMP/SMX profiláctico y Hb de 9,2 g%. La segunda (8 días) por encefalopatía, anemia severa (Hb: 4,89 g%) y trombocitopenia; sin evidencia de hemorragia digestiva. Se omitió profilaxis con TMP/SMX. La tercera (29 días) por recidiva de Pneumocistosis pulmonar. Recibió TMP/SMX, empeorando anemia y elevándose amilasa y lipasa, sin pancreatitis. Requirió ventilación no invasiva. Antes de egreso se nebuliza con pentamidina profiláctica. La cuarta (12 días) por diarrea, distensión y dolor abdominal.

Sin neumonitis, ni peritonitis primaria, se evidencia importante inflamación de mucosa intestinal y de grasa mesentérica; con biopsia de sigmoides positiva (IF) para *Pneumocystis jirovecii*. Se trató con TMP/SMX oral por 12 días, más leucovorina (EV), caspofungina por 63 días y otras 2 nebulizaciones de pentamidine mensual. Posteriormente se ha mantenido en mejores condiciones, sin compromiso infeccioso pulmonar o abdominal, sin ascitis, ni edema, con Hb en 11,9 gr%, mejoría de presión portal, bilirrubina (< 4 mg%), albúmina (> 3 g%), y tiempos de coagulación y fibrinógeno normales. Por problema hepático mantiene espirolactona, furosemina, ursodiol, propranolol, y rifaximina. A pesar de tener linfocitos CD4 normales en 911 cel/mm³ (45 %), se mantiene profilaxis 3 veces por semana con TMP/SMX, vigilándose potencial toxicidad. Conclusiones: Este caso es inusual por describirse: 1) Pneumocistosis pulmonar recidivante en paciente sin inmunosupresión evidente, pero con desnutrición en relación a bypass gástrico y cirrosis hepática en insuficiencia hepática severa; 2) Pneumocistosis intestinal sin afección pulmonar, como consecuencia del uso exclusivo de profilaxis con pentamidine nebulizada; 3) Mejoría de función hepática a pesar de tratamiento de Pneumocistosis con drogas potencialmente hepatotóxicas (TMP/SMX y caspofungina).

P30. SENSIBILIDAD *IN VITRO* DE PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS A ANTIFÚNGICOS SISTÉMICOS MEDIANTE EL MÉTODO DE E-TEST®. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR-VENEZUELA. Jean Félix Piñerúa Gonsálvez, Marisa Estela Oliveira Gonsálvez, Julman Cermeño.

Universidad de Oriente, Escuela de Ciencias de la Salud Dr. Francisco Battistini.

En Venezuela, existen escasos estudios previos sobre la sensibilidad *in vitro* de levaduras de aislados clínicos de *Paracoccidioides brasiliensis*. El objetivo del presente estudio fue evaluar la sensibilidad *in vitro* de 18 aislados de *P. brasiliensis*, ante los antifúngicos sistémicos anfotericina B, ketoconazol, fluconazol, itraconazol y voriconazol, mediante el método de E-test®. Para ello, se realizó un estudio prospectivo, determinándose las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) de los antifúngicos descritos, mediante el método recomendado por el Clinical Laboratory Standards Institute (preparación del inóculo) y el E-test®, con algunas modificaciones, debido a que no existe un método estandarizado para

hongos dimórficos. La sensibilidad *in vitro* de *P. brasiliensis* fue variable, observándose que el 60 % (n=9) de los aislados fue resistente a anfotericina B y el 40 % (n=6) sensible. El 93,75 % (n=15) fue resistente a ketoconazol. El 68,75 % (n=11) fue resistente a fluconazol, mientras que, 12,50 % (n=2) fue sensible y 18,75 % (n=3) fue sensible dosis dependiente al antifúngico. Con el itraconazol, el 35,29 % (n=6) de los aislados fue sensible, el 29,41 % (n=5) fue sensible dosis dependiente y el 35,29 % (n=6) resistente. Para el voriconazol, la mayoría de los aislados 84,62 % (n=11) fueron sensibles al antifúngico, mientras que solo 7,69 % (n=1) fue sensible dosis dependiente y 7,69 % (n=1) resistente. Estos resultados demuestran mayor sensibilidad *in vitro* al voriconazol y al itraconazol y menor sensibilidad *in vitro* de los aislados de *P. brasiliensis* a los antifúngicos sistémicos ketoconazol, fluconazol y anfotericina B.

P31. TRATAMIENTO DE TINEA UNGUIS CON TERBINAFINA ORAL INTERDIARIA, EN LA SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Sofía Mata Essayag, Celina Pérez, Arleni Messina, María Teresa Colella, Carolina Olaizola, Arantza Rosello, Germán Pardi, María Eugenia Landaeta.

Sección de Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Introducción: Las dermatofitosis o tineas son las micosis superficiales más frecuentes en el mundo y en Venezuela. Son uno de los principales motivos de consulta dermatológica, constituyendo un verdadero problema de salud pública por su elevada morbilidad. El tratamiento se realiza fundamentalmente por vía oral. El objetivo de esta investigación fue evaluar la respuesta al tratamiento con terbinafina, utilizando el esquema diario convencional y comparándolo con el uso de este medicamento los días lunes, miércoles y viernes, en pacientes con tinea unguis y tinea pedis et unguis que acudieron a la consulta externa en la Sección de Micología Médica del Instituto de Medicina Tropical de la UCV desde 2002 hasta 2010. Métodos: Se estudiaron las historias médicas de personas con diagnóstico de tinea unguis y tinea pedis et unguis. Los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel y se les realizó un análisis porcentual. Resultados: Se comprobó el diagnóstico de dermatofitosis, en 240 casos evaluados integralmente. De estos, 231 fueron *tinea unguis*

y *tinea pedis et unguis*. Los resultados de los cultivos fueron: 184 (79,65 %) *T. rubrum* y 47 (20,35 %) *T. mentagrophytes*. 102 (44,15 %) recibieron terbinafina diaria por un período de 6 a 10 meses con buena evolución. A 72 (30 %) pacientes del otro grupo, la terbinafina se les administró de manera interdiaria, es decir, 250 mg lunes, miércoles y viernes por igual período de tiempo. La evolución fue satisfactoria en todos los casos. Conclusión: La modalidad de administrar terbinafina interdiaria, fue exitoso, en el mismo lapso de tiempo que con la dosis original y hasta los momentos no hemos detectado recaídas en este grupo, por lo cual recomendamos este esquema terapéutico.

P32. DISFONÍA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE PARACOCIDIODOMICOSIS: PRESENTACION DE UNA SERIE DE CASOS. Jesús Dawaher, Sofía Mata-Essayag, María Teresa Colella, Arantxa Roselló, María Eugenia Landaeta, Claudia Hartung.

Introducción: Se presentan 6 casos de pacientes que consultaron por presentar disfonía progresiva, sin ningún otro síntoma asociado, los cuales fueron diagnosticados como paracoccidioidomicosis laríngea, en la Sección de Micología Médica "Dr. Dante Borelli" del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela. Resumen de los casos (Tabla 2):

En todos se realizó PPD y BK de esputo resultando negativos, sin alteraciones de laboratorio ni elevación de la VSG y en todos los casos la radiografía de tórax se encontraba normal. Además se realizó cortisol plasmático, el cual resultó normal en los 6 pacientes. El diagnóstico definitivo fue dado por la biopsia, que reportaba laringitis crónica granulomatosa con áreas de necrosis, realizándose coloraciones con Grocott y PAS evidenciándose levaduras multibrotantes. En un caso se realizó

además lavado broncoalveolar y se tomó muestra para cultivo micológico, aislándose *Paracoccidioides brasiliensis*. En todos los casos se indicó itraconazol, con evolución clínica satisfactoria. Conclusión: Es frecuente la afectación laríngea en paracoccidioidomicosis. Lo inusual en los casos presentados es que, aparentemente, este órgano fue el único afectado, además llamó la atención una mujer sana, en edad fértil, con esta entidad. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con tuberculosis. En nuestro medio, en pacientes que consultan por disfonía progresiva sin otros síntomas, se debe sospechar el diagnóstico de paracoccidioidomicosis

P33. RESISTENCIA DE CANDIDA SPP., A FLUCONAZOL APLICANDO NUEVOS PUNTOS DE CORTE POR CONSENSO ENTRE CLSI Y EUCAST. Maribel Esperanza Dolande Franco¹, María Mercedes Panizo Domínguez², Giuseppe Antonio Ferrara Valvano², Vera Reviakina², Nataly García².

¹Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, Clínica Santa Sofía; ²Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel.

Introducción: Fluconazol es un antifúngico triazólico utilizado con frecuencia en las diversas formas clínicas de candidiasis y la resistencia clínica a fluconazol en los pacientes ha sido documentado en la literatura. La candidiasis invasora (CI) es la enfermedad fúngica más frecuente en la población de riesgo para desarrollarla con una alta morbi-mortalidad, por lo que es importante la instauración del tratamiento precoz para disminuir la mortalidad. Objetivo: conocer la frecuencia de resistencia de *Candida spp.*, a fluconazol aplicando nuevos puntos de corte por consenso entre CLSI y EUCAST. Métodos: Se identificaron 619 levaduras de sangre en pacientes críticos desde (julio 2008 a junio de 2011). La identificación se

Tabla 2.

Género	Edad	Factores de riesgo asociados	Serología para <i>P. brasiliensis</i>
M	41	Alcoholismo acentuado	Negativo
M	33	Trabajador de la construcción del Metro. Tabaquismo acentuado	Positivo
M	59	Agricultor de cafetales	Positivo
M	33	Ninguno	Positivo
M	42	Tabaquismo acentuado. Agricultor de cafetales	Positivo
F	44	Ninguno	Negativo

realizó por métodos automatizados, morfología en agar harina de maíz y agar cromogénico para *Candida*. Se les determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) por método de Etest® para fluconazol, se realizó la lectura a las 24 h de incubación a 35 °C y para la interpretación del CMI, se tomó los nuevos puntos de corte especie específicos aprobados por el CLSI (S: ≤ 2 , SDD:4 Y R: ≥ 8 µg/mL para *C. albicans*, *C. parapsilosis* y *C. tropicalis* y SDD ≤ 32 y R ≥ 64 para *C. glabrata*), armonizando con los establecidos por EUCAST en el 2007, se utilizaron las cepas ATCC 22019 *C. parapsilosis* y ATCC 6258 *C. krusei* como control de calidad del método. Resultados: La distribución general por especie fue: *C. parapsilosis* (275) 44,4 %, *C. tropicalis* (147) 23,7 %, *C. albicans* (102) 16,5 %, *C. glabrata* (35) 5,7 %, *C. guilliermondii* (19) 3 %, *C. pelliculosa* (14) 2,3 %, *C. krusei* (11) 1,8 % y *Candida spp.* (16) 2,6 %. La resistencia a fluconazol se observó en *C. parapsilosis* (4,1 %), *C. glabrata* (11,4 %) y no se detectó resistencia en las cepas de *C. albicans*, ni *C. tropicalis* y la resistencia general de las 619 cepas estudiadas a fluconazol fue de 6,9 %. Conclusiones: Es necesario la identificación hasta especie, debido a que el predominio de *Candida no albicans* (83,5 %) superó a *C. albicans* (16,5 %). *C. parapsilosis* fue la especie que se aisló con mayor frecuencia y se detectó resistencia en las mismas. Es importante continuar con la vigilancia de la detección de la resistencia a fluconazol por la aparición de cepas resistentes con la aplicación de nuevos puntos de corte.

P34. HISTOPLASMOSIS DEL SNC. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Maria Eugenia Landaeta, Maria Teresa Colella, Arantza Rosello, Sofia Mata Essayag.

Sección de Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela.

La histoplasmosis del SNC no es infrecuente en nuestro país. Se presenta un caso que fue diagnosticado en la Sección de Micología Médica del Instituto de Medicina Tropical, UCV. Caso: paciente masculino de 19 años de edad, natural de Caracas y procedente de Boconó, Estado Trujillo, quien consulta por síntomas parecidos a gripe, tos productiva y disnea. La radiografía del tórax demostró infiltrado trabéculo-nodular bilateral. Recibió varios cursos de antibioterapia sin mejoría. Persistencia de fiebre, anorexia, pérdida de peso, cefalea, somnolencia y convulsiones, progresivamente en un lapso de 3 meses. Posterior a una convulsión se hospitaliza; la

tomografía computarizada (TAC) demostró un absceso cerebral localizado en la región occipital derecha. Se realizó cirugía y toma de muestra de secreción purulenta del absceso. La coloración de Giemsa mostró levaduras intracelulares sugestivas de *Histoplasma capsulatum*. El Grocott modificado evidenció levaduras de 2 a 4 micras, con una gemación. El estudio serológico por inmunodifusión doble fue positivo. Al reinterrogar los familiares, se obtuvo la información de una visita a una cueva en Boconó, Estado Trujillo, área endémica para histoplasmosis en Venezuela, 15 días antes del inicio de los síntomas. Se indicó tratamiento con anfotericina B, seguido por itraconazol. El paciente mejoró, la serología fue negativa después de 5 meses. Se continuó tratamiento con ITC por un año, encontrándose asintomático, dos años después. Discusión: En 2010, vimos 4 casos con compromiso cerebral por *Histoplasma spp.* Ninguno fue VIH positivo ni presentó otros factores de inmunocompromiso, incluyendo el que se presenta. Posiblemente el origen de la infección se relacionó con el tamaño del inóculo. El diagnóstico precoz requiere un alto grado de sospecha.

P35. EPIDEMIAS FAMILIARES DE TIÑA POR MICROSPORIUM CANIS EN DOS FAMILIAS DEL DISTRITO CAPITAL. Maria Teresa Colella, Vanessa Pineda, Andreina Duarte, María Eugenia Galíndez, David Flora, María Eugenia Landaeta, Sofía Mata Essayag.

Sección de Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela.

Introducción: Las tiñas en humanos y animales, causadas por *Microsporum canis* son de carácter zoonótico. Existe una estrecha interacción entre los humanos y sus mascotas, especialmente perros y gatos, promoviendo la aparición de esta enfermedad. Objetivo: Se reporta la ocurrencia de dos brotes familiares de tiña por *Microsporum canis*. Métodos: Se evaluaron dos familias (una de 5 personas y otra de 6) con diagnóstico de tiña del cuero cabelludo y del cuerpo, ocasionadas por contacto con perros callejeros adoptados recientemente. Se realizó fluorescencia con lámpara de Wood. Toma de muestras de pelos por depilación y/o escamas de lesiones de piel por raspado según el caso, examen directo con KOH + Tinta Parker, cultivo en medio Lactitmel. Se tomaron pelos de ambos perros y se realizaron pruebas diagnósticas ya descritas. Resultados: La luz de Wood resultó positiva en las lesiones. Al examen directo de las escamas se evidenciaron hifas tabicadas de

regular tamaño. En el pelo se observó ataque ectothrix. Cultivos: crecimiento de *Microsporum canis*. Tratamiento: griseofulvina o tioconazol en crema, según la localización, con mejoría. Los perros recibieron champú de ketoconazol, con mejoría. Discusión: la tiña del cuero cabelludo y del cuerpo, son más frecuentes en los niños, como consecuencia del contacto con mascotas. Es interesante que todos los miembros de ambas familias fueron afectados. Los perros callejeros son los más propensos a padecer enfermedad por *Microsporum canis*. Es conveniente que al adoptar uno, sea examinado por un veterinario y tomar las medidas necesarias para evitar la transmisión de la enfermedad.

P36. EVALUACIÓN DE DIVERSOS MÉTODOS FENOTÍPICOS PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE *CANDIDA DUBLINIENSIS* Y *CANDIDA ALBICANS*.
Dayana Camacho, Sofía Mata Essayag, Germán Pardi, Vanessa Pineda, Arantza Roselló, María Teresa Colella.

Sección de Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela.

Introducción: *Candida dubliniensis* fue identificada como una nueva especie por Sullivan y col. en Dublín (Irlanda) en 1995. *C. albicans* y *C. dubliniensis* presentan una estrecha relación filogenética. La similitud de estas especies puede hacer que en un laboratorio se identifique en forma errónea *C. dubliniensis* como *C. albicans*. El objetivo de esta investigación fue evaluar diversos métodos fenotípicos para la diferenciación entre estas dos especies. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 6 cepas control de *C. dubliniensis* y una de *C. albicans*, provenientes de colecciones reconocidas y sometidas a genotipificación. También se utilizaron 70 aislados identificados como posibles *C. albicans* utilizando el medio CHROMagar *Candida* y el medio de bilis agar Feo. Los métodos evaluados fueron: agar Sabouraud dextrosa a 45°C, agar Sabouraud con NaCl al 6,5 %, el medio de agar Tween 80, agar tabaco, agar Pal's, agar tomate-zanahoria y aglutinación con partículas de látex (Bichro-Dubli Fumouze®). **Resultados y Discusión:** Encontramos que las técnicas más confiables para realizar la diferenciación fenotípica entre estas dos especies fueron: el agar tomate-zanahoria, el agar Pal's, el agar tabaco y la aglutinación con partículas de látex (Bichro-Dubli Fumouze®), por lo cual las recomendamos en un laboratorio microbiológico como pruebas de rutina. El único método que consideramos poco útil fue el agar Tween 80. Además en este

estudio, de los 70 aislados considerados como *C. albicans*, se encontró 1 (1,4 %) como posible *Candida dubliniensis*. Es necesario recalcar que las pruebas de biología molecular son las más adecuadas para el diagnóstico certero de estas dos especies.

P37. DISTRIBUCIÓN Y PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS DE *CANDIDA SPP.* AISLADAS DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS. María Mercedes Panizo Domínguez¹, Maribel Dolande², Reviakina Vera², Ferrara Giuseppe², Nataly García².

¹Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel; ²Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".

Objetivo: Conocer la frecuencia y el perfil de susceptibilidad a los antifúngicos de aislamientos clínicos de *Candida spp.* provenientes de pacientes hospitalizados críticamente enfermos. **Materiales y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente los informes de laboratorio desde enero de 2007 hasta junio de 2011. La identificación de las levaduras se realizó por los métodos convencionales y se determinó la susceptibilidad a anfotericina B, fluconazol, itraconazol, voriconazol y caspofungina por la técnica de Etest®. **Resultados:** Se aislaron 197 levaduras de muestras clínicas relevantes. Las especies de *Candida no albicans* fueron las más frecuentemente aisladas (74,6 %), en comparación con *C. albicans* (25,4 %). Los aislamientos de *Candida spp.* mostraron rangos de CMLs entre <0,002–2 µg/mL para anfotericina B, con porcentajes de resistencia de 12,6 % para fluconazol, 22,1 % para itraconazol, 1,5 % para voriconazol y 1,8 % para caspofungina. *C. albicans* se mantiene como la especie más sensible a fluconazol (94 %) e itraconazol (95 %) en comparación con las *Candida no albicans* (P< 0,05), y no presentó resistencia a voriconazol y caspofungina. Las especies poco frecuentes de *Candida no albicans* presentaron resistencia a voriconazol, pero es importante vigilar los porcentajes de susceptibilidad a fluconazol (84,2 %) y la aparición de resistencia a caspofungina. *C. krusei* fue la especie con mayor resistencia cruzada a los azoles, seguida de *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*, mientras que *C. albicans* no presentó esta característica. **Conclusiones:** Es muy importante realizar la identificación hasta especie de las levaduras del género *Candida* provenientes de pacientes críticamente enfermos, debido a que se presentan variaciones en cuanto a la distribución y los patrones de susceptibilidad dependiendo de la enfermedad de base del

paciente, el centro hospitalario y el tipo de muestra clínica analizada. 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 pruebas de identificación y susceptibilidad a aislamientos de pacientes provenientes de centros hospitalarios públicos y privados que no cuentan con diagnóstico micológico.

P38. CASO CLÍNICO DE LACTANTE DE 5 MESES CON LEISHMANIASIS VISCERAL. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. Carla del Valle Cárdenas Acacio.

Hospital Central de Maracay.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad endémica en más de 82 países, con una población en riesgo de más de 350 millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que existen más de 12 millones de casos actualmente, con una incidencia anual de más de 600 000 casos por año y 750 000 muertes. **Caso clínico.** Se presenta el caso de un lactante masculino de 5 meses de edad proveniente del Estado Carabobo, el cual presentó cuadro clínico caracterizado por fiebre y hepato esplenomegalia. Se descartaron procesos infiltrativos y otra etiología infecciosa, se realizó pruebas serológicas resultando negativas, y se apoyó el diagnóstico de leishmaniasis en el cultivo y PCR del aspirado de médula ósea. Se dio tratamiento con anfotericina B desoxicolato a dosis de 1 mg/kg/día por 31 días, con evolución satisfactoria. **Conclusión.** La leishmaniasis sigue siendo una entidad clínica con alta prevalencia en nuestro medio, a cualquier edad, por lo cual un diagnóstico y tratamiento precoz, elevan las tasas de supervivencia a la enfermedad. **Palabras clave:** Leishmaniasis, visceral, kala-azar.

P39. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. ATENCIÓN HOSPITALARIA DE CASOS COMPLICADOS. Alejandra Peña¹, Pedro Navarro², Sissy Rodríguez¹, Jesús Dawaher¹, Yoxsivell Limas¹, Adayza Figueredo³, Ana Carvajal³, Martín Carballo³, María Rivas⁴, Virginia Caraspe⁵, Ana Angulo⁶.

¹Hospital Universitario de Caracas, ²Cátedra Medicina Tropical. HUC, ³Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas, ⁴Instituto Medicina Tropical, ⁵Cátedra Parasitología. UCV, ⁶Cátedra de Medicina Tropical. UCV.

La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA)

una enfermedad parasitaria endémica del medio rural. La mayoría de casos evaluados en Endemias Rurales de Medicina Tropical son de variedad cutánea localizada. Los casos complicados se hospitalizan en el Servicio de Enfermedades Infecciosas de adultos (EIA) del Hospital Universitario de Caracas (HUC). Se describen dos casos representativos. **Caso 1:** Masculino 69 años agricultor de Barinas con Leishmaniasis mucosa 6 años de evolución, previamente tratado con esquema interdiario de Meglumina antimonio progresando a perforación de tabique nasal. Anticuerpos fluorescentes anti leishmania: fuertemente positivo. Leishmanina: muy reactiva. Tipificación: *Leishmania brasiliensis*. Indicamos Anfotericina B 2gr, mejoría clínica rápida. **Caso 2:** Primigesta de 22 años procedente de Caracas, con enfermedad de 4 meses de evolución y viaje a Monagas un mes antes de inicio de enfermedad, con pápula eritematosa ulcerada en muslo derecho evoluciona a placa de 15 x 11 cm bordes levantados, aspecto verrugoso, pruriginosa y secreción serosa. Anticuerpos fluorescentes anti leishmania: título 1:128, leishmanina: 10 mm, frotis por escoriación de bordes de la úlcera positivo. Tipificación: *Leishmania mexicana*. Se practicó crioterapia por embarazo. Actualmente lesión 60 % cicatrizada. **Discusión:** El tratamiento de leishmaniasis en casos complicados exige el manejo intrahospitalario utilizando terapias distintas a las convencionales, aquí se presentan dos de estos casos que ejemplifican dicho manejo en especial en embarazo.

P40. LEISHMANIASIS VISCERAL FAMILIAR: SIMPLICIDAD Y RAPIDEZ DIAGNÓSTICA. HOSPITAL AGUSTÍN ZUBILLAGA. BARQUISMO - VENEZUELA. José Juan Galicia Sánchez¹, Antonio González², Miriam Maitín ², Mayli Carnevale², María Santana², Karim Mouhkallelel², Rosmell Silva², Adriana Rodríguez², María García².

¹Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga².

Introducción: La leishmaniasis visceral es una enfermedad causada por un protozoo parásito (*Leishmania*), cuyo principal reservorio es el perro, y se transmite al humano por la picadura de un vector hematófago (*Phlebotomus* y *Lutzomyia*), cuyo desenlace es irremediamente fatal sino se realiza un diagnóstico temprano y se instaura un tratamiento oportuno. **Caso clínico:** Preescolares de 3 y 4 años de edad, varón y hembra respectivamente, hermanos, procedentes del Caserío Corobure,

municipio Urdaneta del Estado Lara, quienes fueron ingresados por fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, cuya causa definitiva, leishmaniasis, se confirmó en la primera semana de estudio a través de prueba de ELISA para antígeno recombinante K39, que resultó positiva. Recibieron tratamiento con antimonio de meglumina calculado a razón de 20 mg de antimonio pentavalente / kg / día IM x 30 días, con evolución clínica y paraclínica satisfactoria. Conclusión: La prueba ELISA rK39 presenta elevada sensibilidad (100 %) y especificidad (98 %) para la confirmación diagnóstica de esta enfermedad, motivo por el cual se usa de rutina en nuestro país como prueba confirmatoria que apoya el diagnóstico clínico y epidemiológico. La Organización Panamericana de la Salud justifica la decisión de tratamiento con la presencia del síndrome clínico y al menos un resultado serológico positivo. Se sigue considerando al antimonio de meglumina como el fármaco de primera elección en las Américas. Palabras clave: Leishmaniasis, kalazar, antimonio de meglumina.

P41. EFECTIVIDAD DE AQUATAIN® COMPARADO CON ABATE COMO LARVICIDA CONTRA AEDES AEGYPTI (AE). FACTORES ASOCIADOS A COLONIZACIÓN (AE). Matías Reyes-Lugo¹, Jorge L Hernández-Rojas², Ana Ortiz³, Mitzuko Nunes³, Areli Pérez³, Salvany Hernández³, María Landaeta³, Julio S Castro Méndez⁴, Manuel Berrios⁵.

¹IMT. UCV; ²UCV MEDICINA Dirección Salud Sucre, ³UCV MEDICINA, ⁴IMT. UCV .Dirección Salud Sucre; ⁵Agrinova. CA

Introducción: Aquatain® el cual es un producto polimérico que forma una monocapa sobre la superficie de reservorios de agua, la cual es inocua para el ser humano, se le ha conferido algún poder larvicida para control de AE. Objetivo: Investigar factores asociados a colonización por AE y evaluar Aquatain®, como larvicida sobre AE comparado con Abate en un estudio de campo en municipio Sucre Estado Miranda. Materiales y métodos: Se colocaron 3 tipos de recipientes con agua en cada una de las 100 casas (289 recipientes) de municipio Sucre, uno con Aquatain®, otro con Abate y otro solo con agua (control) durante 40 días. Se verificó diariamente la presencia de larvas de AE y se contaron el número de larvas en cada recipiente. Las siguientes variables independientes fueron evaluadas: zona de colocación, ciclo del agua, volumen final, temperatura, humedad, zona geográfica, ingreso familiar. Se consideró como falla el primer día que se visualizaran

larvas en el recipiente. Se estimó la falla por métodos actuariales (Kaplan-Meier, modelo proporcional de Cox) uni y multivariados. Se utilizó STATA 5,0 como software estadístico. El criterio de significancia fue 0,05. Resultados: Se obtuvo un total de 19,09 % de recipientes colonizados por AE, las variables asociadas a colonización fueron Vivienda Rural HR: 3,4 (0,001) y ciclo de agua mayor a 6 días HR: 3.7 (0,001). El comportamiento de Aquatain® fue similar al compararlo contra Abate p0,43. Conclusión: a la concentración probada el Aquatain® mostró capacidad larvicida similar a Abate, y una tendencia a ser superior a control pero no estadísticamente significativa.

P42. VENENO DE LA SERPIENTE CUAIMA PIÑA LACHESIS MUTA (Linnaeus, 1766) (VIPERIDAE-CROTALINAE) DE DOS REGIONES GEOGRÁFICAS EN VENEZUELA Y SUS POSIBLES IMPLICACIÓN CLÍNICA. José Antonio Suarez Sancho¹, Luís Fernando Navarrete², Desiree Suarez³, María Eugenia Girón², A Rodríguez Acosta², E Parili⁴, José Contreras⁴.

¹Instituto De Medicina Tropical; ²Instituto de Medicina Tropical-UCV; ³Facultad de Medicina; ⁴Bioreptilia.

Introducción: Lachesis muta muta en Venezuela, está distribuida al sur del Orinoco en los estados Bolívar y Amazonas y una población en la región al Norte en la Serranía del Turimiquire en los estados Anzoátegui, Sucre y Monagas. Esta serpiente es conocida como la serpiente venenosa más grande del continente americano, poco se conoce de los accidentes de Lachesis reportados en Venezuela. Objetivo: Conocer LD50s de la Lachesis muta muta de acuerdo a su distribución geográfica en nuestro país. Material y método: Se utilizaron veneno de Lachesis muta muta de dos poblaciones separadas geográficamente en Venezuela (la más al norte de la Serranía del Turimiquire (ST) (estados: Monagas, Anzoátegui y Sucre) y la más al Sur del Paují (SP) (Estado Bolívar) frontera con Brasil, se realizaron LD50s utilizando mezclas de veneno de 3 ejemplares de Lachesis muta muta de la misma localidad del Turimiquire y mezclas de veneno de 2 ejemplares del Paují, Las LD50s intraperitoneales se calcularon por el método de Spearmann y Karber. Resultados: El efecto letal es agudo. Se registraron signos tales como: aumento de la frecuencia cardíaca, piloerección, incoordinación motora, insuficiencia respiratoria, postración, convulsión tónico-clónica, flacidez de tren posterior y anterior, y muerte. El veneno total presentó LD50s (ST) de 10,33 mg/kg y (SP) de 8,97 mg/kg. Siendo Lachesis muta muta del Paují más tóxica.

Conclusiones: El comportamiento diferente de la LD50s demuestra que probablemente el accidente lachesico en el Estado Bolívar reviste mayor gravedad, lo cual probablemente influencia la clínica presentada por los pacientes envenenados. Esta es la primera aproximación comparando veneno de Lachesis muta muta en Venezuela.

P43. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE DENGUE Y ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN PARA CONTROL DE VECTORES. MUNICIPIO SUCRE ESTADO MIRANDA. Julio Simón Castro Méndez¹, Samantha Puente², Andrea Riquelme², Dessireth Rojas², Cristina Sobrado², José Requena², Miguel Suárez², Jorge L Hernández-Rojas³, Matías Reyes-Lugo⁴, Armando Peralta⁵, David Bello⁵.

¹IMT UCV Salud Sucre; ²UCV Medicina; ³UCV Salud Sucre; ⁴IMT UCV; ⁵Dirección Salud Municipio Sucre.

Objetivos: Determinación de índice aélico y evaluación de factores predictores de domiciliación de *Aedes aegypti*. Probar el uso de transmisión digital de historias usando teléfonos celulares. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de campo con evaluación observacional de domicilios entre 1ro diciembre 2010 y 10 enero 2011 en 10 áreas (89 casas) del municipio Sucre escogidas al azar, determinándose índice de casa positiva y número de recipientes positivos según metodología de OPS. Se evaluaron como factores de riesgo: Número de recipientes, ciclo de agua, casos de dengue en año anterior, temperatura, humedad, # personas expuestas, conocimientos pre test sobre dengue. Se realizó regresión logística uni y multivariada teniendo como evento final casa positiva (larvas), se utilizó historia digital con transmisión remota usando Google Documents. El criterio de significancia fue 0,05. Se utilizaron STATA 5.0 y Microsoft Access 2007 como herramientas de análisis. Resultados: El índice aélico de Casa fue 58,4 % y el índice recipiente 61,2 %, los factores estadísticamente asociados a casa positiva fueron numero de recipientes positivos OR 1,37 P: 0,02, Casos previos de dengue OR 2,86 P: 0,05, pobre conocimiento de estrategias de control OR 2,1 P: 0,04 y vivienda de medio rural O.R 1,4 P: 0,03. Conclusión: Se observó un alto índice aélico en todo el municipio, con un alto índice de recipientes tanto en zonas de distribución regular de agua como irregular la transmisión de data desde el campo resultó muy segura, rápida eficiente y económica.

P44. EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO DIVULGATIVO SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LAS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO SUCRE ESTADO MIRANDA. Jorge Luis Hernández-Rojas¹, Julio Castro², Matías Reyes³, Ronald Gutierrez³, Luis Alberto Isea³, Genesis Machado³, Heriluz Pabon³, Giovanni Provenza³, Rocio Salazar³, Hana Silvagni³, Aron Simkins³.

¹Medicina UCV/ Salud Sucre; ²UCV/Salud Sucre; ³UCV.

Objetivo: Se buscó evaluar la eficacia de una charla acerca de las características de la enfermedad de Chagas, con la finalidad de fomentar acciones preventivas en una población urbana del Municipio Sucre. Materiales y métodos: Se organizaron grupos de trabajo alrededor de 9 ambulatorios. El muestreo aleatorio incluyó 10 casas de cada sector. Se dictó una charla estandarizada, con la ayuda de un rotafolio. Se elaboró un instrumento, con 13 preguntas, organizadas en grupos, para evaluar el conocimiento de la enfermedad. Dicho instrumento se aplicó antes y después de la charla. Resultados: Del total de 159 encuestas, antes de la charla 61 personas aprobaron la encuesta, (38,6 %). Después de la charla, 146 personas la aprobaron (92,7 %, P 0,0002). Comparando las puntuaciones totales, la media después de la charla se incrementó 3 956 puntos (S: 2,577, P=0,000). Sobre el conocimiento de la enfermedad, la media incrementó 1 665 puntos ($\pm 1,500$, P=0,000); sobre las manifestaciones clínicas, la media incrementó 1 203 puntos (± 0976 , P= 0,000); en relación a las medidas de control de la enfermedad, la media incrementó 1,089 puntos ($\pm 1,17$, P=0,000). Conclusión: El trabajo concluye que nuestra charla educativa influyó positivamente en el conocimiento sobre la enfermedad, esperando disminuir la incidencia de casos.

P45. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN EL ADOLESCENTE: PARTICULARIDADES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS. Pedro Alexis Navarro Rojas.

Cátedra de Medicina Tropical, Instituto de Medicina Tropical.

La leishmaniosis tegumentaria americana (LTA) como problema de salud del medio rural venezolano es una zoonosis endémica y tropical que afecta a todos los grupos etarios. Medicina Tropical tenía pendiente evaluar su comportamiento en el paciente adolescente. Se describen 31 pacientes que acudieron a la consulta de Endemias Rurales y a la sección

de Inmunoparasitología por evidencias clínicas de la parasitosis. Del Estado Miranda procedía el 70 % y de Vargas el 16 %. Los pacientes tenían una edad promedio de 14,9 años, con rango entre 11 y 18 años. Del género masculino fueron 21 pacientes (68 %) y del femenino 32 %. Presentaron una sola lesión el 80 % y dos lesiones el 12 %, de los cuales 16 (44 %) tenían la úlcera en los miembros inferiores y 30 % en los superiores. El 87 % de los pacientes eran residentes de áreas endémicas y 13 % eran viajeros. El diagnóstico fue integral (clínico, epidemiológico, inmunoserológico y parasitológico). En 13 % se identificó el parásito leishmánico (54 %) en el frotis por aposición. El 10 % de los pacientes había recibido inmunoterapia para la parasitosis, 20 % recibió cefadroxilo durante siete días previos a la terapéutica específica. El 96 % de los pacientes (29/31) recibió antimonio de meglumina (AM) en dos series terapéuticas de 3 000 mg/día durante 10 días, uno tres series y otro una serie más a igual dosificación. Fueron atendidos de manera ambulatoria y respondieron adecuadamente con la reepitelización de sus procesos ulcerosos y la desaparición de los nódulos satelitales. Fueron citados seis meses después para control inmunoserológico. Conclusión: El adolescente está expuesto a riesgo para la adquisición de la LTA cuando entra en su ciclo ecológico. Meglumina como tratamiento ambulatorio para la LTA en adolescentes es adecuado.

P46. LEISHMANIOSIS VISCERAL: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA TROPICAL Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS. VENEZUELA. Salha Abdul-Hadi¹, Navarro Rojas, Pedro Alexis², Ivonne Concepción Figueira Pestana³, Amando Martín Peña⁴, Marisela Silva⁵.

¹Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti. Cátedra de Medicina Tropical, ²Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti Cátedra de Medicina Tropical, ³Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Instituto de Medicina Tropical. Sección de Hematología, ⁴Hospital Universitario de Caracas. Pediatría Médica Infecciosa, ⁵Hospital Universitario de Caracas. Enfermedades Infecciosas del Adulto.

En la sección de Hematología y en la consulta de Endemias Rurales del Instituto de Medicina Tropical (IMT) de la Universidad Central de Venezuela, se evaluaron, diagnosticaron y se efectuó seguimiento terapéutico a 17 pacientes

con sospecha de Kala-azar referidos para interconsulta de diferentes centros asistenciales del área metropolitana de Caracas y procedentes de diversos estados del país, 12 del género masculino (71 %) y 5 femenino (29 %), con rango de edad de 8 meses a 55 años y promedio de 17 años. Niños: 10 (59 %) y adultos: 7 (41 %). Todos los pacientes presentaron fiebre prolongada, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. La leishmaniosis visceral es una enfermedad infecciosa crónica que ocasiona el parásito *Leishmania donovani*, se manifiesta clínicamente por fiebre irregular prolongada, pérdida de peso progresivo, hepatoesplenomegalia y pancitopenia; se adquiere en países tropicales y subtropicales como una zoonosis parasitaria endémica de aparición esporádica. El diagnóstico fue integral: clínico, epidemiológico y de certeza (visualización de amastigotes en frotis de médula ósea y estudios inmunoserológicos). Recibieron antimonio de meglumina a dosis de 70 a 90 mg/Kg/día en dos series de 10 días cada una, con reposo intermedio, evolucionando satisfactoriamente, uno tuvo una recaída un año después, se trató con un nuevo ciclo de meglumina y mejoró, otro evolucionó tórpidamente. En dos pacientes se combinó la meglumina con anfotericina B. Conclusión: esta enfermedad tropical, se adquiere en focos endémicos del país, de manera esporádica, es letal, de difícil identificación y su pronóstico depende del retardo diagnóstico y terapéutico. Palabras clave: Leishmaniosis visceral, medicina tropical, antimoniales pentavalentes.

P47. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA: EL SEGUIMIENTO FOTOGRÁFICO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON MEGLUMINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS, VENEZUELA. Pedro Navarro¹, Nathalie Chacón¹, Sylvia Silva², Luis A Colmenares³, Olfa Rojas⁴, María Ade la Parte⁴, Virginia Coraspe², Mariana Riva², Marisela Silva⁵

¹Cátedra de Medicina Tropical. Facultad de Medicina. Instituto de Medicina Tropical -UCV; ²Instituto de Medicina Tropical, UCV; ³Cátedra de Medicina Tropical. Facultad de Medicina. UCV; ⁴Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV; ⁵Enfermedades Infecciosas del Adulto. Hospital Universitario de Caracas.

El diagnóstico de leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es integral (clínico epidemiológico, inmuno-serológico y parasitológico) pero el criterio de curación es clínico (reepitalización de las lesiones tegumentarias y desaparición de nódulos

satelitales). La consulta de Endemias Rurales de la Cátedra de Medicina Tropical emplea el seguimiento fotográfico para la evaluación terapéutica de la enfermedad. Se toman fotografías de control previo al uso de meglumina para tratamiento, el cual se administra en dos series de 10 días, a la dosis de 3 000, 4 500 o 6 000 mg diario. Treinta días después al finalizar el tratamiento ambulatorio u hospitalario se toman otras fotografías de las lesiones para el criterio comparativo de los resultados. Se describen 14 (catorce) pacientes adultos procedentes de los estados: Miranda, Vargas y Aragua, ocho del género masculino, promedio de edad 34 años. Los que presentaron ulceraciones en cara, tronco y miembros superiores recibieron 3 000 mg/día de meglumina, con reposo intermedio de diez días (nueve pacientes de manera ambulatoria). Con ulceraciones en miembros inferiores 4 500 mg/día (tres pacientes) y a 6 000 mg/día, dos series iguales a los anteriores. Dos pacientes fueron hospitalizados en el servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Evolucionaron satisfactoriamente, se observa en la casuística que el seguimiento fotográfico de los pacientes tratados con meglumina constituye la manera de evaluar clínicamente los resultados terapéuticos con LTA.

P48. DETERMINACIÓN DE LA TOXINA DEL *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN NIÑOS CON DIARREA INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA A ANTIBIÓTICOS. CARACAS-VENEZUELA. Ivelisse Coromoto Natera Alvizu¹, Matilde Mijares², Eddy Ferrufino².

¹Hospital Universitario de Caracas.

Introducción: *Clostridium difficile* (Cd) está involucrado en diarrea y colitis asociada a antibióticos. Ha habido un incremento en la incidencia y virulencia de la bacteria. Objetivo: Investigar la presencia de toxina A y B del *C. difficile* en niños con diarrea asociada a antibióticos (DAA) intrahospitalaria. Método: Estudio prospectivo y descriptivo realizado durante 12 meses, con niños > 1 mes < de 12 años, inmunocompetentes, hospitalizados en Pediatría del Hospital Universitario de Caracas (SP-HUC), con antibióticos, quienes presentaron diarrea posterior a 48 horas de hospitalización. Se investigó la toxina A y B para Cd por inmunoensayo enzimático. Resultados: 32/2185 niños hospitalizados durante el lapso de estudio, fueron seleccionados. La incidencia de DAA fue 1,5/100 pacientes ingresados. El sexo masculino representó el 56 % (18/32), P=0,33.

El 81 % fueron lactantes y 6/32 preescolares (P>0,05). Resultaron positivos para las toxinas Cd, 6/32 (18,8 %) 4 lactantes y 2 preescolares, con otros síntomas asociados a la diarrea: dolor abdominal, distensión y fiebre. Todos respondieron a la suspensión del antibiótico, excepto uno que requirió de metronidazol. El tiempo de uso del antimicrobiano, al aparecer diarrea, fue 8,8 días, sin diferencias significativas con el grupo toxina negativa. Todos recibieron betalactámicos y presentaron leucocitos, moco o sangre en las heces. Conclusiones: Toxinas del CD positivas fue un hallazgo frecuente en niños con DAA intrahospitalaria sin diferencias en las variables estudiadas respecto al grupo Cd negativo. Se dificulta discernir infección y colonización en los lactantes, pero estos cursaron con heces sugestivas de etiología bacteriana. Optimizar medidas preventivas en DAA-intrahospitalaria. Palabras clave: Diarrea, toxina A y B de *Clostridium difficile*, antibióticos.

P49. *SALMONELLA SPP* COMO CAUSA DE OSTEOMIELITIS BILATERAL DE FÉMUR EN USUARIO DE DROGAS ENDOVENOSAS. Víctor José Saravia Molina.

Instituto Medicina Tropical/Policlínica Metropolitana.

Introducción: La osteomielitis por salmonella es una enfermedad rara, que se presenta con mayor frecuencia en inmunosuprimidos, pacientes con anemia drepanocítica, y en infantes después de una gastroenteritis. En adultos inmunocompetentes es una rara excepción, y más aún que se presente de forma bilateral en ambos femur. Resumen: Paciente masculino de 38 años de edad quien acude a la emergencia por presentar desde hace 2 semanas aumento de volumen, dolor y limitación funcional en muslo derecho, concomitante fiebre. AP: niega infecciones previas, usuario de drogas endovenosas. Al ingreso en la emergencia se realizó eco Doppler de miembros inferiores en busca de trombosis, donde se evidencia colección en cuádriceps derecho, se decide realizar RM y TAC evidenciando colección y lesiones sugestivas de infartos óseos de forma bilateral a predominio derecho que implica el cóndilo femoral derecho; sugiriendo, por el servicio de radiología, realización de gammagrama óseo. Se decide llevar a cirugía para toma de muestra para cultivo, encontrándose como resultado la presencia de salmonella no TYPHI. Sensible a quinolonas, por lo que se decide inicio de tratamiento. Conclusión: La osteomielitis por *salmonella* es

una entidad clínica que no debe ser olvidada en pacientes adultos e inmunocompetentes y menos en personas de alto riesgo como usuarios de drogas endovenosas.

P50. PIOMIOSITIS TROPICAL POR *SERRATIA MARCENCENS*. Víctor José Saravia Molina.

Instituto Medicina Tropical/Policlínica Metropolitana.

Introducción: Piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético usualmente producida por *Staphylococcus aureus* en casi el 90 % de los casos, en segundo lugar, se halla el estreptococo del grupo A (1 a 5 % de los casos). Otros gérmenes implicados son: los estreptococos de los grupos B, C y G, el neumococo, *Neisseria*, *Haemophilus*, *Aeromonas*, *Serratia*, *Yersinia*, *Pseudomonas* y *Escherichia coli*. **Presentación del caso:** paciente masculino de 38 años, quien inicia EA con dolor en región glútea derecha, de fuerte intensidad, que imposibilita la deambulacion, ingresando como lumbociatalgia severa discapacitante, en vista de persistir sintomatología, y aparición de fiebre, se decide realización de RM de pelvis, evidenciándose colección en iliaco derecho con edema de glúteo medio a través de radiología intervencionista se logra tomar muestra de colección enviándose para cultivo, el cual reportó la presencia de *Serratia marcencens*, sensible a quinolonas y cefalosporinas. Se inicia antibioticoterapia con ciprofloxacina, con buena respuesta, egresando sin fiebre, pero con persistencia del dolor. **Discusión:** La piomiositis es una enfermedad que puede causar dificultades diagnósticas en pacientes sin antecedentes relevantes. Se debe tomar en cuenta que la terapia empírica debe basarse en el agente etiológico más frecuente sin dejar a un lado los otros agentes causales.

P51. PERFILES DE SENSIBILIDAD Y FRECUENCIA DE ENTEROPATÓGENOS AISLADOS EN COPROCULTIVOS DE PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA SANATRIX. CARACAS-VENEZUELA.

Kathleen Katherine Pulido Villadiego¹, Olga Bonilla², Jhenyfer Cote², Vanessa Oliveira², Rosalinda Baptista², Norellys Cruz², Yajaira Hernández², Rosa Khalil².

¹Clínica Sanatrix.

Introducción: Los enteropatógenos siguen siendo uno de los principales microorganismos causantes de enfermedades diarreicas. Su prevención y control son importantes para la disminución de las tasas de morbi-mortalidad en edades extremas. **Objetivo:** Determinar

la frecuencia y perfiles de sensibilidad (S) de enteropatógenos aislados en muestras fecales de pacientes que asistieron a la clínica Sanatrix. **Materiales y métodos:** Se recibieron 453 muestras de pacientes ambulatorios (A) y hospitalizados (H) entre enero 2008 y diciembre 2010, las cuales se sembraron en medios selectivos. La tipificación serológica se realizó con antisueros polimicrobianos para *Shigella* Difco y *Salmonella* antígeno somático O poly A-I & Vi, poly B. La identificación y sensibilidad mediante MicroScan-Siemens® y difusión en disco Kirby-Bauer, según recomendaciones de la CLSI: ciprofloxacina (CIP), levofloxacina (LEV), ceftriaxone (CRO), ampicilina-sulbactam (SAM), ampicilina (AMP) y trimetoprim-sulfametoxazol (SXT). **Resultados:** Se obtuvo 65 % de positividad, 70 % (H) y 30 % (A), con una distribución en Hospitalizados: 65 % *Shigella spp*, 25 % *Salmonella spp*, 10 % *Campylobacter spp*. Susceptibilidad del 100 % a CIP, LEV, CRO para *Salmonella spp*, *Shigella spp* y *S. boydii*. *Salmonella spp* 98 % SXT, 92 % SAM y 85 % AMP, *S. flexneri*: 31 % AMP, 63 % SAM, 41 % SXT, *S. sonnei*: 78 % SAM, 76 % AMP, y 23 % SXT). Ambulatorios: 30 % *Salmonella spp*, 43 % *Shigella* y 27 % *Campylobacter* con 100 % de S a CIP, LEV, CRO. *Salmonella spp* 96 % SXT, SAM 78 % y AMP 74 %. *S. flexneri*: SAM 54 %, AMP 45 %, y SXT 27 %, *S. sonnei*: AMP 67 %, SAM 67 % y SXT 13 %. **Conclusiones:** En este estudio retrospectivo, pudo evidenciarse que las fluoroquinolonas pueden utilizarse aún como terapia de elección en este tipo de infecciones; A la vez que se demuestra que la resistencia a los betalactámicos ha ido en orden creciente por lo cual, es imperativo limitar el uso de éstos para evitar el aumento de la resistencia.

P52. RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A SEPSIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*. MAYO 2011. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. VENEZUELA. Karin Puente, Rosa Khalil, Alberto Millán, Jesús Viera.

Hospital Universitario de Caracas.

Introducción: Las infecciones constituyen apenas el 5 % de las causas de rabdomiolisis, en la mayoría de los casos se asocian a sepsis por grampositivos. Se presenta un caso de rabdomiolisis secundaria a sepsis por infección de piel por *Staphylococcus aureus*. **Historia clínica:** paciente masculino de 53 años de edad, procedente de Instituto de Rehabilitación Psíquica local, antecedente de esquizofrenia, presenta flictena de 2 cm de diámetro en

rodilla derecha, eritema perilesional, extensión progresiva, aumento de volumen, dolor y fiebre de 39 °C. Previo al ingreso, recibió ciprofloxacina y oxacilina para cumplimiento ambulatorio, sin mejoría. Al 5to día ingresa a nuestra institución presentando extensión de la lesión a hemitórax ipsilateral y criterios de sepsis, elevación de CK e insuficiencia renal aguda con criterios de Hemodiálisis de emergencia. Paraclínicos: CB: 12800, N %: 90,5 %, UREA: 277, CREAT: 9,56, CLCR: 8,22, CKMB: 3524, NA+: 126, K+: 5,5, CL-: 91, CA++: 5,5, P: 9,4, AST: 1359, ALT: 357, LDH: 2950. pH: 7,40; PCO2: 23; PO2: 72; HCO3: 14,2; SAT: 94 %. Evolución: Se indica vancomicina e imipenem, y se inicia hemodiálisis. Se obtiene secreción purulenta de muslo derecho, aislando *Staphylococcus aureus*. Se mantiene tratamiento, evidenciando desaparición de fiebre, con mejoría parcial de la lesión. Durante la hospitalización presentó complicaciones infecciosas nosocomiales, aislando *Achromobacter xylosoxidans* de úlcera de muslo derecho con respuesta a TMP-SMX y sepsis por *Enterococcus fecalis* resistente a vancomicina con aislamiento del catéter de hemodiálisis y cultivos de sangre periférica, ameritando retiro del catéter y tratamiento linezolid. Conclusiones: No se hallaron reportes de frecuencia de rabdomiólisis y sepsis por *Staphylococcus aureus*, probablemente por ser la rabdomiólisis una complicación poco común de enfermedades infecciosas.

P53. INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ARTRITIS SÉPTICA: 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PEDIATRÍA “AGUSTIN ZUBILLAGA”. BARQUISIMETO, EDO. LARA 2011. María Isabel Santana Rodríguez¹, Mayli Carnevale², José Galicia², Elida Dapena², Miriam Maitín², Antonio González Mata², Rosmell Silva², Karim Moukhalalle², María García², Adriana Rodríguez².

¹Hospital Universitario de Pediatría; ²Hospital Universitario de Pediatría “Agustín Zubillaga”.

La artritis séptica ocurre por invasión de bacterias a una articulación, si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo producen elevada incidencia de secuelas y discapacidad, por lo que son consideradas una urgencia médico-quirúrgica. Considerando la importancia de esta patología en la edad pediátrica, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en pacientes con diagnóstico de infección osteo-articular para evaluar características clínicas, microbiológicas y terapéutica en el Hospital Universitario de Pediatría “Agustín Zubillaga” entre enero

2008-marzo 2011. Se revisaron 35 expedientes, encontrándose que la artritis séptica representó 54,2 %, siendo más frecuente en el sexo masculino en 57,8 %. Predominó en lactantes y escolares con 26,3 % respectivamente. La articulación de la cadera fue la más afectada en 52,6 %. En 21 % de casos se refirió traumatismo de partes blandas como antecedente. La ecografía de partes blandas fue diagnóstica en 94,7 %. Se realizó Hemocultivo al 52,6 % de casos, de los cuales 80 % reportó sin desarrollo bacteriano y en 20 % se aisló *S. aureus* MS. Las muestras de secreción articular fueron positivas en 50 % de casos, de estos 71,4 % correspondió a *S. aureus*, y 14,3 % a *Enterobacter sp*, en una muestra no informaron el germen aislado. El 73,6 % recibió oxacilina de inicio siendo necesario el cambio del mismo en un 63,1 %. Las infecciones osteoarticulares requieren un alto grado de sospecha clínica por lo que se deben mejorar los procedimientos diagnósticos, a fin de lograr el rápido inicio de la terapéutica antimicrobiana y los procedimientos quirúrgicos adecuados para disminuir el riesgo de secuelas. Palabras clave: Artritis séptica, *Staphylococcus aureus*, oxacilina

P54. ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR RHIZOBIUM RADIOBACTER: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL HÉCTOR NOUL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR-VENEZUELA. Jean Félix Piñerúa Gonsálvez¹, Rosanna del Carmen Zambrano Infantino², Carlos Calcaño², Mavel Chacín², Cesar Montaña², Zaida Femayor², Néstor Contreras², Henry Rodney³, Marianela Rodney³.

¹Escuela de Ciencias de la Salud Francisco Battistini, UDO, ²Hospital Hector N. Joubert IVSS; ³Hospital Ruiz y Paez.

Rhizobium radiobacter es una bacteria gramnegativa, fijadora de nitrógeno que se encuentra principalmente en el suelo. Rara vez causa infecciones en humanos. Ha sido asociada a bacteriemia en pacientes portadores de catéteres intravasculares. El objetivo de este trabajo es informar un caso de endocarditis por *R. radiobacter* tratada con vancomicina más cefotaxima. Se trata de paciente masculino, de 47 años de edad, con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, quien acude por presentar fiebre de dos semanas de evolución. Se realiza hemograma que reporta leucocitosis de 44 000/mm³ a predominio de neutrófilos. Es hospitalizado, se toman muestras de sangre periférica para hemocultivo y se inicia antibioticoterapia empírica con cefotaxime más

vancomicina. El ecocardiograma transtorácico concluye endocarditis bacteriana subaguda tricuspídea filiforme de 1,3 mm con disfunción sistólica severa, disfunción diastólica grado III. Al séptimo día de haber iniciado la antibioticoterapia la fiebre cedió y la leucocitosis disminuyó a 12 600/mm³ con 85 % de neutrófilos. La bacteria identificada por hemocultivo es *Rhizobium radiobacter* resistente a ceftriaxona y sensible a amikacina, ampicilina y ampicilina/sulbactam. Debido a la mejoría clínica se decide continuar tratamiento con vancomicina. Este caso sugiere que *R. radiobacter* puede ser causa de endocarditis en pacientes portadores de catéteres intravasculares.

P55. EVALUACIÓN DE COSTOS EN NEUMONIAS DE EDAD PEDIÁTRICA. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS VENEZUELA. Julio Simón Castro Méndez¹, Víctor Saravia², Jose A Suarez S³, Alberto Calvo¹.

¹Policlínica Metropolitana; ²IMT UCV; ³IMT UCV Policlínica Metropolitana.

Objetivo: Evaluar los costos asociados a hospitalización por neumonías en entorno de hospital privado. Materiales y métodos: Se seleccionaron en la base de datos de la Policlínica Metropolitana aquellos pacientes, mayores a 6 meses de edad, con diagnóstico clínico de neumonía que estuvieron hospitalizados más de 48 h durante el año 2010. Se analizaron los costos directos discriminados por gastos de hospitalización, servicios, honorarios, medicamentos, radiología y laboratorio, desde la perspectiva del pagador. Se identificaron aquellos con aislamientos microbiológicos de zonas estériles. Los gastos se expresan en promedio y desviación standard (DS) y BsF. Se comparó el gasto total de aquellos con aislamientos contra los que no tenían en términos de gasto total y resto de las variables. Se utilizó como herramientas de computación Chaman, Microsoft Access, STATA5.0. El criterio general de significancia fue 0,05. Resultados: El costo total promedio (DS) de neumonía fue 15 652 (13 491) BsF, el promedio de días de hospitalización fue 5,67(5,9), el gasto en los pacientes con aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* fue significativamente más alto 32 976(26 150) P: 0,001 que los pacientes otros aislamientos 20 241 (24 601) y que aquellos sin aislamiento 15 548(13 239). Para la discriminación de los gastos ver Tabla 3. Conclusión: El gasto directo por hospitalización en pacientes con *Streptococcus pneumoniae*

Tabla 3.

Rubro	Promedio(DS)	% del total de factura
Total general	15 652(15 906)	100
Medicamentos	2 209(4241)	13,6
Rayos X	525(446)	3,2
Tomografía	940(676)	5,7
Laboratorio	930(898)	5,7
Honorarios	1 587(845)	9,7

fue significativamente más alto que el resto de los pacientes.

P56. PIE DIABÉTICO: MICROBIOLOGÍA Y LA IMPORTANCIA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA. LABORATORIO CLÍNICO MICROBIOLÓGICO MARRUFO-ROA – BARQUISIMETO VENEZUELA ENERO 2010 – MARZO 2011. Rafael Alfonso Roas Brito¹, Rafael Marrufo², Ramón Santos M³, Luis Torres⁴.

¹Laboratorio Clínico Microbiológico Marrufo-Roa, ²Laboratorio Clínico Microbiológico Marrufo-Roa, ³Clínica Razetti – Barquisimeto, ⁴Cátedra Microbiología, Escuela de Bioanálisis-UCV.

Introducción: Una de las principales complicaciones de las personas con diabetes mellitus son las infecciones de los miembros inferiores. Las alteraciones inmunológicas, la vasculopatía conllevan al desarrollo de graves infecciones con un alto riesgo de amputación. El tratamiento antimicrobiano se complica por alteraciones inmunitarias locales-sistémicas y por la producción de Biofilm de diversos microorganismos implicados en la infección, que generalmente son multirresistentes y causan infecciones recurrentes. De allí la importancia de la microbiología en esta patología. Objetivo: Determinar la frecuencia bacteriana, patrón de resistencia y mecanismos de resistencia fenotípicas en pacientes con infecciones del pie diabético. Resultados: Se estudiaron 417 pacientes con pie diabético, 228 (54,7 %) del sexo femenino. Mayor incidencia ocurrió en el grupo edad de 45-64 años (44,1 %). En 104 (30,0 %) se aisló dos gérmenes, *Staphylococcus aureus* (SAU) y *Pseudomonas aeruginosa* (PAE), asociación de mayor incidencia. Las muestras para cultivo fueron tomadas por el médico, las bacterias identificadas fueron: SAU 175 (33,6 %), PAE 100(19,2 %), *Escherichia coli* (ECO) 69 (13,3 %), *Klebsiella pneumoniae* (KPN) 53 (10,2 %),

Enterobacter aerogenes (EAE) 31 (5,9 %). Los mecanismos de resistencia se evaluaron mediante difusión del disco usando las plantillas habituales y la concentración mínima inhibitoria (CMI) por microdilución usando paneles MicroScan® (DadeBehring Inc., CA) EE.UU. Se encontraron los siguientes fenotipos, en PAE 19 (19 %), Metalobetalactamasas (MBLs) y 23 (23 %) BLEEs, ECO 29 (42 %) BLEEs, KPN 19 (36 %) BLEEs y 10 (19 %) Carbapenemasas KPC, EAE 14 (45 %) BLEEs y 2 (6,4 %) KPC, *Proteus mirabilis* (PMI) 8 (35 %) BLEEs, *Acinetobacter baumannii* 4 (36,4 %) BLEEs. Los fenotipos de interés serán confirmados mediante ensayos de biología molecular. Conclusión: En esta investigación logramos demostrar una alta frecuencia de mecanismos de resistencia de alto impacto clínico en los diferentes géneros y especies aislados, se evidenció la presencia de BLEEs en los bacilos gramnegativos en una frecuencia superior al 35 %, de la misma manera se logró demostrar la presencia de carbapenemasas tipo MBLs y KPC en frecuencias elevadas. En las infecciones de los miembros inferiores de personas con diabetes mellitus, intervienen la vasculopatía, las alteraciones inmunológicas, la colonización por diversos microorganismos, la producción de Biofilms de estos microorganismos y la resistencia bacteriana, por lo que esta patología sea difícil de tratar, constituyendo un verdadero reto terapéutico. Con la técnica Fleboreverso perfusión distal del Dr. Ramón Santos M., la determinación de los fenómenos de resistencia y usando antimicrobianos que inhiben el Biofilms se ha logrado reducir drásticamente las amputaciones en nuestra región, tigeciclina y linezolid han sido alternativas antimicrobianas por su patrón de sensibilidad y su efecto inhibitor de Biofilms en diversos microorganismos.

P57. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CURABLES EN HOMBRES Y MUJERES DE CARACAS, VENEZUELA DURANTE EL AÑO 2010 CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS-VENEZUELA. Silvanna Verlezza¹, Elvia Rivas¹, Norma Tovar¹, Mercedes Flores².

^{1,2}Clínica El Ávila.

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) es usado para referirse a una variedad de síndromes clínicos causados por patógenos cuyo reservorio es el tracto genital humano. Las ITS pueden clasificarse en curables e incurables. Dentro de las ITS curables encontramos las producidas por los microorganismos: *Neisseria*

gonorrhoeae, *Trichomona vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* y *Treponema pallidum*. La OMS calcula que en 1999 se produjeron más de 340 millones de nuevos casos de Gonorrea, Clamidia, Sífilis y Tricomoniasis, siendo las ITS curables más comunes. La prevalencia para estas infecciones en América Latina y el Caribe fue de 18,5 millones de personas, con una incidencia de 38 millones para 1999. Las consecuencias de las ITS pueden ser graves para la salud reproductiva y amenazar la vida. Objetivo: Determinar la distribución de 6 microorganismos causantes de infecciones de transmisión sexual identificados en hombres y mujeres, mediante técnicas de biología molecular, sin rango de edad predeterminado, durante el año 2010. Resultados: Se procesaron un total de 1 228 pacientes, 849 de sexo femenino y 378 de sexo masculino, se obtuvo 11,7 % de positividad para el ADN de cualquiera de los microorganismos de transmisión sexual estudiados para el sexo femenino y 3,8 % para el sexo masculino. El sexo femenino presenta un pico de positividad entre los 25-29 años, el sexo masculino entre los 30-34 años. El microorganismo mayormente encontrado en pacientes masculinos fue la *Chlamydia trachomatis*, mientras que en el sexo femenino fue el *Mycoplasma hominis*. Conclusiones: Las técnicas de biología molecular son altamente sensibles y específicas para el diagnóstico de las ITS curables, su uso debe ser tanto para la investigación de infecciones sintomáticas como para el tamizaje de hombres y mujeres en edad reproductiva que asisten a la consulta. La realización de estudios más profundos en la población determinará el papel de estas infecciones y permitirá diseñar nuevas estrategias para su prevención.

P58. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LEPTOSPIROSIS HUMANA MEDIANTE LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGM POR LA PRUEBA ELISA. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. CARACAS-VENEZUELA. Marwan Said Aguilar Mejia, Rosalba Moros, Marta Cardona, Ismar Rivera, Julio Zambrano, José L Pérez, Eneida López.

Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Ministerio del Poder Popular para la Salud.

La Leptospirosis es una zoonosis que afecta a humanos y animales. En Venezuela hay numerosos casos anuales, estimándose en 7 % de casos y en 15,5 % la seropositividad total, según el Instituto Nacional de Higiene

“Rafael Rangel”. En el humano se presenta como una enfermedad febril aguda incluida dentro de los síndromes febriles ictericos hemorrágicos (SFIH), las manifestaciones clínicas no son específicas y se dificulta el diagnóstico clínico temprano. Adicionalmente, la prueba de referencia de microaglutinación de antígenos vivos (MAT) es de baja sensibilidad en la fase aguda de la enfermedad. Por ello la implementación de pruebas complementarias de alta sensibilidad y especificidad son necesarias para el diagnóstico de laboratorio, para un oportuno tratamiento. En este estudio se muestran los resultados de la estandarización y validación de la prueba de ELISA indirecta para la detección de anticuerpos anti-IgM específicos contra *Leptospira* en sueros humanos. El antígeno, se elaboró partiendo de cultivos de *Leptospira serovar Icterohaemorrhagiae* cepa *Copenhageni*. La prueba de ELISA IgM fue estandarizada usando 30 sueros positivos y 30 sueros negativos de pacientes diagnosticados con la prueba MAT, de diferentes estados de Venezuela, así como 30 sueros de personas sanas para determinar el punto de corte (DO= 0,2 Abs). Los resultados fueron comparados con la MAT, se obtuvo una sensibilidad y especificidad de 90 % respectivamente. La prueba Kappa determinó un 0,89 ($p < 0,05$) de concordancia con respecto a la MAT. Este estudio muestra que la ELISA IgM desarrollada es sensible, específica y de fácil aplicación, por lo que puede ser empleada como prueba preliminar en los SFIH, para la subsecuente confirmación por MAT de los casos por *Leptospiras spp.*

P59. ABCESOS DEL PSOAS: UNA ENFERMEDAD EMERGIENDO. Jesus Elias Dawaher, Sissy Marie Rodriguez, Alejandra Peña, Yoxsivell Limas, María Carolina Redondo, Ana Carvajal, Martín Carballo, Adayza Figueredo.

Introducción: El absceso del psoas se presenta clínicamente con dolor lumbar y un curso generalmente crónico. Los agentes etiológicos involucrados son diversos, bacterias y hongos pero predominantemente se asocia a infección por *M. tuberculosis*. Frecuentemente no se sospecha hasta bien avanzada la enfermedad en vista de sus manifestaciones inespecíficas. En el servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas hemos visto en el número de casos, los cuales se presentan a continuación. **Materiales y métodos:** revisión de las historias de los pacientes que ingresan en el servicio de EIA del HUC en el 2011 con diagnóstico de egreso de absceso del psoas (Tabla 4).

Discusión: Se evidencia que la enfermedad se presenta en diferentes situaciones (HIV severamente inmunosuprimidos o con carga viral indetectable, adultos mayores), siendo la etiología determinada por el origen del absceso. En casi todos los casos el diagnóstico fue tardío en vista de que casi siempre se presenta con dolor lumbar solamente, solo en un caso hubo fiebre. **Conclusiones:** Se debe pensar en esta entidad en pacientes que consultan por dolor lumbar crónico.

P60. SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE BACTERIAS CAUSALES DE INFECCIÓN URINARIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS. JULIO 2009-2010. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI OTERO”. CIUDAD GUAYANA-VENEZUELA. Isabel E Longa P, Adriana Lezama, Darine Muñoz, Nyko R Rodríguez R, Isabel E Longa P, Yajaira Simon, Yajair Simon.

Hospital “Raúl Leoni Otero” de Guaiparo- IVSS Ciudad Guayana.

Para el 2009, el 2,7 % (139) de los pacientes pediátricos hospitalizados en nuestra institución, presentaban como diagnóstico de ingreso:

Tabla 4.

Caso	Edad	Sexo	Agente etiológico	Comorbilidades
1	38	M	<i>M. tuberculosis</i>	HIV+ CV indetectable, CD4+ 613cel. Absceso oscifluente asociado a mal de Pott
2	44	M	<i>M. tuberculosis</i>	HIV positivo CD4+ 42cel y CV 19383 copias.
3	65	F	<i>S. aureus</i>	Ninguno. Bacteriemia asociada a infección de piel. Presentó además artritis séptica.
4	84	F	<i>E. coli</i>	Enfermedad diverticular complicada. Edad avanzada.
5	75	M	<i>M. tuberculosis</i>	Adulto mayor. Hermano fallecido por TB pulmonar.

infección urinaria. Objetivos: Determinar la sensibilidad y resistencia antimicrobiana de bacterias causantes de infecciones urinarias adquiridas en la comunidad, en pacientes que se hospitalizaron en el Servicio de Pediatría, durante el período julio 2009-2010. Metodología: Desde el punto de vista Epidemiológico es Observacional Descriptivo, de Corte Transversal. La población está conformada por pacientes en edades comprendidas entre 1 mes y 12 años sin antecedentes de patología urinaria previa, antibioticoterapia ni hospitalizaciones en los 3 meses previos a su ingreso. Los datos se recabaron a través de un cuestionario identificado como SRBG y se analizaron cuantitativamente. Resultados: En 51 pacientes se obtuvieron cultivos positivos. La estancia hospitalaria promedio fue de 8 días y se diagnosticó posteriormente una uropatía tipo reflujo o litiasis renal en el 19 % de los casos. Las bacterias aisladas fueron *Escherichia coli* 62 %, *Klebsiella sp* 24 %, *Enterobacter sp* 10 % y *Proteus mirabilis* 4 %. El sexo femenino se correspondía al 56 % de los casos. La proporción de niñas con respecto a varones fue de 2 a 1. El grupo de edad donde se presentó la mayor frecuencia de casos fue el de 0-2 años. *E. coli* es el germen predominante en todos los grupos por edad (38 % en los niños entre 0-2 años, el 28 % en los niños entre 3 a 5 años) La *E. coli* presentó un 47 % de sensibilidad a trimetoprim-sulfametoxazol y 75 % a piperacilina-tazobactam y cefepime además de 25 % resistencia a quinolonas. El 25 % (8) de las cepas eran productoras de betalactamasas de espectro expandido (BLEE) asociado a 50 % de resistencia a quinolonas. La *Klebsiella sp* presentó un 67 % (8) de BLEE asociado a 100 % resistencia a aminoglucósidos. En aquellas cepas sin BLEE la resistencia a aminoglucósidos era del 27 %. No se presentó BLEE en los otros germen aislados pero en todos se presenta algún grado de resistencia a quinolonas Conclusiones y recomendaciones: En nuestro medio la presencia de infecciones por uropatógenos productores de BLEE no está circunscrito a pacientes con uropatía y/o infecciones urinarias recurrentes para el momento del diagnóstico. A pesar del poco uso de las quinolonas en nuestro Servicio ya se aprecia resistencia a las mismas al igual que niveles significativos para aminoglucósidos. Es necesario una estrecha relación con el laboratorio de microbiología para detectar la presencia de distintos mecanismos de resistencia en uropatógenos. Sugiriéndose

su reporte directamente en el antibiograma Palabras clave: Infección urinaria adquirida en la comunidad, bacterias gramnegativas, sensibilidad y resistencia antimicrobiana, BLEE.

P61. PROCESO DE GESTIÓN PARA EL CÁLCULO DEL COSTO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD HOSPITAL DE NIÑOS "J. M DE LOS RÍOS" CARACAS. VENEZUELA. Lizbeth Aurenty, José García Servén.

Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas

El conocimiento de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) es fundamental para estimar el costo-beneficio de los programas de intervención y su impacto en términos económicos. No obstante, la evaluación del costo de las IACS es compleja debido a múltiples factores que pueden incidir en los resultados como: tipo de IACS, agente etiológico y resistencia a los antimicrobianos, complejidad de la atención, tipo de pacientes involucrados y tipo de investigación realizada. Existen diferentes modelos para los cálculos de los programas de salud. Objetivo: Conocer los modelos de gestión para el cálculo de IACS en el Hospital J.M de los Ríos. Método: Se realizó investigación de campo, tipo descriptiva, no experimental, prospectiva y transversal, se evaluó el proceso de gestión para el cálculo del costo directo de los casos de pacientes ingresados en el Hospital de Niños J. M. de los Ríos durante el primer trimestre del año 2010 con diagnóstico de IACS, tomando en cuenta diferentes unidades de producción: Unidad de producción de servicios generales, unidad de producción del trabajador de la Salud y Unidad de producción del paciente hospitalizado. Resultados: De 1 145 ingresos hospitalarios durante el primer trimestre de 2010, 46 presentaron IACS (40,17 %), con promedio de estancia de 40 días, con X de 37,3 y DS 19,21, el sexo masculino predominó sobre el femenino, y los lactantes y RN fueron las edades de mayor ocurrencia de IACS. Las IACS más frecuentes fueron: infección respiratoria baja en 26,08 % (12/46), bacteriemia/sepsis en 21,56 % (10/46). Encontramos que el total de presupuesto anual estimado 2010 para el Hospital de Niños J. M. de los Ríos es de 120 655 168,00 Bs F y el costo directo por hospitalización general correspondería a 1 670,93 Bs F, por paciente de hospitalización aproximadamente, sin agregar los costos adicionales complementarios que amerita una IACS en interconsultas, exámenes de laboratorio, traslado a otros servicios, costos

de servicios generales tipo electricidad, agua, gas medicinal, antibióticos, sueldos del personal y otros. Conclusión: El proceso de gestión para el cálculo, puede realizarse de acuerdo a diversos métodos, siendo este complejo, debido a la dificultad para obtener montos exactos y a la gran cantidad de factores que intervienen y unidades de producción que hay que considerar. Palabras clave: Infección asociada al cuidado de la salud, proceso de gestión, costos directos e indirectos, unidades de producción, modelos de gestión.

P62. OBSERVACIÓN INICIAL DEL IMPACTO DE LA VACUNA ANTIRROTAVIRUS SOBRE LA MORBI-MORTALIDAD POR DIARREAS EN VENEZUELA 2002-2010. Alejandro Rísquez Parra¹, Tamara Rosales López¹, María A Rosas Aramburu².

¹UCV. Caracas. ²CHET-UC Valencia. Edo. Carabobo.

Objetivo: Estudiar el impacto de la introducción de la vacuna antirrotavirus en el plan nacional de inmunizaciones sobre morbi-mortalidad por diarreas en 1 año, 1-4 y ≥ 5 , 2002-2010. Métodos: Fuentes: Boletines epidemiológicos, informes de inmunizaciones y Anuarios de Mortalidad de MinSalud/INE. Se analizaron datos en números absolutos y porcentuales. Se calcularon la tasa general y las específicas de 1 año, 1-4 y ≥ 5 , promedios y razones, aplicando T-independiente con I.C. 95 %, Excel 2010® y Epidat 3®. Resultados: La morbilidad general por diarreas se mantiene estable, alcanzando una tasa de $6,45 \times 10^5$ hab y la mortalidad desciende desde 6,79 (2002), a 3,94 (2008). La cobertura vacunal inicial (2005) fue de 26 %, ascendiendo a 60 % (2010). Las tasas de morbilidad y mortalidad en 5 años son 7 y 10 veces mayores, respectivamente, que en ≥ 5 . Para todos, existe tendencia al descenso en mortalidad y estabilidad en morbilidad. Comparando tasas promediales antes y después de la vacunación, la disminución de la tasa de mortalidad en 5 años es estadísticamente significativa ($T=2,68/P=0,04$); para ≥ 5 años, no lo es. Conclusiones: La enfermedad diarreica es un problema de salud pública. Después de introducir la vacuna al PAI se evidencia disminución en la mortalidad en < 5 años, sin cambios en los > 5 años. Debe mantenerse bajo vigilancia.

P63. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN VENEZUELA 1996-2008. Alejandro Rísquez¹, Luis Echezuria¹, Amando Martín², María Graciela López³, Sandra Besada⁴, Nicolas Medina⁴, Xavier Sáez Llorens⁵, Carlos Espinal⁶.

¹Universidad Central de Venezuela; ²Hospital

Universitario de Caracas; ³Hospital J.M de los Ríos/ Sanofi Pasteur; ⁴Sanofi Pasteur CANAC; ⁵Hospital del Niño. Panamá; ⁶Sanofi Pasteur. Washington DC.

El conocimiento del comportamiento de la enfermedad meningocócica es esencial para establecer estrategias de prevención. El objetivo de este estudio es describir la morbilidad y mortalidad de las infecciones por *Neisseria meningitidis* en Venezuela durante los últimos 12 años. Método: Se obtuvieron registros de morbi-mortalidad de Venezuela de enfermedad meningocócica (CIE-10:A39), Ministerio de Salud de 1996-2008. Se analizaron datos de SIREVAII del Instituto Nacional de Higiene. Variables: edad, sexo, distribución geográfica, y serogrupos. Estadística aplicada: distribución de frecuencias, cálculo de tasas ($\times 100\ 000$), y coeficientes de correlación. Resultados: Las tasas de morbilidad en Venezuela son alrededor de $0,41 \times 100\ 000$ $n=334$ (promedio 2006-2009): menores de 1 año de edad 2,26; para el grupo de 1 a 14 años 0,82, 14 a 24 años 0,4 en adultos y adultos mayores 0,08 a 0,04 respectivamente. Venezuela reporta serotipo B (39 %), C (23 %) e Y (27 %). Los reportes del serogrupo Y han aumentado desde el año 2000. La tasa de mortalidad (1996-2008) es 0,073 (SD=0,04), en el grupo de menores de 1 año fue 0,65; 1 a 14 años fue 0,16; 14 a 24 años 0,06, en adultos 0,03 y 0,06 en adultos mayores. La razón hombre/mujer es 1,6. Las tasas de letalidad son del 28 % (2006-2008). Las tasas de mortalidad oscilan entre 0,011 y 0,28 en las diferentes regiones de Venezuela. Conclusiones: Las infecciones por *Neisseria meningitidis* en Venezuela afectan principalmente a menores de 15 años, con mayor incidencia y mortalidad en menores de 1 año, con tasas de morbilidad constante hasta los adolescentes y adultos jóvenes. Se reportaron cepas de serogrupos B, C y Y. Tasa de letalidad alta, hasta 28 %. Estos hallazgos sugieren que las estrategias preventivas deben dirigirse a los niños y adolescentes.

P64. EVALUACIÓN DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA USANDO SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (SIG). ESTADO MIRANDA. Jaime Torres.

Instituto Medicina Tropical/Clínica Santa Sofía. Caracas.

Objetivo: Evaluar con técnicas modernas de SIG la distribución y densidad de casos de leishmaniasis tegumentaria en el Estado Miranda. Materiales y métodos: Se evaluaron los casos diagnosticados en la unidad de

infectología y dermatología del IMT. UCV desde 2008 hasta 2011. Se escogió como punto de referencia la dirección de vivienda. Se georeferenciaron 52 casos escogidos al azar de los 332 casos evaluados en ese período, se evaluó: número de casos, altura (snm), casos por habitante y casos por área geográfica en cada municipio. Se establecieron mapas y puntos poligonales que representan cada uno de los casos para observar tendencias. Se usó Epi Info, Microsoft Access 2007, STATA 5,0 como paquetes de análisis y geo-renferenciación. Resultados: Se observa un comportamiento de cluster con predominancia de los municipios Sucre, El Hatillo, Plaza y Baruta, con agrupación de casos adyacente a zonas boscosas periurbanas, tanto en número de casos, como en casos/población y casos/área, 47 % de los casos vivían en zonas mayores a 900 msnm. Conclusiones: Existen zonas periféricas a áreas urbanas con densidad importante de casos, hay una proporción importante (47 %) de casos en poblaciones de más de 900 m snm, lo cual tiene consideraciones importantes del hábitat de los posibles vectores

P65. MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESITNALES (A00-A09). VENEZUELA 1996-2008. Alejandro Rísquez Parra¹, Claudia Mosquera Vásquez², Karen Ochoa Aular², Zarina Di Giacomo Lobo², Andrea Mata Azócar², Mayra Mezzoni Poleo², Franklin Montplaisier Velásquez².

¹Facultad de Medicina, UCV; ²Escuela Luis Razetti UCV. Caracas.

Objetivo: Estudio de la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (CIE-10: A00-A09) (EII) en los menores de 1 año en Venezuela según tiempo, persona, etiología y lugar durante 1996-2008. Métodos: Las fuentes son los Anuarios de Mortalidad del Ministro de Salud y del Instituto Nacional de Estadística. Análisis en números absolutos y cálculos de tasas específicas de menores de 1 año según sexo, etiología, entidad federal y tiempo, promedios, razones y proporciones. Correlación de Pearson entre tasa de mortalidad infantil por EII con Índice de Desarrollo Humano (IDH) ($p=0,05$). Análisis con Microsoft Excel 2010 y SPSS.13.00. Resultados: Las muertes disminuyeron mucho, las tasas del primer trienio pasan de 3,18 por mil a 0,66; cayeron casi 5 veces. El índice de masculinidad es 1,33; estable en el lapso. Las EII son diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; bacterianas (94,3 %): *Salmonella*, *Shigella* e intoxicaciones intestinales bacterianas (1,5 %);

amebiasis y protozoarios (3,8 %); el resto virales (0,05 %). Las tasas varían en extremo por entidades federales. El último trienio, Delta Amacuro alcanza una tasa de 6,45; 10 veces por arriba de la tasa nacional, seguido a distancia por Zulia 2,64; Amazonas 2,28 y Apure 2,03. Se encontró una correlación de Pearson moderada ($-0,416$; $P=0,03$) inversamente proporcional entre la tasa de mortalidad y el IDH. Conclusiones: La mortalidad infantil por EII está descendiendo mucho en cifras absolutas y relativas. Es necesario mejorar el diagnóstico etiológico. Los estados con mayor población rural e indígena tienen las tasas más elevadas; abordando sanitariamente estos, tendríamos un gran impacto en la carga de muertes.

P66. ANÁLISIS DE EPIDEMIOLOGICO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS CON SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICO (SIG) E HISTORIA MÉDICA DIGITAL. Julio S Castro Méndez¹, Jorge L Hernández-Rojas², Armando Peralta², David Bello², Rania Khawan², Oswaldo Godoy³.

¹IMT. UCV. Dirección Salud Sucre; ²Dirección Salud Sucre; ³Hospital Vargas Caracas.

Objetivo: Demostrar la utilidad de registro médico digital conectada a herramienta SIG para evaluación de eventos infecciosos en ambiente municipal. Métodos: Partiendo de los datos registrados en la historia digital municipal (Digisalud Sucre), se obtienen los siguientes datos de los pacientes evaluados (147) entre enero 2010 y julio 2011: dirección de habitación, edad, sexo, diagnóstico codificado según CIE 10 "infección respiratoria baja" (código: J20,9); posteriormente se georeferencian las direcciones físicas de los pacientes con Google map y esta data se exporta a Microsoft Access y Epi Info secuencialmente, donde con "capas geográficas, de vialidad, parroquias y manzanas" se ubica geográficamente cada evento diagnóstico. Posteriormente se analiza usando estadísticas de secuencia temporal y ocurrencia tipo cluster, para detectar patrones que puedan ser claves en la etiopatogenia o control de enfermedades transmisibles. Resultados: Se evidencian 2 patrones claramente definidos, 1) Temporal: hay una curva con aumento de casos en los meses de septiembre, octubre, noviembre. 2) Hay comportamiento tipo "cluster" con agrupación de los casos en 4 zonas definidas: Campo Rico, José Feliz Rivas, Guaicoco, y La Dolorita (ver mapa). Se verifica la fiabilidad de la georeferenciación basado en datos digitales, se realizan mapas con densidad de eventos por

parroquias, ajustados a densidad poblacional y densidad de área. Conclusión: la historia médica digital auxiliada por herramientas de SIG es una técnica eficiente que permite establecer patrones de enfermedades transmisibles en muy poco tiempo (minutos) y generar acciones en políticas públicas para modificar el curso de las enfermedades.

P67. RELEVANCIA DE LA CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES EN EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS). CINELA VENEZUELA. Marisela Silva¹, Lisbeth Aurenty², Adayza Figueredo³, Pola Brenner⁴, Patricio Nercelles⁵.

¹Centro Médico Loira; ²Hospital JM de los Ríos; ³Hospital Universitario de Caracas; ⁴Universidad de Valparaíso; ⁵Universidad de Valparaíso, Chile.

Es necesario capacitar personal de salud en control y prevención de infecciones hospitalarias para la conformación y funcionamiento adecuado de comisiones de control de infecciones y para lograr disminuir las IAAS. Objetivo: Evaluación diagnóstica de la capacitación de profesionales durante dos años del proyecto CINELA (Combatiendo las Infecciones Nosocomiales en Latinoamérica) en Venezuela. Metodología: CINELA, iniciado en 2009, persigue capacitar al trabajador de salud en prevención y control de IAAS. Consta de 40 horas académicas con conferencias, discusiones y talleres. Fue discutido y validado por profesionales latinoamericanos de control de infecciones; acreditado por la Universidad de Valparaíso, Chile y avalado por organizaciones internacionales y sociedades científicas. Estudio descriptivo, transversal de los registros del tipo de participante, institución representada, índice de aprobación y evaluación del programa por los cursantes en Venezuela. Resultados mostrados en tablas y expresados en números absolutos y porcentajes. Resultados: Participantes: 84; 54,8 % de instituciones privadas; 34,5 % públicas; 9,5 % de ambas. Enfermeros 78,6 %, 19 % médicos; 7 (9,5 %) involucrados en control de infecciones. Un tercio provenían de servicios médicos; 12 % quirúrgicos; 9,5 % unidades pediátricas. Más del 95 % desconocían normativas de su centro y 100 % negaron supervisión estructurada para control de IAAS; > 90 % de profesionales de instituciones públicas y 60 % de privados informó uso inadecuado de desinfectantes, métodos de esterilización o antisépticos. El 44 % aprobó el curso. Conclusiones: Existen carencias en el funcionamiento de las comisiones de control

de infecciones en Venezuela; es importante la capacitación de los profesionales de salud en IAAS. Palabras clave: Control de infecciones, capacitación, infecciones hospitalarias.

P68. DETERMINACIÓN DE ÍNDICE AÉDICO Y FACTORES PREDICTORES DE DOMICILIACIÓN AÉDICA EN EL MUNICIPIO SUCRE. ESTADO MIRANDA. Julio Simón Castro Méndez, Constanza Trujillo Gargano, Rafael Mifsuht, María F Velásquez Velásquez, Natasha Chirinos², Matías Reyes³, Nairobi Rivas S⁴, Jorge L Hernández-Rojas⁴.

¹Instituto Medicina Tropical UCV; ²Hospital Vargas; ³Instituto Medicina Tropical UCV, ⁴Dirección Salud Municipio Sucre. Caracas.

Objetivos: Determinación de índice aéxico y evaluación de factores predictores de domiciliación de *aedes aegypti*. Probar el uso de transmisión digital de historias usando teléfonos celulares. Métodos: Se realizó un estudio de campo con evaluación observacional de domicilios entre 1º de diciembre de 2010 y el 10 enero 2011 en 10 áreas (89 casas) del municipio Sucre escogidas al azar, determinándose índice de casa positiva y número de recipientes positivos según metodología de OPS. Se evaluaron como factores de riesgo: número de recipientes, ciclo de agua, casos de dengue en año anterior, temperatura, humedad, número de personas expuestas, conocimientos pre test sobre dengue. Se realizó regresión logística uni y multivariada teniendo como evento final casa positiva (larvas), se utilizó historia digital con transmisión remota usando Google Documents. El criterio de significancia fue 0,05. Se utilizaron STATA 5.0 y Microsoft Access 2007 como herramientas de análisis. Resultados: El índice aéxico de casa fue 58,4 % y el índice recipiente 61,2 %, los factores estadísticamente asociados a casa positiva fueron número de recipientes positivos OR 1,37 P: 0,02; casos previos de dengue OR 2,86 P: 0,05, pobre conocimiento de estrategias de control OR 2,1 P: 0,04 y vivienda de medio rural O.R 1,4 P: 0,03. Conclusión: Se observó un alto índice aéxico en todo el municipio, con un alto índice de recipientes tanto en zonas de distribución regular de agua como irregular la transmisión de data desde el campo resultó muy segura, rápida eficiente y económica.

P69. CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE DE GRIPE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC), VENEZUELA MARZO 1 AL 29 DE ABRIL DE 2011. María Eugenia Landaeta¹, María Carolyn Redondo², Eduardo Villarroel³, María Di Battista³, Jesús

Guzmán³, Fermín Redondo³, Francia Rocha Vásquez³, Marisela Santos³, Hilda Ponte⁴.

¹Servicio de Infectología. Hospital Universitario de Caracas; ²Servicio de Infectología. Hospital Universitario de Caracas; ³Unidad de Epidemiología. Hospital Universitario de Caracas; ⁴Hospital Universitario de Caracas.

En marzo 2011 hubo un brote de influenza en Venezuela, simultáneamente con México y Ecuador. En nuestro país, 5 681 casos sospechosos fueron reportados hasta el 19-04, 1 653 positivos para A H1N1. Muchos fueron evaluados en el HUC. Objetivo: Caracterizar los pacientes de la epidemia. Métodos: Se evaluaron pacientes con manifestaciones de influenza: datos demográficos, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. Resultados: Desde el 01-03 al 29-04-2011, se registraron 483 sospechosos de gripe A H1N1, 459 ambulatorios y 24 hospitalizados. Edad: ambulatorios: 120 ≤15 años, 327 entre 15-65 y 8 ≥65. Hospitalizados: 6 ≤15 años, 18 entre 15-65. Sexo: ambulatorios, 253 femeninos, 206 masculinos. Hospitalizados: 17 mujeres, 7 hombres. Se evaluaron 5 embarazadas, 4 requirieron hospitalización. Antecedentes: ambulatorios: asma 19, tabaquismo: 11, cardiopatías 10, entre otros. En hospitalizados: embarazo: 4, asma: 3, entre otros. Signos y síntomas: ambulatorios: fiebre: 437, cefalea: 350, mialgia: 324, tos seca: 309, escalofríos: 277, rinorrea: 254, artralgias: 218, odinofagia: 111, entre otros. En hospitalizados: fiebre: 21, cefalea: 16, mialgias: 14, artralgias: 12, tos seca: 17, tos productiva: 9, disnea: 14, retracción costal: 13, malestar: 12. Se realizaron hisopados nasofaríngeos en los 173 ambulatorios y 24 hospitalizados. De los pacientes ambulatorios, 52 fueron positivos para A H1N1 por RT-PCR, 34 negativos, 3 positivos para influenza estacional y 84 pendientes de resultados. Hospitalizados: 9 positivas, 5 negativas y 10 pendientes. Todos menos uno recibieron oseltamivir. Buena evolución en la mayoría, solo 4 de cada grupo tuvo complicaciones; 2 requirieron UCI. No hubo fallecimientos. Conclusiones: El grupo más afectado fue el de 15-65. La mayoría de las embarazadas necesitaron hospitalización, haciendo de este un grupo vulnerable. Se deben realizar esfuerzos para mejorar los programas de inmunización y de diagnóstico dado que en nuestro país, la vacunación de gripe no fue aplicada siguiendo las recomendaciones internacionales.

P70. DOCENCIA CENTRADA EN EL ESTUDIANTE: EVALUACIÓN DE SUS RESULTADOS EN UN FORO UNIVERSITARIO. Pedro Alexis Navarro Rojas.

Cátedra de Medicina Tropical, Instituto de Medicina Tropical. Universidad Central de Venezuela Caracas.

La docencia en la Cátedra de Medicina Tropical por iniciativa de sus estudiantes, se ha revisado, evaluado y actualizado durante los últimos 13 años el foro Docencia Centrada en el Estudiante (DCE), mediante la metodología de la clase dialogada, han sido las iniciativas innovadoras que mayor aceptación han obtenido. Mediante la organización de un foro efectuado con los estudiantes en mayo de 2010, se intenta evaluar sus resultados. Método: En primer lugar, se efectuaron encuestas a los participantes del foro sobre la DCE y las estrategias docentes preferidas. Luego se realizó el foro propiamente dicho con: a) una tormenta de ideas, b) la ponencia relativa al devenir histórico de la Cátedra, c) diversos diálogos relativos a la vigencia de la clase magistral, las docencias centradas en el estudiante y en residente de Infectología, una ponencia sobre la DCE con publicaciones periódicas y una mesa redonda sobre su percepción por los estudiantes. Resultados: De las 189 encuestas entregadas, a la pregunta ¿cómo se enteró del Foro? El 48,7 % respondió que fue por invitación de un profesor y el 29 % por invitación de estudiante. El resto recibió la información por invitación de un amigo, el afiche publicitario, volante entregado en mano y otros; las respuestas a la pregunta sobre la ¿Estrategia docente preferida? El 35,7 % se inclinó por la interacción paciente, estudiante/profesor, el 28,6 % por la docencia centrada en el paciente y el 21,6 % prefiere la docencia centrada en el estudiante. El 12,1 % muestra preferencia de la clase magistral. Discusión y conclusiones: De los que respondieron 67 % repitió lo conocido con anterioridad: la mejor manera de convocar actividades de extensión académica es por invitación de profesores y estudiantes. En las estrategias docentes, la mayoría se pronuncia por actividades con la participación estudiantil. Esta actividad realizada con los estudiantes pretende estimular la organización de eventos de difusión, para cuando el futuro profesional tenga que actualizarse en congresos científicos.

P71. PREVALENCIA PUNTUAL COMO ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD HOSPITAL DE NIÑOS J. M. DE LOS RÍOS CARACAS – VENEZUELA. Lisbeth Aurenty, Diana López, Yanell

García, Gerardine García, Miguel Nexans, María Viki Zabaleta, Hanny Sánchez, Marlinka Moya, María Elena Gónzález, Aura Rivas, Nathaly Brito, María Graciela López, Luigina Siciliano, Juan Félix García.

Introducción: La vigilancia, como componente de la epidemiología, permite obtener información para la acción; elemental para las investigaciones e intervenciones en Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). Las medidas de frecuencia en epidemiología permiten una mejor interpretación de datos de vigilancia de las (IACS). Su aplicación es indispensable en aquellas instituciones dedicadas a la atención de pacientes. La Vigilancia Epidemiológica aplicada a las (IACS), puede definirse como la obtención de datos, análisis y distribución de información resultante a los servicios asistenciales y a los profesionales y responsables que lo precisen para su labor. **Objetivo:** Comparar la prevalencia puntual en relación a la prevalencia de período mensual de las IACS en el Hospital JM de los Ríos. **Método:** Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Se realizó vigilancia y registro diario de IACS, y prevalencia puntual de ICAS mensual, entre Enero-Diciembre 2010. Los datos se ingresaron en una base de datos en SPSS 13.0. Se calculó la prevalencia mensual de IACS. Se compararon los resultados utilizando la prueba Z (SPSS 13.0) **Resultados:** Las prevalencias puntuales fueron para cada mes del año: 15,7 %, 10,4 %, 13,8 %, 22,4 %, 18,2 %, 12,9 %, 18,0 %, 14,9 %, 20,6 %, 16,4 %, 16,9 %, 11,9 % y la prevalencia de período mensual: 2,3 %, 4,1 %, 5,1 %, 5,4 %, 3,7 %, 6,7 %, 2,3 %, 2,8 %, 2,5 %, 2,4 %, 3,9 %, 4,3 %. Al comparar dichas prevalencias en todos los meses la prevalencia puntual fue significativamente mayor y las fluctuaciones no se correlacionaron. **Conclusiones:** La prevalencia puntual puede utilizarse como sistema de alerta para toma de decisiones específicas en IACS en un momento determinado, más no representa un indicador epidemiológico de largo período. La prevalencia puntual es útil para la planificación de los recursos. **Palabras clave:** Infecciones asociadas al cuidado de la salud, prevalencia puntual, prevalencia de período.

P72. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN NIÑOS INFECTADOS CON HIV EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. María Gabriela Jiménez¹, Magdalena Correa², Fidel E Echeverría³.

¹Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, ²Profesor Asistente de la Facultad de Medicina.

Departamento de Puericultura y Pediatría, ³Cardiólogo Pediatra.

El compromiso cardíaco en el SIDA pareció irrelevante, sin embargo, actualmente pertenece a un segundo peldaño en la evolución de la infección constituyendo una manifestación relativamente tardía. **Objetivos:** Identificar las alteraciones cardíacas en niños infectados por HIV y su relación con los estadios clínicos e inmunológicos de la enfermedad. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes entre marzo 2009 y julio 2010. Se realizó evaluación clínica, laboratorio, tele de tórax, ecocardiograma transtorácico y electrocardiograma a todos los niños entre 0 y 15 años con diagnóstico confirmado de HIV. **Resultados:** Se incluyeron 20 niños, edad promedio 5,45 años, 65 % niñas, 90 % infectado por transmisión vertical; 55 %. Normopeso, 50 % infecciones asociadas, (citomegalivirus, toxoplasmosis, virus Ebstein Barr). Al examen físico 5 % signos de disfunción ventricular izquierda, 35 % presentaron alteraciones electrocardiográficas versus 50 % con alteraciones ecocardiográficas: 25 % Fracción de eyección menor al 60 %; 40 % crecimiento ventricular izquierdo, derrame pericárdico leve 20 %, 5 % disfunción sistólica leve y 50 % alteraciones de la función diastólica. **Discusión y conclusiones:** Se encontró asociación significativa entre derrame pericárdico, crecimiento ventricular izquierdo por ecocardiografía y el estadio clínico, mas no con el estadio inmunológico. No hubo asociación entre el resto de variables clínicas y ecocardiográficas. La afectación cardíaca relacionada por la infección VIH, se presenta generalmente de forma asintomática. Ante la ausencia de la sospecha clínica se debe incluir dentro de la evaluación integral del paciente con SIDA el estudio cardiovascular siendo el ecocardiograma la prueba diagnóstica más sensible. **Palabras clave:** Niños con SIDA; enfermedades cardiovasculares.

P73. EVALUACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN EL ÁREA DE PUERTO LA CRUZ - BARCELONA. Ana María González.

Objetivo: Evaluar estado inmunológico al momento del diagnóstico de la infección por el VIH, y estado de salud. **Métodos:** Realizar una revisión de las historias de pacientes con VIH con diagnóstico reciente a su visita. Se tomaron como significantes los valores $P <$

0,05. Resultados y conclusiones: Se revisaron 222 historias que acudían a las consultas en las ciudades de Puerto La Cruz - Barcelona, entre los años 2000 a 2010. El 31,53 % (N=70) correspondían al sexo femenino, el 68,46 % (N=152) al sexo masculino con edades comprendidas desde los 16 a los 61 años ($X=30,9$). Tenían hábitos tabáquicos 20,72 %, 35,13 % alcohólicos y 5,85 % drogadicción. Nivel educativo: 52 (23,6 %) de instrucción primaria, 23 bachillerato (16,3 %), 6 (4,25 %) eran analfabetas y 5,67 % nivel universitario. El 38,7 % se encontraban en la categoría C: síndrome de desgaste el 33,33 %, 39,6 % diarrea, pneumocitosis 10,81 %, candidiasis 9,9 %. El 8,1 % de los pacientes correspondían a categoría B: Tuberculosis 5,4 %, 2,7 % herpes zoster (Tabla 5 según el sexo valor células CD4 y categoría).

Solo se encontró asociación con el sexo masculino y el valor de CD4 mayor de 200 al realizar el diagnóstico $p=0,04$. Se inició terapia antirretroviral al 64,4 % de los pacientes (CD4 menor de 350 células). El esquema más usado fue AZT 3TC (98 %), combinado con un IP reforzado en el 60,2 % y Efavirenz en el 35,5 %, otro esquema fue la combinación con Viracept (2,11 %).

P74. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OTROS INDICADORES EN MUJERES INFECTADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN VENEZUELA. TRABAJO COLABORATIVO

Ana Carvajal¹, Mílvica Castrillo², Miguel Morales³, Francia Moy⁴, Smirna Castrillo⁵, Maribel Morillo⁶, Yajaira Roldán⁷, Teodeglis Dordellys⁸, Marisela Silva⁴, Ana María Cáceres⁹.

¹Hospital Universitario de Caracas; ²Centro de atención de ITS y SIDA; ³Hospital Miguel Arvelo; ⁴Universidad de Carabobo; ⁵Hospital Patricio Alcalá; ⁶Hospital Simón Bolívar; ⁷Hospital Universitario de Mérida; ⁸Sociedad Venezolana de Infectología.

La infección por el VIH en las mujeres se ha incrementado a través de los años, cifras del último informe de la ONU/SIDA muestran

por primera vez que más del 50 % de los casos corresponden a mujeres y evidencian el incremento de esta infección en las féminas. Objetivo: Investigar las características epidemiológicas y otros indicadores como: condición clínica, parámetros inmunológicos y tratamiento antirretroviral (ARV) en mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en varias regiones del país. Métodos: Se realizó una encuesta transversal, durante el año 2010, en diferentes regiones del país: Distrito Capital (Caracas), Estado Carabobo (Valencia), Estado Sucre (Cumaná) y estado Mérida (Mérida). Se investigaron variables epidemiológicas, clínicas e inmunológicas. Los datos se analizaron con la "prueba de Chi-cuadrado de Pearson" se contrastaron variables nominales. Se utilizó el programa JMP-SAS versión 9. Resultados: En el período de estudio se encuestaron 300 mujeres con VIH, 165 de Caracas, 75 de Valencia, 38 de Cumaná y 22 de Mérida. Cincuenta y dos embarazadas y 248 no embarazadas. El rango de edad fue de 14 a 60 años, promedio de 37, en 44,33 %; la edad fue menor de 30 años. La mayoría se encontraban en el rango de 21-30 años (36,66 %). Vivían en casa alquilada o con familiares 46,66 %. Educación primaria completa en 45,3 %. Amas de casa en un 52,5 %. La primera relación sexual fue entre 12 y 17 años en 37,8 %. Solo 18,7 % refirió usar preservativo en el 100 % de las relaciones sexuales (RS), 41,7 % nunca han usado el preservativo. Las mujeres de Caracas usaron más el preservativo en el 100 % de las RS versus las de Carabobo y Sucre, con un valor de significancia de 0,001 %. El diagnóstico de la enfermedad se realizó en los últimos 4 años (2007-2010) en 47 % de los casos. Se encontró una asociación significativa entre el diagnóstico reciente y presencia de embarazo en 0,001 %. Todas las mujeres tenían antecedentes de relaciones sexuales, factores de riesgo como uso de drogas ilícitas vía endovenosa y consumo de alcohol fueron insignificantes. Sexo comercial fue referido en 0,7 %. Desempleo

Tabla 5.

N (%)	Células					
Sexo	CD4 < 200	CD4 > 200	Categoría C	Categoría B	Categoría A	Total
Femenino	16 (7,27)	40 (18)	25 (11,26)	2 (0,9)	43 (19,5)	70
Masculino	54 (24,54)	102 (45,4)	61 (27,47)	16 (7,2)	75 (34,)	152
Total	70 (31,5)	152 (69,5)	86 (38,7)	18 (8,1)	118 (53,1)	222

fue encontrado en 61,33 %. Las mujeres de Caracas tenían mayor porcentaje de empleo (65 %), comparada con el resto de las regiones, con una P significativa de 0,001. Solo 3 % de las mujeres del Estado Sucre estaban empleadas. Las embarazadas tenían menor edad, menos tiempo viviendo con VIH, diagnóstico reciente y usaban menos preservativo versus las no embarazadas, con una P de 0,001. Se encontraban bajo tratamiento ARV 81 %. La mayoría estaban asintomáticas 225 (75 %). Veinticinco por ciento de las mujeres se encontraban en etapa de SIDA. Conclusiones: Las mujeres con VIH en este estudio iniciaron su vida sexual tempranamente, la mayoría son amas de casa, desempleadas y con nivel de instrucción básica. El uso de preservativo en el 100 % de las relaciones sexuales fue bajo en todas las regiones, especialmente en las mujeres de Carabobo y Sucre. Más del 40 % el diagnóstico de VIH se realizó en los últimos 4 años. Diagnóstico reciente fue asociado con embarazo. Un porcentaje importante de las mujeres de este estudio recibía tratamiento ARV. Recomendamos tomar en cuenta estos resultados para el diseño del plan estratégico nacional en la atención y prevención del VIH /SIDA de las mujeres y las embarazadas. Palabras clave: Mujeres, VIH, características epidemiológicas.

P75. ENFRENTANDO NUEVAS SITUACIONES POSTRASPLANTE: INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL POR SÍNDROME DE ALPORT. PRIMER CASO REPORTADO. Anulfo Ordaz¹, Roberto Alonzo¹, María Eugenia Guzmán², David Arana³, David Arana García³, Bernardo Uribe³, Carlos Gil³, América Rosa², Eduardo Gayoso², José Álvarez², Lenin Morales¹, María Omaña², Eddy Hernández⁴, Luis Hernández⁴, Francia Moy².

¹Traumatología. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo",

²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Infectología;

³Unidad de Trasplante, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"; ⁴Nefrología. Hospital Universitario de Caracas.

La nefropatía asociada al VIH (HIVAN) es frecuente, se reporta alrededor de los dos tercios de los pacientes infectados, principalmente en consumidores de drogas y 20 % de los casos presentan conteo de CD4 > 200 cel. El Síndrome de Alport representa el 2,5 % de los niños y el 0,3 % de los adultos con enfermedad renal en Estados Unidos, puede producir deterioro renal hasta ameritar trasplante, sumado a la afección ocular y visual. Los datos publicados de trasplante renal en pacientes con VIH son

limitados, se reportan algunas series pequeñas pre-TARGA; en la era pos-TARGA, 22 casos tienen sobrevida al año similar en a la población no-VIH y sin progresión de la infección. La presencia del VIH postrasplante renal es aún menos frecuente y no se disponen de datos. Caso clínico: Masculino, 42 años, antecedente: HTA, síndrome de Alport, trasplantado renal (HUC 1992), tratamiento: Enalapril, Myfortic® y Everolimus®, HIV (-) pre y postrasplante. Ingresó al Hospital Militar (16/06/10) por presentar politraumatismo por arrollamiento (15/02/10): fractura abierta supracondílea derecha, fractura abierta tibia izquierda, condición post colocación de injerto óseo en fémur derecho complicado con infección e intervenido inicialmente en su localidad. En nuestro centro, niega conductas de riesgo, preoperatorio: HIV + (16/06/10, 06 y 07/10/10), WB para VIH +, carga viral HIV: 238 417 copias (octubre 2010) y CD4 472 cel. (14/10/10); serologías Virus Hepatitis A, B y C, Chagas, urocultivo: negativos, PPD 0 mm, VDRL N/R, creatinina, examen de orina y depuración de creatinina dentro de rangos normales. Se modifica inmunosupresión debido a las múltiples cirugías que iba a requerir; se omitió everolimus, inicia Tacrolimus manteniendo micofenolato. Indicamos TARGA (lamivudina, didadosina, efavirenz). Tuvo múltiples gérmenes aislados en focos infecciosos y requirió diferentes esquemas antimicrobianos, politransfusiones. En enero 2011, se solicita Carga viral VIH: 65 copias y CD4 678 cel. Los niveles de Tacrolimus tuvieron fluctuaciones. Evolucionó favorablemente y egresó (17/05/11). Conclusiones: El aislamiento del VIH en un paciente trasplantado renal, sin esa condición previa o posterior al trasplante, nos alerta del seguimiento serológico que es imperativo realizar en forma rutinaria; así como, nos enfrentamos a nuevas situaciones. Debemos conocer las interacciones medicamentosas entre los inmunosupresores y TARGA. Se reporta el primer caso postrasplantado renal que adquiere la infección por VIH. Palabras clave: VIH, Trasplante renal, síndrome de Alport, HIVAN, pos-trasplante renal.

P76. MIOCARDIOPATÍA ASOCIADA AL HIV. A PROPÓSITO DE UN CASO. América Rosa¹, Neftali Almonte², María Eugenia Guzmán¹, Elizabeth Hirschhaut², Eduardo Gayoso¹, Francia Moy¹, María Omaña¹, Yrene Vásquez¹, José Álvarez¹.

¹Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo. Caracas

La miocardiopatía asociada al HIV es una

entidad poco conocida, se observa en todos los estadios de la enfermedad, se desconoce la prevalencia del compromiso miocárdico en las manifestaciones precoces y subclínicas; en series de autopsias estiman un compromiso de este órgano de 30 % y 60 %. Entre el 7 % - 10 % tienen afectación clínicamente importante en su estadio terminal, incluyendo taponamiento cardíaco, miocardiopatía dilatada, tromboembolismo pulmonar, endocarditis, tumores, arritmias ventriculares y muerte súbita. La mortalidad cardíaca es entre 4 %-6 % de todos los casos. De ellos, un tercio de las muertes es por miocardiopatía dilatada. La incidencia anual de miocardiopatía dilatada en EE. UU. es de 0,7 y 7,5 casos cada 100 000 personas. La causa puede ser: acción propia del virus, vía inmunológica, infección oportunista por toxoplasma o CMV, linfoma tipo B o sarcoma de Kaposi con infiltración cardíaca. Caso clínico: Masculino, 23 años, sin factores de riesgo coronarios, HIV (2010, TARGA: lamivudina, zidovudina, lopinavir y ritonavir). El 26-09-10, inicia en forma insidiosa distensión abdominal, ascitis, anasarca y ortopnea, recibió diuréticos, sin mejoría e ingresa (26-10-10). Examen físico: TA: 110/60 mmHg, FC: 60 L/m, FR 20 r/m, peso: 56 kg. En CsGsRs, Cardiopulmonar: RsCsRsRs, R1 único, SHS mitral II/IV, SMS Ao I/IV, SHS tricúspide II/IV, R2 único, diástole silente, Abdomen: globoso, ascitis, RsHs disminuidos, visceromegalias no valorables, edema en miembros inferiores, simétricos, PsPsPs. Laboratorio (26.10.10): GB: 6,6 mm³, NE: 80,7 %, plaq: 358 000 mm³, Hb: 12,3 g/dL, Hto: 38,9 %, Gli: 81 mg/dL, BUN: 20 mg/dL, Creat: 0,67 mg/dL, AST: 17 U/L, ALT: 7 U/L, LDH: 385 U/L, Prot: 6,4 g/dL, alb: 2,2 g/dL. PT: 15,7 seg, PTT: 31,9 seg, INR: 1,26. Serologías: Hepatitis, toxoplasma, chagas, CMV, Coxsackie, EBV, hongos (-); CD4: 321 cels. Sin proteinuria. Ecsonograma abdominal: Hepatoesplenomegalia, ascitis. Líquido ascítico: trasudado, cultivo ZN, Gram: (-), ADA: 1 U/L, PPD: 0 mm, ecocardiograma: FE: 10 %, dilatación moderada de 4 cavidades, trombo en ápex, función sistólica global y regional del VI deprimida severa, disfunción diastólica moderada, Ao trivalva con aortoesclerosis leve e insuficiencia leve, regurgitación mitral y tricúspide moderada, hipertensión pulmonar arterial severa (PSAP: 54 mmHg), derrame pleural bilateral, depresión severa de función sistólica global del VI, hipocinesia global severa del VI. Evaluado con cardiología, se mantiene TARGA, inicia anticoagulación, diuréticos,

digoxina, enalapril y carvedilol, evoluciona favorablemente y egresa. Conclusión: Con la implementación de TARGA ha mejorado el curso clínico de la enfermedad por VIH y ha reducido la incidencia de afección al miocardio. Sin embargo, es importante la evaluación multidisciplinaria, detección de factores de riesgo cardiovascular subyacentes y los asociados al uso de Inhibidores de proteasa, para la detección y tratamiento precoz de complicaciones.

P77. DETECCIÓN DE VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CA EPIDERMÓIDE DE LA CARÚNCULA EN OJO IZQUIERDO EN PACIENTE VIH A PROPÓSITO DE UN CASO. Carmen Álvarez¹, Andréina Oropeza¹, María Omaña¹, María Eugenia Guzmán¹, Nelson Rodríguez², Nathasha Larrazabal³, Eduardo Gayoso¹, José Álvarez¹, José Ilarraza¹, Yrene Vásquez¹, Francia Moy¹.

¹Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Infectología,
²Oftalmología. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo",
³Obstetricia. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

El carcinoma epidermoide es una neoplasia que raramente ocurre en ojos, se caracteriza por invasión de membranas conjuntivas, fácil metástasis a órbita y globo ocular, de crecimiento lento, afecta más al sexo masculino. Sin embargo, la incidencia aumenta rápidamente, incluyendo personas jóvenes, estudios sugieren que la infección por virus de papiloma humano es de alto riesgo aunque no suficiente para ocasionar la transgresión maligna; de allí la relevancia del presente trabajo. Caso clínico: femenino, 29 años, quien consultó a Centro de su localidad en enero 2010 por presentar lesión papilar conjuntival nasal izquierda, recibió solo tratamiento tópico, en marzo aumenta de tamaño y volumen en sentido temporal tomando borde lacrimal, evaluada por oftalmólogo que refiere al universitario, se planifica biopsia con el hallazgo del VIH positivo, se inicia TARGA (LOP/RTV,ZDV,3TC), biopsia en julio reporta carcinoma epidermoide medianamente indiferenciado infiltrante de la carúncula del ojo izquierdo, se plantea exnucleación, negándose al procedimiento. En enero 2011, consulta con lesión ulcerativa de 15 x 20 mm, sobreinfectada, imposibilidad de apertura ocular, fondo de ojo izquierdo no evaluable, RMN cerebral extensa masa tumoral con pérdida del globo ocular e infiltración al nervio óptico y región retroocular, RMN de órbita extensa masa tumoral sólida, que ocupa órbita izquierda, infiltra globo ocular, nervio óptico, espacio retroocular, pared interna, celdillas etmoidales y pirámide nasal, PCR de lesión reporta VPH, paciente con útero gestante

se niega a recibir tratamiento. Conclusiones: El carcinoma epidermoide se observa con mayor frecuencia en el ano, al presentarse en conjuntiva es agresivo, esta manifestación se asocia con la infección por VIH, exposición a la radiación solar o la infección con VPH. Consideramos que el CA epidermoide fue la primera manifestación clínica de VIH en esta paciente y la coexistencia de VPH agravaron su situación, aunado a diagnóstico tardío y gestación. Palabras clave: Carcinoma epidermoide de la carúncula, VPH, VIH.

P78. TRICHOSPORON BEIGELII: INFECCIÓN OPORTUNISTA EN NIÑO CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CASO CLÍNICO.

Arelis Lleras de Torres¹, Héctor Villalobos², Cecilia Bernardoni¹, Reyes Torres², Oneida Mata², Elba Rincón², Lizmar Torres¹.

¹Fundación Innocens –LUZ, ²Hospital Universitario de Maracaibo.

Trichosporon beigelii es un hongo que se aísla del suelo y aguas en zonas tropicales y ocasionalmente se encuentra como parte de la flora micótica de piel, uñas y boca. Actualmente este agente se relaciona con infecciones sistémicas o localizadas en algunos órganos en pacientes con algún grado de inmunodeficiencia o con cuadros malignos bajo tratamiento, en los cuales se presentan leucopenias importantes. Caso clínico: adolescente de 14 años de edad natural y procedente del Estado Zulia. VIH positivo, diagnosticado hace 6 meses, presenta cuadros a repetición de impétigo costroso, recibe antirretrovirales durante 1 mes. Ingresa después de haber abandonado la terapia antirretroviral presentando lesión ulcerada de borde elevado con abundantes costras, en área nasal y labio superior, asociada con perforación de tabique y cuadro de inmunosupresión severa (CD4: 46 células). Se practica directo y cultivo bacteriológico y micológico, frotis por aposición para *Leishmania* y cultivo para Micobacterias. El bacteriológico reporta *S. aureus* meticilino sensible en escasa cantidad y el micológico *Trichosporon beigelii*. Inicia tratamiento con Antirretrovirales y fluconazol no observando mejoría, se cambia a itraconazol con evolución satisfactoria y recuperación del conteo de CD4. Conclusión: Las infecciones oportunistas son frecuentes en pacientes con SIDA entre las cuales las infecciones por *Trichosporon spp* pueden presentarse produciendo lesiones atípicas que simulan otras patologías que deben ser investigadas como diagnóstico diferencial.

P79. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL DE NIÑOS “J. M. DE LOS RÍOS”. CARACAS – VENEZUELA. María Graciela López, Yanell García, Luigina Siciliano, Gerardine García, Hanny Sánchez, María Viki Zabaleta, Miguel Nexans, María Elena Goncalves, Marlinka Moya, Aura Rivas, Nathaly Brito, Diana López, Lisbeth Aurenty, Juan Félix García.

Hospital de Niños JM de los Ríos.

Introducción: El síndrome de reconstitución inmune (SRI), fue extensamente descrito en adultos con VIH y tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARVAE), sin embargo, en pediatría aun los reportes son limitados. Objetivo: Describir las características y evolución del SRI en pacientes pediátricos con infección VIH. Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se evaluó pacientes con infección VIH del Hospital “J.M. de los Ríos”, (Caracas-Venezuela), entre 2000-2011, incluyendo los pacientes con TARVAE que presentaron SRI. Se registró: edad, tiempo entre el inicio de TARVAE y SRI, recuento de linfocitos TCD4+ y carga viral pre y durante SRI, diagnóstico clínico y/o microbiológico y evolución. Análisis estadístico por medidas de tendencia central y Chi². Resultados: Se evaluaron 207 paciente, 18 (8,7 %) presentaron SRI entre los 56,5 ± 38,9 días posterior a inicio de TARVAE. Edad: 2,8 ± 3,4 años. Previo al SRI 83,3 % presentaban <25 % de linfocitos TCD4+ y 16,7 % >25 %, durante SRI 44,4 % tenían >25 % (p<0,05). La carga viral VIH disminuyó >1log10 al momento del SRI. Se reportaron 20 causas de SRI: 68,4 %, por micobacterias y de ellas *M. bovis* representó el 77 % (adenitis por BCG), 15,4 % neumonías por *M. tuberculosis* y 7,7 % adenitis por *M. avium*, por hongos fue del 21 %, (50 % tiña, 25 % *H. capsulatum* y 25 % *P. jiroveci*). Virus herpes simplex 5,3 % y 5,3 % por bacterias. Causa tumoral en 5 %. Evolución satisfactoria en 88,9 %. Mortalidad del 11,1 %. Conclusión. El SRI ocurre en pediatría con 8,7 % de casos en este reporte, mayor frecuencia en preescolares a los 56,5 días después de inicio de TARVAE. El 83,3 % con inmunosupresión y recuperación significativa de los TCD4+ al presentarse el SRI, *M. bovis* (adenitis por BCG) fue la manifestación más frecuente.

P80. FORMAS INUSUALES DE TRANSMISIÓN DEL VIH: A PROPÓSITO DE 2 CASOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PEDIATRÍA “AGUSTIN ZUBILLAGA”. BARQUISIMETO, EDO. LARA. JULIO

2011. María Isabel Santana Rodríguez, Elida Dapena, Mayli Carnevale, José Galicia, Miriam Maitín, Antonio González Mata.

Hospital Universitario Pediatría "Agustín Zubillaga";

El VIH continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, reportando la OMS para el año 2009 un aproximado de 2,6 millones de nuevos infectados. Los mecanismos de transmisión descritos para este virus son: por contacto sexual, exposición percutánea o de mucosas a sangre u otros líquidos corporales contaminados y por transmisión madre a hijo. Rara vez se ha demostrado la transmisión del VIH en familias y hogares o como consecuencia de la atención en hospitales y clínicas. Se presentan dos casos clínicos de pacientes con mecanismos de transmisión inusual: Escolar femenina de 10 años de edad, quien teniendo lesiones activas en piel tuvo contacto estrecho durante episodios de epistaxis abundante de su hermano VIH +, contrayendo la infección, demostrada clínica y serológicamente; y lactante de 14 meses de edad hijo de padre y madre negativos para VIH y quien recibió lactancia materna de una prima materna, positiva para VIH, y se infectó. Deben considerarse aparte de los mecanismos de transmisión, conocidos para el virus del VIH, otros mecanismos inusuales de transmisión. Palabras clave: Mecanismos de transmisión del VIH, transmisión inusual del VIH.

P81. INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN NEONATO CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL.

Benny Anderson Rodríguez García, Mónica Ordoñez, Tatiana Drumond, Angela Troncone.

Universitario de Caracas.

El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita. En la primoinfección el porcentaje de transmisión fetal es del 40 %, disminuyendo hasta el 0,3 %-0,5 % en las reactivaciones y reinfecciones. Se observa una prevalencia mayor del CMV congénito en hijos de madres con infección por VIH. Caso clínico: Se trata de lactante menor 1 mes de edad, hija de madre con infección por VIH desde el 2004. I Gesta. Embarazo mal controlado, recibiendo tratamiento con AZT/3TC/LPV/r desde el tercer trimestre, complicado con anemia severa que amerita transfusión de hemoderivados a los 6 meses de gestación. Parto pretérmino. Neonato ameritó maniobras de reanimación, permanece 1 mes en terapia intensiva, egresando con

diagnósticos de recién nacido a término pequeño para edad gestacional, asfixia perinatal, exposición vertical a VIH, síndrome de distress respiratorio, sepsis neonatal temprana e infección por CMV (Serología CMV del neonato: IgM positivo). Recibe AZT por 1 mes. Consulta por presentar epistaxis bilateral y dificultad respiratoria, afebril. Examen físico de ingreso: malas condiciones generales, taquicárdica, hipotensa, hipoxémica, piel marmórea, epistaxis bilateral profusa, dificultad respiratoria. Paraclínicos: trombocitopenia severa, elevación de transaminasas, anemia microcítica hipocrómica, acidosis metabólica e insuficiencia respiratoria. PCR DNA VIH positivo, pendiente resultado de PCR para CMV. Se indica terapia antirretroviral con ABC/3TC/LPV/r y Ganciclovir presentando evolución tórpida. Conclusión: Los neonatos con coinfección por el VIH y CMV en el período neonatal presentan una progresión más rápida de la infección por el VIH pudiendo presentar muerte precoz. Es importante realizar diagnóstico prenatal de la infección materna por VIH a fin de poder instaurar medidas de prevención en el recién nacido y realizar un diagnóstico de la posible infección en el neonato.

P82. COINFECCIÓN POR TUBERCULOSIS Y VIH EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL VARGAS.

Leopoldo Cordova¹, Liz Calderon¹, Lorena Balda², Manuel Guzmán², Mario Comegna².

¹Vargas de Caracas; ²Hospital Vargas de Caracas. Caracas.

Objetivo: Caracterizar la infección por tuberculosis en un grupo de pacientes VIH (+) de la consulta del servicio de infectología del Hospital Vargas. **Métodos:** Es un estudio observacional de cohorte retrospectivo, en el cual se evaluaron 33 pacientes con coinfección por VIH y tuberculosis se analizaron las características demográficas, forma de presentación de la TBC, relación con el estado inmunológico y su evolución. **Resultados:** Al observar las características demográficas encontramos que 10 pacientes pertenecían al sexo femenino y 23 al sexo masculino, la distribución por edad los pacientes fue: (6) entre 20 y 29 años, (8) entre 30 y 39 años, (7) entre 40 y 49 años, (6) entre 50 y 59 años, (5) entre 60 y 69 años. De los 33 pacientes evaluados, 21 presentaban TBC pulmonar y 12 TBC extrapulmonar encontrándose (3 TBC pleural, 4 TBC ganglionar, 2 TBC miliar, 1 TBC meníngea, 1 TBC pericárdica, 1 TBC

intestinal). Al analizar el estado inmunológico en el momento del diagnóstico de TBC pulmonar; 19 pacientes presentaban CD4 < 200, 1 CD4 200 -500 y 1 CD4> 500. En el grupo de TBC extra pulmonar; 8 pacientes presentaban CD4 < 200, 4 CD4 200 - 500 y 0 CD4> 500. En cuanto a la evolución de los 33 pacientes se pudo hacer seguimiento a 26, de los cuales 4 (12 %) fallecieron 50 % presentando TBCP y 50 % TBC extra pulmonar, el 100 % presentaba conteo de CD4 < 100. Conclusiones: La coinfección HIV- TBC se observó más en los pacientes del sexo masculino con una distribución homogénea en cuanto a edad, la mayoría presentó CD4 < 200 y la forma de presentación pulmonar fue la más frecuente, sin embargo, el número de pacientes con TBC extrapulmonar fue importante. Encontramos que existe un porcentaje de mortalidad importante relacionado con el estado de inmunosupresión de los pacientes, sin diferenciación importante entre la TBC pulmonar y extrapulmonar.

P83. ACTITUD Y RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Departamento de Pediatría, "Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga", Mayo- Junio, 2010. Laddy Casanova De Escalona¹, Jesús Leal Gutiérrez².

¹Universidad de Carabobo, Hospital "Dr. Jorge Lizarraga", ²Universidad de Carabobo.

La capacidad cognitiva de los adolescentes, sus pensamientos, actitudes y relaciones interpersonales se reorganizan ante el caos que genera el conocimiento de que están infectados con el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Objetivo: Explorar la actitud y relaciones interpersonales de los adolescentes infectados con VIH. Método: Fenomenológico, abordaje: Fenomenológico-hermenéutico a través de entrevistas en profundidad de seis adolescentes con VIH, e interpretación de resultados a partir del registro de observaciones en códigos, propiedades, categorías, significación e interpretación. Resultados: Los adolescentes infectados con VIH reorganizan su vida, noemas y noesis ante la realidad que implica esta enfermedad; quizás por su capacidad de resiliencia o a través de la intervención de terceros que despertaron en ellos su capacidad autopoietica. En su relación con allegados: Algunos son aceptados en el contexto de su enfermedad y otros discriminados, rechazados o la ocultan por ese temor. Relación con profesionales: Algunos manifestaron que la relación con médicos y otros servidores públicos

es inhumana. Conclusión: Ellos reorganizan sus pensamientos, valores, actitudes influenciados por su condición de ser portadores de VIH que los estigmatiza y cambia la vida. El dolor de saber lo que tienen, el temor inicial a una muerte inminente y el miedo al rechazo, dominan sus sentimientos influenciando sus noemas y la reorganización de su estructura dialogal. Algunos son aceptados por sus allegados mientras otros son aislados o rechazados. Los profesionales de la salud les dan una atención que consideran inhumana. Palabras clave: Adolescentes, VIH, infección, autopoiesis, relaciones interpersonales, noemas, noesis, estructura dialogal.

P84. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. UNIDAD DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL "DR. JORGE LIZARRAGA". VALENCIA. Laddy Casanova de Escalona¹, Harold Guevara², María Castillo², Olga Febres², Miriam Naveda², María Alejandra Rosas², Milagros Soto de Fachin².

¹Universidad de Carabobo, Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga", ²Universidad de Carabobo. Valencia. Edo. Carabobo.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes con VIH-SIDA representan una amplia gama de enfermedades incrementadas por el comportamiento social y sexual de ellos, por conductas de riesgo que favorecen el contagio. Objetivo: Determinar ITS en niños y adolescentes con VIH-SIDA que asisten mensualmente a la Consulta de la Unidad de Infectología Pediátrica. Metodología: Constituye un estudio no experimental, descriptivo y longitudinal, con una evaluación clínica mensual de niños y adolescentes, entre 1986-2011. Resultados: Se estudiaron 118 niños y adolescentes, 88,98 % (105) adquirieron VIH vía vertical y 11,8 % (13) vía horizontal ($P < 0,001$), 60 varones y 58 niñas. Hay 177 "expuestos". De los 27 adolescentes 51,8 % llegaron a adolescentes con infección vertical, y 48,1 % la adquirieron en la adolescencia ($P > 0,05$). De los 105 niños con VIH vertical 9,33 % (14) sufrieron ITS como comorbilidad y de los 13 adolescentes con transmisión horizontal: 30,76 % ($P > 0,05$). Las ITS fueron: VPH, hepatitis B, sífilis congénita y herpes simple. Las ITS se presentaron en 50 % (7 de 14) de los infectados verticalmente, y en 30,7 % (4 de 13) por transmisión horizontal ($P > 0,05$), siendo en estos últimos el VPH y el herpes simple las más frecuentes. Conclusión: Cada vez es mayor

el número de niños VIH positivos que llegan a la adolescencia, quienes sufrieron ITS en los primeros meses, predominando hepatitis B y VPH seguidas por sífilis congénita y herpes; mientras que el 30,7 % de adolescentes con VIH horizontal adquirieron ITS, quizás por conductas de riesgo, predominando VPH y herpes genital. Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, adolescentes, transmisión vertical VIH, transmisión horizontal VIH.

P85. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN QUE ASISTE A LA CONSULTA VIH/SIDA EN EL SAHUM.

Rafael Enrique Villalobos Perozo¹, María Valentina Chávez², Guillermo Meier², María de los Angeles Villalobos Beuses³.

¹Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, ²Estudiante de Medicina, ³Hospital Chiquinquirá de Maracaibo.

No se conoce algún estudio realizado en nuestro país que determine factores de riesgo para la infección VIH/SIDA. Con el fin de determinar estos factores, se realizó un estudio retrospectivo, transversal y documental, revisando la encuesta epidemiológica que se le tomó a los pacientes que se realizaron la serología VIH durante el período de octubre 2010 a febrero 2011 en la Consulta de Infección VIH/SIDA para adultos del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Se estudió la encuesta de 97 individuos, 47 seropositivos y 50 seronegativos, con un rango de edad de 17 a 60 años y promedio de 33 años; 53 de sexo femenino y 44 de sexo masculino. Se analizaron como factores de riesgo: el sexo, la edad, el motivo de realizarse la prueba, el inicio de la actividad sexual, predominio de la actividad sexual, ocupación, número de parejas en el último año y en los últimos cinco años, relaciones sexuales con extranjeros, uso de preservativos, haber recibido transfusiones, uso de drogas de abuso, antecedente de infecciones de transmisión sexual (ITS) estado civil y procedencia. Al realizar una regresión logística se determinó que los siguientes factores son los determinantes en la positividad a la serología VIH en esta población; con el correspondiente odds ratio: el motivo de realizarse la prueba (2,599; IC: 1,443 – 4,683) y el uso de drogas de abuso (17,366; IC: 1,269 – 337,709). Al realizar un χ^2 al motivo de realizarse la prueba se obtiene una significancia estadística (χ^2 : 43,292; gl: 3; $P < 0,001$) para tener sospecha de estar infectado (contacto sexual de seropositivo). Conclusiones: Con el fin de realizar la prevención

de la infección VIH/SIDA hay que realizar una lucha que abarque a toda la sociedad contra el flagelo del abuso de drogas ilícitas. Al realizar la serología a los contactos sexuales de pacientes seropositivos, realizaremos un diagnóstico precoz de la infección para prevenir la fase SIDA y el control de la cadena epidemiológica y disminuir la transmisión del VIH.

P86. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN NIÑOS WAYUU DEL ESTADO ZULIA.

Arelis Lleras de Torres¹, Héctor Villalobos¹, Cecilia Bernardoni², Lizmar Torres².

¹Hospital Universitario de Maracaibo; ²Fundación Innocens -LUZ.

En Latinoamérica, se estima que el cinco por ciento del total de las personas que viven con VIH/SIDA son indígenas. En Venezuela, el Censo de Comunidades Indígenas 2001 registró 32 etnias, encontrándose la mayor concentración de indígenas en el Estado Zulia (90 %). Objetivos: Determinar la frecuencia de niños indígenas infectados con el VIH que asisten a la consulta de la Fundación Innocens en el Estado Zulia. Analizar las características clínico-epidemiológicas de los casos y establecer medidas de prevención. Materiales y métodos: Se revisan las historias clínicas de 179 niños que asisten a la consulta VIH/SIDA de la Fundación Innocens en el Departamento Pediátrico del Hospital Universitario de Maracaibo durante el período enero 1998 a junio 2011. Se llena una ficha de recolección de datos que recoge la siguiente información: raza, edad, sexo, municipio de procedencia, tipo de transmisión, orfandad, estado inmunológico y virológico actual y tipo de adherencia al tratamiento. Resultados: se registran 43 (24 %) niños indígenas, todos pertenecientes a la etnia Wayuu con infección VIH/SIDA, 23 (53,48 %) del sexo femenino y 20 (46,51 %) masculino, procedentes la mayoría del Municipio Maracaibo 26 casos (60,46 %). El grupo etario predominante fue el de 4-6-años 14 (32,55 %). En 84 % de los casos la transmisión fue la vertical. A partir del año 2003 se incrementó el número de ingresos. La mayoría 30 (69,76 %) presentan valores de CD4 dentro de la normalidad y cargas virales indetectables se observan en 21 (48,43 %) casos. Se detectó orfandad en 24 niños (55,81 %). Fallas en la adherencia al tratamiento se observó en 25 (58,13 %) niños. Conclusiones: Existe un incremento en el número de niños indígenas con Infección VIH/

SIDA en los últimos años, los centros poblados más grandes registran el mayor número de casos ya que allí hay acceso al diagnóstico. A pesar de las diferencias lingüísticas hay cumplimiento parcial del tratamiento. Se deben realizar campañas educativas para este tipo de población en sus lugares de origen, para informar sobre la enfermedad, prevención, diagnóstico, control prenatal para evitar la transmisión vertical y adherencia al tratamiento.

P87. COMITÉ NACIONAL DE RESISTENCIA ANTIRRETROVIRAL: ACTIVIDADES 2008-2010.

Marbelys Hernández Pérez¹, Leopoldo Deibis², Miguel Morales³, Martín Carballo⁴, Anselmo Rosales⁵, Francia Moy⁶, Rafael Napoleón Guevara⁴, María Graciela López⁷, Mario Comegna⁸, Yhajaira Roldán⁹, Cristina Gutierrez¹⁰, Gladys Ameli¹⁰, Tatiana Drumond¹¹, Adilay Rivera¹², Deisy Matos¹³.

¹Consulta de VIH, Hospital "Felipe Guevara Rojas", El Tigre, Anzoátegui, Coordinador Nacional del CONARESAR, ²Instituto de Inmunología, Ciudad Universitaria, UCV, ³Servicio de Infectología, Hospital Militar, ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas, ⁵IVSS Centro de Inmunología, San Bernardino, Caracas, ⁶Servicio de Infectología, Hospital Militar "Carlos Arvelo", Caracas, ⁷Servicio de Infectología Pediátrica, Consulta de VIH, Hospital "J.M de los Ríos"; ⁸Servicio de Infectología, Consulta de VIH; Hospital Vargas de Caracas, ⁹Servicio de Infectología, Consulta de VIH, Hospital "José Ignacio Baldó", Caracas, ¹⁰Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", Caracas, ¹¹Servicio de Pediatría Infecciosa, Consulta de VIH, Hospital Universitario de Caracas, ¹²CONARESAR, Programa Nacional de SIDA/ITS, ¹³Coordinadora Nacional del Programa Nacional de SIDA/ITS.

En Venezuela desde el 2005, conjuntamente con la disponibilidad de Test Resistencia (TR) genotípicos se constituyó el Comité Nacional de Resistencia Antirretroviral (CONARESAR) bajo la coordinación del Programa Nacional de SIDA/ITS (PNSIDA/ITS) del MPPS. Pocos países en Latinoamérica y el Caribe cuentan con un grupo como este, salvo Chile, Brasil, Uruguay y México. Desde 2011, se ha incluido el CONARESAR en el Grupo Latinoamericano y Caribe de Resistencia (LaResnet) y por OPS/OMS en consideración de estudios futuros en la determinación de Indicadores de Alerta temprana de Farmacorresistencia ARV. Objetivos: Describir las principales actividades durante 2008-2010. Métodos: Estudio retrospectivo. Revisión de resúmenes de actividades de 2008, 2009 y 2010. Resultados: Durante estos años, 902 solicitudes de TR se discutieron, 748 (82,93 %) fueron aprobadas.

70 % en sexo masculino, 40 % entre 31-40 años. El 73 % de los pacientes con 2 o más esquemas de ARVs, 53 % en falla virológica (FV) más de 1 año. 154 (17,07 %) solicitudes de TR no fueron aprobadas por: información incompleta de ARVs, Carga Viral (CV) menores de 1 000 copias RNA/mL, sin TARV, entre otras. Más del 50 % de las solicitudes provenían de estados, principalmente Zulia, Carabobo, Bolívar, Lara y Nueva Esparta. En Caracas, predominaron: Hospital Universitario de Caracas (HUC), Hospital Vargas, IVSS San Bernardino e Instituto de Inmunología, UCV. Menos aprobaciones de estados: Mérida, Vargas, Carabobo, Lara (2008), Falcón, Miranda, Yaracuy, Nueva Esparta (2009), Bolívar, Monagas, Nueva Esparta, Barinas (2010). No han solicitado TR: Guárico, Vargas, IVSS Falcón, IVSS Lara, Cojedes, Portuguesa, Trujillo y Amazonas. En 2008 y 2009, 40 % de los TR resultaron sensibles a todo o solo M184V y/o con CV menores a 1 000 copias RNA/mL, denotando problemas de adherencia ARV. En 2010, aumentó este resultado a 111/223 (49,78). Mutaciones más frecuentes: L63P, M184V, T215Y/F, L10F/I/R/V, M36I/V, K103N. Menos frecuente: K65R (3/617: 0,48 %). Conclusión: Se evidenció mejor llenado de solicitudes de TR en 2010. TR promedio/mes 18. Han disminuido las solicitudes de TR, en general. Las mutaciones evidenciadas coinciden con lo descrito en literatura, incluido estudios hechos en el INHRR. La labor realizada por el CONARESAR es ejemplo en Latinoamérica.

P88. PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH/SIDA. UNIDAD DE INFECTOLOGÍA-HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.

María Lorena Balda Salomón, Mario Comegna, Liz Calderón, Leopoldo Córdova, Cecil Fandiño.

Objetivos: Determinar la incidencia y el nivel de adicción a la nicotina en los pacientes infectados con VIH de la consulta de Infectología del Hospital Vargas de Caracas. Materiales y Métodos: Se estudiaron 152 pacientes, los cuales asistieron a la consulta del servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas durante el mes de Junio del 2011. Se aplicó el Test de Fagerström durante la entrevista, para determinar el grado de adicción a la nicotina, realizándose el cálculo de paquetes/año y prevalencia de tabaquismo mediante un cuestionario, con el consentimiento previo del paciente. Resultados: La incidencia de tabaquismo en la población estudiada, se ubicó

en 25 % (38/152), de los cuales el 94,73 % (36/38) eran de sexo masculino, mientras que solo el 5,27 % (2/38) eran del sexo femenino. La media de paquetes/año fue de 13,75 y el nivel de adicción a la nicotina fue bajo en un 78,94 % (30/38), con una puntuación del Test de Fagerström de 0-5 puntos, moderado en un 13,15 % (5/38) y alto en un 7,89 % (3/38), con una mediana de 2,75 puntos para dicho Test. Conclusiones: Las personas que viven con VIH/SIDA y consumen Tabaco, tiene mayor probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas, osteoporosis, neoplasias y experimentar efectos adversos relacionados con el uso de medicamentos antirretrovirales. El tabaquismo constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, asociado a mayores tasas de mortalidad y menor calidad de vida en esta población

P89. LINFOMA NO HODGKIN ASOCIADO AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: COMPORTAMIENTO CLÍNICO ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD. SERVICIO INFECTOLOGÍA. HOSPITAL VARGAS. CARACAS. Liz Marilyn Calderon Brito¹, Lorena Balda¹, Leopoldo Cordova², Dimas Hernández², Cecil Fandiño², Mario Comegna², Manuel Guzman².

¹Vargas de Caracas; ²Hospital Vargas.

En 1981 fue descrito por primera vez el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), inicialmente las primeras definiciones abarcaban infecciones oportunistas, el sarcoma de Kaposi y linfomas del sistema nervioso central (SNC). En 1984, un estudio multicéntrico describió el espectro clínico de linfomas no Hodgkin (LNH) en poblaciones con riesgo de SIDA. El linfoma es la segunda neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA y se ha considerado una manifestación tardía de la infección por el VIH. Con la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), ha disminuido la incidencia de los linfomas. Objetivo: Describir el comportamiento clínico de los Linfoma no Hodgkin (LNH) en pacientes con VIH/SIDA del servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas, antes y después de la TARGA, incidencia, estado inmunológico, presentación habitual, estadio e histología. Método: Revisión retrospectiva de 2 500 historias clínicas desde 1998 hasta junio 2011. Se incorporaron al estudio pacientes con diagnóstico de linfoma no Hodgkin e infección por VIH, diagnosticados mediante estudio histológico. Excluidos los casos sin confirmación histológica y con registros clínicos insuficientes. Resultados:

detectados 36 pacientes, 32 del sexo masculino (89 %). Las edades correspondieron a un rango de 22 a 58 años, con una edad promedio de 43,12. Seis pacientes fueron excluidos, cuatro sin confirmación histológica y dos con registros clínicos insuficientes. Finalmente, incluidos 30 pacientes. Nueve pacientes (30 %) se encontraban en estadio avanzado de la enfermedad (III) al momento del diagnóstico, seguido del estadio II (27 %). El principal tipo patológico LNH de células B grandes en 19 casos (63 %). El recuento de linfocitos CD4 fue < 200 en 67 %. En cuanto a la conducta terapéutica, todos los pacientes se trataron con CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) a dosis habituales, un promedio de 7 ciclos por paciente (rango 2- 8). La respuesta terapéutica global favorable, se encontró en un 36 % pre-TARGA y 67 % pos-TARGA. De los pacientes con una respuesta completa, con período libre de enfermedad, con un rango entre 5 y 11 años, se encontró en tres pacientes vivos hasta la fecha, pertenecientes al grupo pos-TARGA. Todos los pacientes pre-TARGA fallecieron, en un 65 % por infecciones oportunistas y 35 % por progresión o recaída del linfoma. Con respecto a los pacientes fallecidos, pos-TARGA el 67 % falleció por infecciones oportunistas y 33 % por progresión o recaída del proceso linfoproliferativo. Conclusión: predominó el subtipo de células grandes tipo B que puede estar presente a cualquier edad, es el más frecuente y además de rápido crecimiento. Durante la era pre TARGA el porcentaje de remisión es menor que en la nueva era de triple terapia.

P90. EVALUACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CONSULTA DE INFECTOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". MARZO-OCTUBRE 2010. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. Marisol Sandoval de Mora¹, Margaret Salloum H², Lil Donmar de N³, Carlos Coraspe D¹.

¹Departamento de Medicina. Hospital Universitario "Ruiz y Páez". Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente, ²Departamento de Medicina. Hospital Ruiz y Páez. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente, ³Departamento de Salud Pública. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente.

La pandemia del VIH es una realidad mundial, en Venezuela el número de casos aumenta cada año y las consultas de infectología se ven en la necesidad de evaluar los pacientes con

premura. Objetivo general: Evaluar, desde el punto de vista clínico-terapéutico al paciente con infección por el (VIH) en la consulta de infectología. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", marzo-octubre 2010. Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, no experimental y se estudiaron 200 pacientes adultos. Resultados: Se observó que 140 de los pacientes, tenían infección por VIH, siendo el grupo etario en edad productiva (31-40 años) con 40 % (n=56) y sexo masculino con 60 % (n=84) lo frecuente. La mayoría procedían del Municipio Heres con 62,1 % (n=87). Dentro de los factores de riesgo 96,4 % (n=135) negó el uso de drogas, para homosexualidad y promiscuidad se señala un 13,5 % (n=19), y 9,2 % (n=13) respectivamente. En el espectro clínico, se evidenció fiebre 25 % (n=35) y pérdida de peso 11,4 % (n=16) como síntomas y signos generales más frecuentes; además se encontró pacientes con diarrea 18,5 % (n=26), las placas blanquecinas orofaríngea con 10,7 % (n=15) y cefalea en 6,4 % (n=9). Los hallazgos de laboratorio fueron: anemia con 7,4 % (n=10), leucocitosis con 5,7 % (n=8), y serología para toxoplasmosis positivo 7,8 % (n=11). Las infecciones asociadas: infecciones respiratorias 25 % (n=35), seguido de parasitosis intestinal 12,1 % (n=17) y candidiasis orofaríngea 10,7 % (15). En el seguimiento de evaluación del conteo linfocitario CD4+, la mayoría de los pacientes que asistían a consulta tenían el último conteo dentro del rango de 201-500 células/mm³ en 30 % (n=42) y la carga viral se encontraban dentro del rango de <50 copias de ARN/mL en 28,5 % (n=40). En relación al estadio clínico la mayoría de los pacientes, se ubicaron en el estadio asintomático (A2) con 25,7 % (n=36). Se demostró que del tratamiento antirretroviral, se utilizan con frecuencia las combinaciones de los IP reforzados + análogos nucleósidos con 65,7 % (n=92). Se logró evidenciar múltiples dificultades y limitantes que impiden el éxito total de la consulta de infectología y evaluar a los pacientes de manera completa. Entre las que destacan que 38,5 % (n=54) de los pacientes asisten sin historia clínica, otros sin exámenes de laboratorios y/o sin cita previa. En cuanto a las limitantes se puede destacar como la más importante el exceso de pacientes que acuden a la consulta y la no disponibilidad de laboratorio general, ni de microbiología en la institución. Conclusiones: A la última consulta la mayoría de los pacientes evaluados presentaban un buen nivel de linfocitos CD4+ y de carga viral, lo que nos indican que estos pacientes a pesar

de las dificultades y limitantes presentadas en este trabajo, acudían a su control y cumplían con el tratamiento indicado, es decir, tenían buena adherencia al tratamiento y a las recomendaciones del médico tratante.

P91. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES VIH-SIDA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. 2005-2010. Marisol Sandoval de Mora, Doris Padrino H.

Las manifestaciones neurológicas en pacientes con Infección por el VIH son frecuentes y la expresión clínica variada, incluye cefalea, convulsiones, paresias, plejías, demencia y otras, pueden ser inducidas por el VIH, por infecciones oportunistas y efectos adversos de drogas antirretrovirales. Objetivo General: Determinar la frecuencia de manifestaciones neurológicas en pacientes con infección por el VIH, hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela, durante el período 2005-2010. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, transversal, se revisaron 118 historias de pacientes VIH positivos, de los cuales 38 presentaron manifestaciones neurológicas, y cumplían con criterios de inclusión de la investigación. A todos se les aplicó un formulario, que incluía, revisión de Linfocitos T CD4+, carga viral, estudio especial de LCR, estudios imaginológicos: TAC, RNM del SNC. Resultados: De 118 pacientes con infección por VIH 38 (32 %) cursaron con manifestaciones neurológicas. El grupo etario más afectado fue de 17 a 38 años con 30 casos en total, predominio del sexo masculino (73,60 %). En relación a la ocupación desempeñada, (15,80 %) eran mineros y (13,20 %) desempleados. La infección de SNC (38,80 %) fue causa frecuente de ingresos hospitalarios y se evidenció que (36 %) 14 de los pacientes cursaron con infecciones de SNC, predominando la toxoplasmosis cerebral como primera causa (13,2 %) 5 casos y criptococosis meníngea (5,20 %) 2 casos y absceso cerebral y edema cerebral con 1 caso cada uno (2,60 %). Dentro de los síntomas neurológicos prevaleció cefalea (26,30 %), afasia en (18,40 %), convulsiones, plejías y fiebre en (10,50 %). Las imágenes por resonancia magnética fueron en su mayoría lesiones ocupantes de espacio, si bien no son patognomónicas, establecen una base importante en la aproximación diagnóstica, fundamentales para el inicio precoz

del tratamiento, así como para monitoreo de respuesta terapéutica. Conclusiones: Las manifestaciones neurológicas en pacientes con VIH son frecuentes y hubo correlación entre los niveles de linfocitos T CD4+ menores de 200 células x mm³ y manifestaciones neurológicas en la serie estudiada, lo que orienta a la interpretación de una inmunosupresión avanzada en los pacientes que limita la recuperación de los Linfocitos T CD4+, o no cumplimiento de la terapia antirretroviral.

P92. RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ≥50 AÑOS EDAD CON VIH. HOSPITAL UNIVERSITARIO CARACAS-VENEZUELA. Adayza Figueredo¹, Linda Lugo¹, Marisela Silva¹, Alfonso Rodríguez²

¹Hospital Universitario de Caracas, ²Universidad Central de Venezuela.

Introducción: Para el 2015 > 50 % de la población VIH será >50 años, proponiéndose retos en su atención. Objetivo: Evaluar respuesta al TARV, características epidemiológicas y clínicas en pacientes ≥ 50 años. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, no experimental; pacientes ≥ 50 años (casos) y < 50 años (controles); evaluaciones basales, 6 y 12 meses; enero 2005 – junio 2009. Resultados: Se incluyeron 99 pacientes ≥ 50 años y 212 < 50 años, representando el género femenino un tercio de la población. Más del 65 % consultaron en etapas avanzadas de enfermedad, 47 % SIDA C3. La media del lapso entre diagnóstico e inicio del TARV fue > 1 año, en los dos grupos. Los regímenes de TARV más usados fueron AZT/3TC/EFV y AZT/3TC+LOP/RIT. No hubo diferencias significativas en la respuesta inmunológica ni virológica a la TARV a los 6 y 12 meses entre los grupos; valores promedio de CV a los 6 meses: 5 821,08 copias/mL (2,21 log10) y 6 081,92 copias/mL (2,28 log10) para adultos mayores y jóvenes, respectivamente. En adultos mayores, el incremento de valores promedio de T CD4 fue significativo comparando niveles basales y a los 12 meses pero no a los 6 meses; en los jóvenes dicha significancia se alcanzó a los 6 meses. Más del 85 % de los pacientes tuvieron carga viral indetectable 12 meses. Conclusiones: En los adultos mayores que recibían AZT/3TC/EFV, se observó mayor frecuencia de anemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y trastornos gastrointestinales, reacciones alérgicas, neuropatía e insomnio, a diferencia del estudio ACTG 5142 donde se concluye que los pacientes con dicho esquema tienen menor

incidencia de hipertrigliceridemia, trastornos gastrointestinales y mayor eficacia al compararlo con el esquema de AZT/3TC+LOP/RTV (26). En el 2007 en el estudio A5095, se evidenció en 24 a 96 semanas, incremento significativo de todos los niveles de lípidos en los esquemas asociados con EFV y triple terapia asociada (27). La guía para manejo de lípidos en pacientes con VIH de 2009 sugiere que la TARV basada en no nucleósidos está asociada a alteraciones lipídicas (28). En los pacientes ≥ 50 años se observó buena respuesta inmunológica y virológica similar a los jóvenes, a los 6 y 12 meses del TARV. Se debe diagnosticar precozmente y no retardar TARV en adultos mayores. En este estudio, primero de esta naturaleza realizado en Venezuela del cual tenemos conocimiento, se identificaron las características demográficas y la respuesta clínica, inmunológica y virológica a la TARV en un grupo de pacientes ≥ 50 años encontrándose concordancias con lo descrito en la literatura mundial, acerca del comportamiento epidemiológico de los grupos analizados, esto implica que probablemente los factores descritos son de carácter universal y no relacionados con la ubicación geográfica. Palabras clave: VIH, SIDA, tratamiento antirretroviral, adultos mayores, respuesta virológica.

P93. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES VIH CON HISTOPLASMOSIS. UNIDAD VIH/SIDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO 2009 – JULIO 2011. VALERA- ESTADO TRUJILLO. Idaura July González Sulbarán¹, Hercilia de León¹, Rosa Bolaños¹, Margarita Mejías¹, Maximilian Olarte¹, Zoila Estrada¹, Yudit Rojas¹.

¹Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Caracas.

La histoplasmosis es endémica en Venezuela, es causada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. La histoplasmosis diseminada (HD) es una micosis sistémica que afecta principalmente inmunosuprimidos, es por eso que la aparición del SIDA ha constituido un terreno propicio para que se desarrolle fácilmente dicha enfermedad. Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas, alteraciones de laboratorio, métodos diagnósticos empleados en pacientes VIH con (HD) diagnosticados desde enero 2009 a julio 2011. Material y métodos: Estudio descriptivo con diseño retrospectivo, que incluyó 9 pacientes VIH con histoplasmosis donde se recolectaron datos de edad, sexo, condición sexual, manifestaciones clínicas, paraclínicos, conteo de CD4 inicial. Se enviaron muestras

de (suero y médula ósea) al “Instituto Nacional de Higiene RR” Departamento de Micología. Resultados: Se diagnosticaron (9) pacientes con histoplasmosis de los cuales (8) eran masculinos y (1) femenino, (6) fueron HSH, la sintomatología más frecuente fue fiebre, pérdida de peso en todos; tos, disnea hepatoesplenomegalia en (6) pacientes. Todos presentaron anemia, leucopenia y (6) pacientes trombocitopenia, (7) cursaron con LDH > 1000, en la mayoría de los casos (6) se desconocía el valor del CD4 inicial, se observaron infiltrados pulmonares en todos los casos, en 5 casos cultivos micológicos en médula ósea con crecimiento de *Histoplasma capsulatum* y en 4 pacientes serología positiva para histoplasma con títulos superiores a 1:64. Conclusiones: La histoplasmosis diseminada es una infección oportunista frecuente, hacer diagnóstico precoz e instaurar antifúngico prontamente disminuye la mortalidad de los pacientes con SIDA, por esta causa.

P94. FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON VIH. CIUDAD HOSPITALARIA ENRIQUE TEJERA. VALENCIA – VENEZUELA. Maryangelica Ortuño Morales¹, Nellwys M Oropeza D¹, Elías J Aparicio R², Francis M Orozco A¹.

¹Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera; ²Hospital Universitario Angel Larralde.

El incumplimiento del tratamiento médico por parte del paciente ha representado una de las causas más frecuentes en la presentación de complicaciones. La adherencia terapéutica es una estrategia que permite que el paciente

continúe el tratamiento. Objetivo: Determinar los factores socioeconómicos, relacionados con la enfermedad y atención médica, que favorecen la adherencia terapéutica de pacientes con VIH, atendidos en el servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera para el primer semestre del año 2011. Materiales y métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal. Se analizaron variables socio económicas, conocimiento del tratamiento y adherencia subjetiva junto con la adherencia evaluable objetivamente, a través de un cuestionario estructurado aplicado en un total de 115 pacientes. Resultados: El 44,3 % de los pacientes cumplían con la adherencia terapéutica objetiva. El nivel socioeconómico relacionado con la adherencia terapéutica objetiva, resultó significativa ($P < 0,0001$). La interconsulta de psiquiatría está asociada a la adherencia terapéutica objetiva en el 62,7 % de los pacientes. Entre la adherencia terapéutica subjetiva y objetiva, se encontró una asociación significativa ($P < 0,0001$). Existe igualmente asociación significativa ($P < 0,0001$) entre el nivel de conocimiento del tratamiento y la adherencia terapéutica objetiva. Conclusiones: Favorece una eficaz adherencia terapéutica una clase socioeconómica alta o media, asistencia a interconsultas con psiquiatría y un nivel de conocimiento adecuado acerca del tratamiento; el tiempo de diagnóstico se relaciona con la adherencia de manera no determinante; la polimedicación no se asocia de manera significativa.

Índice de Autores de Trabajos Libres

Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster
A de la Parte M	P47	Castillo M	P84	Ferrara G	P37	Hernández M	P27
Abdul-Hadi S	P46	Castrillo M	P74	Ferrara Valvano GA	P33	Hernández Pérez M	P87
Agelvis C	P01	Castrillo S	P74	Ferrer-M J	P17	Hernández S	P41
Aguilar G	P01	Castro J	P44	Ferrufino E	P48	Hernández Y	P11,P12,P51
Aguilar M	P07	Castro Méndez JS	P18,	Figueira Pestana IC	P46	Hernández-Rojas JL	P41,
Aguilar Mejía MS	P58	P41,P43,P55,P66,P68		Figuera Esparza ME	P29	P43,P44,P66,P68	
Alayo E	P01	Castro-M JS	P09	Figueroa A	P39,	Hirschhaut E	P76
Almonte N	P76	Cermeño J	P30	P59,P67,P92		Ilarraza J	P14,
Alonzo R	P75	Chacín M	P54	Flora D	P35	P25,P27,P77	
Álvarez C	P14,P25,P77	Chacón EP	P06	Flores M	P05,P57	Isea LA	P44
Álvarez J	P25,	Chacón N	P47	Fuentes L	P01	Jiménez MG	P72
P75,P76,P77		Chávez A	P28	Galicia J	P53,P80	Khalil M	P11,P12
Ameli G	P87	Chávez MV	P85	Galicia Sanchez JJ	P40	Khalil R	P22,P51,P52
América R	P75	Chirinos N	P68	Galíndez ME	P35	Khawan R	P66
Angulo A	P39	Chocrón F	P29	García E	P08	Landaeta M	P41
Aparicio-R EJ	P94	Colella MT	P31,	García G	P71,P79	Landaeta ME	P31,P32,
Arana D	P07,P75	P32,P34,P35,P36		García JF	P71,P79	P34,P35,P69	
Arana García D	P07,P75	Colmenares LA	P47	García M	P40,P53	Larrazabal N	P77
Aurenty L	P61,	Comegna M	P28,	García N	P33,P37	León R	P29
P67,P71,P79		P82,P87,P88		García Servén J	P61	Lezama A	P60
Azócar N	P20	Contreras J	P42	García Y	P71,P79	Limas Y	P39,P59
Balda L	P28,P82,P89	Contreras N	P54	García-Z BC	P19	Lleras de Torres A	P78,P86
Balda Salomón ML	P88	Coraspe-D C	P90	Gayoso E	P14, P23,P25,	Longa-P IE	P60
Baptista R	P11,P12,P51	Coraspe V	P47	P27,P75,P76,P77		López D	P71,P79
Bastardo M	P29	Cordero C	P01	Gil C	P07,P75	López E	P58
Bello D	P43,P66	Córdova L	P28,	Girón ME	P42	López MG	P63,
Bernardoni C	P78,P86	P82,P88,P89		Godoy O	P66	P71,P79,P87	
Berrios M	P41	Correa M	P72	Goncalves ME	P71, P79	Lugo L	P92
Besada S	P63	Cote J	P11,P12,P51	González A	P40	Luque J	P12,P15
Bohorquez P	P12	Cruz N	P11,P12,P51	González AM	P73	Macero C	P23
Bolaños R	P93	Da Silva-C MH	P20	González M	P20	Machado G	P44
Bonilla O	P11,P12,P51	Dapena E	P53,P80	González Mata A	P53,P80	Magdaleno P	P08
Brenner P	P67	Dawaher J	P32,P39	González Sulbarán I	P93	Maitin M	P40,P53,P80
Brito N	P71,P79	Dawaher JE	P59	González W	P07	Marchena K	P08
Cáceres AM	P23,P74	de León H	P93	Gori H	P23	Marrufo R	P56
Calcaño C	P54	Deibis L	P87	Guerrero J	P29	Martin A	P63
Calderón Brito LM	P89	Di Batista M	P01,P69	Guevara H	P84	Martín Peña A	P46
Calderón L	P28,P82,P88	Di Giacomo Lobo Z	P65	Guevara Patiño A	P13,P16	Mata Azócar A	P65
Calvo A	P55	Díaz I	P21	Guevara RN	P23,P87	Mata Essayag S	P31,
Camacho D	P36	Dolande Franco ME	P33	Gutiérrez C	P87	P32,P34,P35,P36	
Camacho G	P23	Dolande M	P37	Gutiérrez García CR	P06	Mata O	P78
Caraspe V	P39	Donmar de N L	P90	Gutiérrez JL	P83	Matías Reyes L	P43,P44
Carballo M	P39,P59,P87	Drumond T	P81,P87	Gutiérrez R	P44	Matos D	P87
Cárdenas Acacio CV	P38	Duarte A	P35	Guzmán A	P29	Medina D	P08
Cardón M	P21	Echeverría FE	P72	Guzmán J	P69	Medina N	P63
Cardona M	P58	Echezuría L	P63	Guzmán M	P28,P82	Meier G	P85
Carías Domínguez AM	P10	Echezuría-M LR	P09	Guzmán ME	P07,P23,	Mejías M	P93
Carnevale M	P40,P53,P80	Espinal C	P63	P25,P75,P76,P77		Meléndez K	P07
Carvajal A	P01,	Estrada Z	P93	H de Waard J	P16	Mendoza A	P23
P39,P59,P74		Fandiño C	P88,P89	Hartung C	P32	Messina A	P31
Casanova de Escalona L	P83,P84	Farina B	P17	Hernández D	P89	Mezzoni Poleo M	P65
Castellano J	P19	Febres O	P84	Hernández E	P75	Mifsu R	P68
		Femayor Z	P54	Hernández L	P75	Mijares M	P48

ÍNDICE DE AUTORES

Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster	Nombre	Nº poster
Millán A	P22,P52	Pacheco M	P21	Roas Brito RA	P56	Sifontes G	P10
Montalvo MC	P06	Padrino-H Doris	P91	Rocha Vásquez F	P69	Silva M	P01,
Montaño C	P54	Panizo Domínguez MM	P33,P37	Rodney H	P54		P47,P67,P74,P92
Montplaisier Velásquez F	P65	Papatzikos-G J	P17	Rodney M	P54	Silva M P	P46
Morales L	P75	Parada JL	P23	Rodríguez A	P40,P53,P92	Silva R	P40,P53
Morales M	P74,P87	Pardi G	P31,P36	Rodríguez Acosta A	P42	Silva S	P14,P47
Moreno C	P25	Parili E	P42	Rodríguez A		Silva V	P07
Moreno X	P23	Peña A	P39,P59	Rodríguez E	P08	Silvagni H	P44
Morillo M	P74	Peña-E JK	P17	Rodríguez García BA	P81	Simkins A	P44
Moros R	P58	Peralta A	P43,P66	Rodríguez J	P20	Simon Y	P60
Mosquera Vásquez C	P65	Pérez A	P41	Rodríguez N	P77	Sobrado C	P43
Mouhkallelel K	P40	Pérez C	P31	Rodríguez-R NR	P60	Soto de Fachin M	P84
Moukhalallele K	P53	Pérez JL	P58	Rodríguez S	P39	Spadola E	P14,P25
Moy F	P14,P23,P25,P27,	Pérez B	P23	Rodríguez SM	P59	Suárez D	P42
	P74,P75,P76,P77,P87	Pernalet B	P23	Rojas D	P43	Suárez M	P43
Moya M	P71,P79	Pineda V	P35,P36	Rojas O	P47	Suárez Sancho JA	P42
Muñoz D	P60	Pinto B	P06	Rojas Y	P93	Suárez-S JA	P55
Natera Alvizu IC	P04,P48	Piñerúa Gonsálvez JF	P30,P54	Roldán Y	P74,P87	Tedesco Maiullari RM	P13
Navarrete LF	P42	Plasencia M	P23	Rosa A	P76	Teodeglis D	P74
Navarro J	P28	Ponte H	P01,P69	Rosales A	P87	Torres-C LC	P20
Navarro P	P39,P47	Provenza G	P44	Rosales López T	P62	Torres J	P64
Navarro Rojas PA	P46,	Puente K	P22,P52	Rosario ME	P19	Torres L	P12,P56,P78,P86
	P45,P70	Puente S	P43	Rosas Aramburu MA	P62	Torres Reyes	P78
Naveda M	P84	Pujol FH	P06	Rosas MA	P84	Tovar N	P05,P57
Nerelles P	P67	Pulido Villadiego KK	P11,	Rosello A	P31,	Troncone A	P81
Nexans M	P71,P79		P12,P51		P32,P34,P36	Trujillo Gargano C	P68
Nunes M	P41	Rasines J	P20	Ruiz ME	P23	Uribe B	P07,P75
Ochoa Aular K	P65	Redondo F	P69	Ruiz N	P14,P27	Valera de M A	P08
Olaizola C	P31	Redondo MC	P59,P69	Sáez Llorens X	P63	Vásquez De Azocar Y	
Olarte M	P93	Requena J	P43	Salablanca K	P25		P14,P27
Oliveira Gonsálvez ME	P30	Reviakina V	P33,P37	Salazar G	P01	Vásquez Y	P25,P76,P77
Oliveira V	P11,P12,P51	Reyes M	P68	Salazar R	P44	Veitia J	P10
Omaña M	P23,P25, P26,	Reyes-Lugo M	P41	Salloum-H M	P90	Velásquez Velásquez MF	
	P27,P75,P76,P77	Ricaurte A	P08	Sánchez H	P71,P79		P68
Oranges C	P18	Rincón E	P78	Sánchez L	P21	Verlezza S	P57
Oranges-G CG	P02,P03	Ríos-F A	P18	Sánchez Partidas DA	P06	Verlezza Villalon S	P05
Ordaz A	P75	Riquelme A	P43	Sandoval de Mora M		Vieira J	P21,P22,P52
Ordoñez M	P81	Rísquez A	P09,P63		P90,P91	Vierma E	P17
Oropeza A	P14,	Rísquez Parra A	P62,P65	Santana M	P40	Villalobos Beuses MA	
	P23,P25,P77	Riva M	P47	Santana Rodríguez MI			P85
Oropeza-D NM	P94	Rivas A	P71,P79		P53,P80	Villalobos H	P78,P86
Orozco-A FM	P94	Rivas E	P05,P57	Santos M	P69	Villalobos Perozo RE	P85
Orozco N	P14,P27	Rivas M	P39	Santos-M R	P56	Villaroel E	P01,P69
Ortiz A	P41	Rivas-S N	P68	Saravia Molina VJ	P24,	Zabaleta MV	P71,P79
Ortuño Morales M	P94	Rivas Y	P19		P49,P50	Zambrano F	P07
Ortunio Y	P21	Rivera A	P87	Saravia V	P55	Zambrano Infantino RCP	P54
Pabon H	P44	Rivera I	P58	Siciliano L	P71,P79	Zambrano J	P58
				Sierra C	P16		