

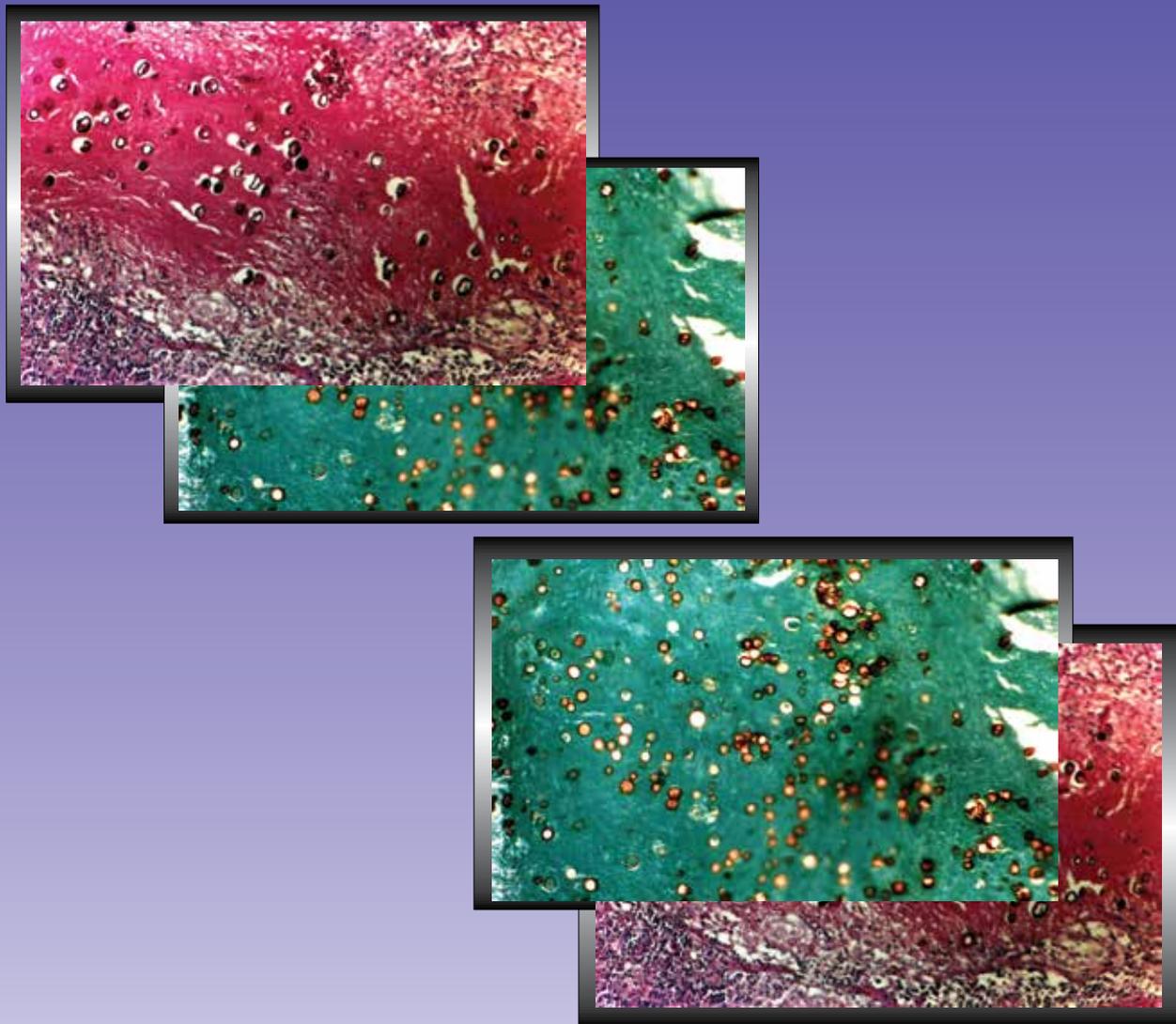


# Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

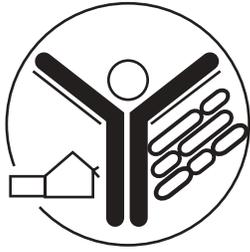
ISSN: 0798-0566



**Bol Venez Infectol Vol. 15 - Nº 2, julio-diciembre 2004**

**XV JORNADAS NACIONALES Y XII JORNADAS ZULIANAS DE INFECTOLOGÍA  
Maracaibo, Estado Zulia, 14 al 16 de octubre de 2004**

**RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES**



SOCIEDAD VENEZOLANA  
DE INFECTOLOGÍA  
JUNTA DIRECTIVA 2002-2004

Presidente  
DR. MARIO COMEGNA  
Vicepresidente  
DRA. MARÍA CAROLYN REDONDO  
Secretario General  
DR. JULIO CASTRO  
Secretaria de Actas  
DRA. MARÍA EUGENIA LANDAETA  
Tesorera  
DRA. ISABEL CARLOTA SILVA  
Vocales  
DR. FRANCISCO PÉREZ  
DR. OSWALDO BRICEÑO  
DR. ANTONIO GONZÁLEZ MATA

BOLETÍN VENEZOLANO  
DE INFECTOLOGÍA  
CONSEJO EDITORIAL

Presidente  
DR. JULIO CASTRO  
Vicepresidente  
DR. NAPOLEÓN GUEVARA  
Directora Ejecutiva  
DRA. LADDY CASANOVA DE ESCALONA

COMITÉ EDITORIAL

DR. MARIO COMEGNA  
DR. ANTONIO RÍOS  
DR. MANUEL GUZMÁN  
DR. JOSÉ ANTONIO SUÁREZ  
DRA. MARÍA EUGENIA LANDAETA  
DRA. MARINÉS VANCAMPENHOUD

# Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

ISSN: 0798-0566

**Bol Venez Infectol Vol. 15 - Nº 2, julio-diciembre 2004**

## CONTENIDO

XV JORNADAS NACIONALES DE INFECTOLOGÍA  
Y  
XII JORNADAS ZULIANAS DE INFECTOLOGÍA  
Maracaibo, Estado Zulia,  
14 al 16 de octubre de 2004

### RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Editorial XX Aniversario de la Sociedad Venezolana de Infectología. Dr. Mario Comegna .....	2
Invitación .....	4
Índice de Trabajos Libres .....	5
Resúmenes de Trabajos Libres .....	10
Índice de autores .....	65

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

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

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

# XX Aniversario de la Sociedad Venezolana de Infectología

Mario Comegna

Presidente

El día 25 de junio de 1984, en el Hospital Vargas de Caracas, se realizó la primera reunión de la Sociedad Venezolana de Infectología, creándose una asociación científica privada sin fines de lucro, la cual tiene como primer y más importante objetivo estimular el desarrollo de la especialidad de Infectología en el país, promocionando la formación de profesionales y promoviendo iniciativas de investigación en el área de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En los registros de la Sociedad, existen 45 miembros fundadores, y se eligió la primera Junta Directiva que trabajó desde 1984 hasta 1986 y estaba integrada por:

Presidente:	Dr. Raúl Istúriz
Vicepresidente:	Dr. Jaime Torres
Secretario general:	Dr. Iván Brito
Tesorero:	Dr. Manuel Gordón
Primer Vocal:	Dr. Alejandro Mondolfi
Segundo Vocal:	Dr. Guido Tatá
Tercer Vocal:	Dr. Manuel Guzmán Blanco

Igualmente para ese año la especialidad fue reconocida por la Federación Médica Venezolana, en una Asamblea General realizada en Mérida

Posterior a esta primera Junta Directiva, la Sociedad ha contado con 9 equipos de trabajo presididos por los siguientes infectólogos:

Dr. Manuel Guzmán Blanco	(1986 – 1988)
Dr. Jaime Torres	(1988 – 1990)
Dr. Alejandro Mondolfi	(1990 – 1992)
Dr. Pedro Navarro	(1992 - 1994)
Dr. Belisario Gallegos	(1994 – 1996)
Dra. Zenaida Castillo	(1996 – 1998)
Dr. Antonio Ríos	(1998 – 2000)
Dr. José Antonio Suárez	(2000 – 2002)
Dr. Mario Comegna	(2002 – 2004)

En la actualidad nuestra Sociedad cuenta con 221 destacados miembros distribuidos en los

diferentes estados del país y en el exterior, incluyendo médicos de adultos y pediatras, representando estos últimos el 20% de nuestros integrantes, asimismo en el grupo de miembros asociados y afiliados contamos con especialistas en microbiología y enfermedades tropicales.

Miembros Fundadores:	45
Miembros Titulares:	150
Miembros Asociados:	13
Miembros Afiliados	12
Miembros Honorarios:	1

Desde su fundación se han creado 7 Filiales que son Aragua, Bolívar, Carabobo, Centro Occidental, Nor Oriental, Táchira y Zulia, las cuales han promovido a la especialidad con la realización de exitosas jornadas regionales.

La Sociedad ha sido muy activa desde el punto de vista científico, realizando Congresos y Jornadas Nacionales e Internacionales; las primeras Jornadas se realizaron en conjunto con la Sociedad Venezolana de Microbiología y es a partir del año 1994 cuando se decide su realización en forma independiente

Congresos:

- I Congreso Venezolano de Infectología y IV Congreso Panamericano de Infectología, Caracas, año 1989
- II Congreso Dr. Alejandro Mondolfi, Maracaibo 1994
- III Congreso Venezolano de Infectología Dr. Raúl Isturiz, y VII Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica, Caracas 1997
- IV Congreso Dr. Manuel Guzmán Blanco, Barquisimeto 2000
- V Congreso Dr. Kenneth Gibson, Caracas, 2002

Jornadas:

- I Jornadas Caraballeda, 1984
- II Jornadas Maracaibo, 1985

- III Jornadas Nacionales, 1986
- IV Jornadas Dr. Ladislao Pollack, Mérida 1987
- V Jornadas Dr. Arnoldo Gabaldón, Maracaibo 1990
- VI Jornadas Dr. J.J. Gutiérrez 1991
- VII Jornadas Dr. Guillermo Olaizola, Barquisimeto 1992
- VIII Jornadas Dr. Heberto Reyes Romero, Caracas 1993
- IX Jornadas Dr. Juan Guido Tata Cumaná, Táchira 1995
- X Jornadas Dr. Hernán Paublíni Cedeño, Ciudad Bolívar 1996
- XI Jornadas Dr. Enrique Blanco Álvarez, Isla de Margarita, 1998
- XII Jornadas Dra. María J. Núñez, Caraballeda, 1999
- XIII Jornadas, Caracas, 2001
- XIV Jornadas Puerto La Cruz, 2003
- XV Jornadas, Maracaibo, 2004

En nuestro país existen cinco Postgrados de Infectología:

El Postgrado del Hospital Militar, según referencias históricas comenzó en el año 1938, cuando se creó en una vieja casa de Antímano el primer departamento de enfermedades transmisibles de las Fuerzas Armadas, con la creación del Hospital Militar Naval "Antonio José de Sucre" ubicado en la esquina de Poleo en Caracas, el Servicio de Medicina contaba con camas de aislamiento; desde los años 1960 en el Hospital Central de las FFAA en San Martín, funciona el Servicio de Enfermedades Transmisibles, y su su primer jefe fue el Dr. Servio Tulio Rojas Dávila

En el Hospital Universitario de Caracas, los Drs. Guillermo Olaizola y Ernesto Figueroa, entre otros, fundan el Servicio de Enfermedades Transmisibles en el año 1956, posteriormente por iniciativa de la Dra. María Josefina Núñez en el año 1976 se comienza una Residencia Programada y a partir del 1985 se inicia el Postgrado con Reconocimiento Universitario. Hasta hoy han egresado 72 especialistas de ese centro. En el año 1984 los Drs. Manuel Guzmán Blanco, Jorge Murillo, María del Pilar Pla y Raúl Istúriz crean la Residencia Programada de Infectología del Hospital Vargas de Caracas, donde se han formado hasta la fecha 40 infectólogos.

En el área de la pediatría el Dr. Manuel Gordon Fajardo, crea el Servicio de Aislamiento e Infectología Pediátrica en el Hospital de Niños "JM de los Ríos" de Caracas, en el año 1984 y hasta el año 2003 han egresado 32 pediatras infectólogos.

El último de los postgrados creados fue el de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia, a finales del año 2002, por iniciativa de la Dra. Heidi Mago y otros entusiastas infectólogos del Estado Carabobo.

El Boletín Venezolano de Infectología, Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología, se publica por primera vez el 02 de mayo de 1986, se editaba inicialmente como folleto mimeografiado y en el año 1989 se publica en forma de revista, en su tercer número del primer volumen, para esa fecha se incluyó en la Asociación de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME) y posteriormente en el Index Médico Latinoamericano (IMLA). El Dr. Jaime Torres fue su director hasta el año 2002, y actualmente el Dr. Julio Castro lleva la dirección del Boletín.

La primera sede era una pequeña oficina localizada en primer piso del edificio del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, donde funcionó hasta el día 12 junio de 2001 cuando se firmó la compra de una oficina ubicada en la Torre Maracaibo de Caracas.

Dentro de las nuevas iniciativas llevadas adelante fue la creación de una página WEB propia, que se creó el 16 de mayo de 2001, con este novedoso instrumento, se ha facilitado la comunicación entre nuestros miembros y ha sido una vía información médica permanente. Con los fondos de la Sociedad se han otorgado financiamientos para proyectos de investigación en áreas que actualmente se consideran prioritarias, planes de ayudas económicas para la asistencia de miembros a eventos científicos, edición de folletos educativos y manuales para el manejo de la enfermedades infecciosas.

Sin ninguna duda la Sociedad ha cumplido con sus objetivos, colaborando en la creación de pautas nacionales para el tratamiento de enfermedades infecciosas como la infección por VIH.

La mayor riqueza de la Sociedad Venezolana de Infectología es la alta calidad humana y científica de sus miembros, lo que garantiza nuestra permanencia y vigencia en el futuro.

---

## Invitación

La Junta Directiva, Comisión Científica, y Comité Organizador, tienen el gusto de invitarles a participar en las XV Jornadas Nacionales de Infectología y XII Jornadas Zulianas, que se realizarán en la ciudad de Maracaibo donde tendremos la oportunidad de compartir durante tres días las experiencias de los invitados Nacionales e Internacionales.

Se tratarán diferentes tópicos de gran interés como son infección por el VIH, hepatitis virales, zoonosis, enfermedades producidas por hongos, tuberculosis, resistencia bacteriana entre otros. Estamos seguros que surgirán interesantes discusiones que aportarán soluciones a los problemas que se plantean.

Nuestras Jornadas siempre han sido un buen momento para el reencuentro y la posibilidad de compartir juntos en familia las actividades y disfrutar la calidez de la ciudad anfitriona.

Esperamos contar con su presencia

Por la Junta Directiva

Dr. Mario A. Comegna  
Presidente S.V.I.

Por el Comité Científico

Dra. Ana María Cáceres  
Coordinadora Comisión Científica

## Índice de Trabajos Libres

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. <b>¿ES LA FILARIASIS LINFÁTICA CAUSA DE LINFEDEMA EN VENEZUELA?</b> Orlana Lander, José Suárez, Jaime Torres, Julio Castro, Laura Naranjo, Tatiana Drummond, Nahir Martínez, Isabel Medina, Carlos Torres, Carlos Botto. 10</p>  | <p><b>VALENCIA PARPARCEN" DISTRITO SANITARIO Nº7. ESTADO MIRANDA. PERÍODO: 2002-2003.</b> Carmen Correia, María Marturet, Sandra Salas, Mirna Torres, Yushi Nakay, Viviana Martini. 15</p>   |
| <p>2. <b>EPIDEMIOLOGÍA DE LA MALARIA EN BOLIVIA DURANTE EL PERÍODO 1998-2003.</b> AJ Rodríguez, C Gómez. 10</p>  | <p>12. <b>TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL DISTRITO VALENCIA. OESTE ENERO A DICIEMBRE 2003.</b> Katushka Carreño Luzardo, Lourdes Montilla, Julio Ramos, Eva García, Beatriz Parra. 15</p>  |
| <p>3. <b>ESTUDIO DE <i>BLASTOCYSTYS HOMINIS</i> EN PACIENTES DEL SERVICIO DE BIOANÁLISIS HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO CARACAS-VENEZUELA.</b> Yeisy León, Heidi Reyes- 11</p>   | <p>13. <b>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS.</b> P Navarro, E Andrade, E Villarroel, E Garrido, P Navarro Ortiz, A Jakowlew. 15</p>   |
| <p>4. <b>IMPACTO DEL FENÓMENO ENSO 1998/1999 EN LA INCIDENCIA DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA DEL ESTADO SUCRE, VENEZUELA, 1999 DGSACS-MSDS.</b> Alfonso Rodríguez, Liliana Rada, JJ Blanco, Gilberto Cabaniel, Juan Escalera. 11</p>  | <p>14. <b>CASUÍSTICA DEL AISLAMIENTO DE LEVADURAS EN MUESTRAS CLÍNICAS (2001-2003)</b> Mercedes Panizo, Vera Reviákina, Maribel Dolande. 16</p>  |
| <p>5. <b>NUEVOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ANTI-MALÁRICOS EN VENEZUELA-MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS.</b> Leopoldo Villegas, Carlos Vásquez, Letty González, María Guevara, Frank Veliz, Nelly Hernández, Darío González, Mario Valcárcel. 12</p>   | <p>15. <b>PREVALENCIA DE LAS MICOSIS SISTÉMICAS DURANTE 3 AÑOS (2001-2003).</b> Vera Reviákina, Mercedes Panizo, Maribel Dolande. 17</p>   |
| <p>6. <b>TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR <i>FALCIPARUM</i> MULTIRRESISTENTE CON MEFLOQUINA-ARTESUNATO-PRIMAQUINA.</b> Carlos Vásquez, Ada Peña, Gilberto Guardia, Roberto Cordero, Mario Valcárcel, Darío González, Leopoldo Villegas. 12</p>  | <p>16. <b>CASUÍSTICA DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES DURANTE TRES AÑOS (2001-2003).</b> Maribel Dolande, María Mercedes Panizo, Vera Reviákina. 17</p>  |
| <p>7. <b>PRIMAQUINA EN INFECCIONES POR <i>PLASMODIUM VIVAX</i>: ADHERENCIA OPERACIONAL A DOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.</b> Carlos Vásquez, Frank Veliz, María Guevara, Nelly Hernández, Ada Peña, Esnaldo Ceballos, Luis Petterson, César Fuenmayor, María Girón, Sayra Nogales, Carlos Mariani, Belem Salazar, Mario Varcárcel, Darío González. 13</p> | <p>17. <b>CASUÍSTICA DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL LABORATORIO DE LA CLÍNICA SANTA SOFÍA, DURANTE 4 AÑOS (2000-2003).</b> Maribel Dolande, Priscécil Andarcia. 17</p>   |
| <p>8. <b>ADHERENCIA A LA QUININA MÁS PRIMAQUINA EN EL TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR <i>PLASMODIUM FALCIPARUM</i>.</b> Carlos Vásquez, Frank Veliz, Nelly Hernández, María Guevara, Luis Petterson, César Fuenmayor, Carlos Mariani, Ada Peña, María Girón, Sayra Nogales, Belem Salazar, Darío González, Leopoldo Villegas. 13</p>     | <p>18. <b>EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DERMATOFITOSIS EN EL SERVICIO DE MICOLOGÍA MÉDICA DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. 1998-2004.</b> Gabriela Rodríguez Torres, Arantza Roselló, María Teresa Colella, Celina Pérez, Carolina Olaizola, Claudia Hartung, Caryna Rodríguez, Sylvia Magaldi, Sofia Mata-Essayag. 18</p> |
| <p>9. <b>PREVALENCIA DE PARASITOSIS EN POBLACIÓN INFANTIL DEL ÁREA RURAL MUNICIPIO PIAR. ESTADO MONAGAS.</b> Lissette Porras, María Bohórquez, María Arias. 14</p>   | <p>19. <b>AISLAMIENTOS DE ESPECIES DE CANDIDA EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. ENERO 1998 - JUNIO 2004.</b> José Santos, Patricia Valenzuela, Yadira Pérez, Mireya Zerpa, G Ferrara, Natalie Janhke, ME Marín, Andreína Sánchez, Mario Comegna, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán. 18</p>                              |
| <p>10. <b>INCIDENCIA MALÁRICA EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL ALTO CAURA. MUNICIPIO SUCRE. ESTADO BOLÍVAR.</b> Gerassimos Pouliassis, César López, Siroyi Villarroel, Romina Figueroa. 14</p>   | <p>20. <b>SENSIBILIDAD <i>IN VITRO</i> DE ANFORTERICINA B, FLUCONAZOL, E ITRACONAZOL CONTRA ESPECIES DE CANDIDA AISLADAS DE HEMOCULTIVOS.</b> Noris Arcaya, Luz Mila Mesa, Haydee De Luengo, Maritza Pineda, Belinda Calvo. 19</p>   |
| <p>11. <b>FRECUENCIA DE BACILOSCOPIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ESTE "DR. JOEL</b></p>  | <p>21. <b>MUCORMICOSIS DISEMINADA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.</b> Rosa Khalil, Eduardo García, Dalila Marcano, Carlos De Jongh, Roberto Ochoa. 19</p>   |
|  | <p>22. <b>AISLAMIENTOS EN MUESTRAS DE CATÉTERES PROVENIENTES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL J. M. DE LOS RÍOS EN EL PERÍODO 2002 - 2004"</b> J Rodríguez, A Reyes. 20</p>   |

23. **RESISTENCIA A OXACILINA EN *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*.** Ernesto Alayo, Marisol Sandoval, Marilly Salomón, Juan Abud, Franco Bisignano, Maryraida Canónico, María Cuba, Wladimir Wong, George Soso. 20
24. **OSTEOMIELITIS CRÓNICA VERTEBRAL POR *SALMONELLA NEWPORT*. A PROPÓSITO DE UN CASO.** J González, F Naranjo, E Ganoso, M Guzmán, N Ruiz. 21
25. **PSEUDOTUMOR LUMBAR ASOCIADO A MENINGITIS POR *ACTINOMYCES VISCOSUS*: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.** A Cáceres, C Macero, S Somaza, E Armas, N Guevara, X Moreno, M Guzmán. 22
26. **COLONIZACIÓN DE CATÉTERES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA.** C Macero, X Moreno, L Cova. 22
27. **ESTAFILOCOCOS COAGULASA NEGATIVOS EN HEMOCULTIVOS DE PACIENTES CON SEPTICEMIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ".** Luis Hurtado, Yeisy León. 23
28. **COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD *IN VITRO* DE ERTAPENEM Y OTROS ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN INFECCIONES URINARIAS.** Javier Rodríguez, Romina Cloralt, Norellys Cruz. 23
29. **ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE POZOS DE DIFUSIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE LA SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA EN LOS DERMATOFITOS.** María Teresa Colella, María Castro, Marvia Montiel, Erika Vásquez, Sylvia Magaldi, Arantza Roselló, Claudia Hartung, Celina Pérez, Heidi Reyes, Sofía Mata-Essayag. 24
30. **PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – HOSPITAL GENERAL "DR. RAÚL LEONI", CIUDAD GUAYANA. ABRIL-JULIO DE 2003.** Rigoberto Valecillos, Indira Faquira, Ana Beltrán, Luis Borges, Aníbal Ascanio. 24
31. **TIPIFICACIÓN POR PFGE DE CEPAS DE *N. MENINGITIDIS*, AISLADAS DE UN BROTE DE INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA EN UN FUERTE MILITAR EN CARACAS.** Elsa Sofía Toro Araujo, Sandra Fernández Figueiras, Arcady Rodas, Esther Franco, Angel Flores. 25
32. **SENSIBILIDAD DE *M. TUBERCULOSIS* POR EL MÉTODO DE MICRODILUCIÓN DE AZUL DE ALAMAR.** Sandra Fernández Figueiras, Elsa Sofía Toro Araujo, Alejandro Angulo, Jacobus de Waard. 25
33. **COLONIZACIÓN VAGINAL POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*: INCIDENCIA Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS.** Sandra Fernández Figueiras, Milagros Cárdenas Colmenares, Celina Elster Martínez, Anelvy Bracho Odreman, Andreína Isabel Paublini Hernández, Mercedes Pilar Sampedro Castro. 26
34. **SUSCEPTIBILIDAD DISMINUIDA A QUINOLONAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.** C Ugarte, E Spadola, N Salgado, D Sánchez, E Franco, D Payares, D Marcano, J López, B Tarazona, A Flores, S Torres, J Rodríguez. 26
35. **AISLAMIENTO DE PLÁSMIDOS CONJUGATIVOS EN CEPAS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE  $\beta$ -LACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO.** M Benítez, M Domínguez, L Torres, G Vilchez, R Pedroza. 27
36. **AISLAMIENTO DE MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN PACIENTES TRATADOS CON MESOTERAPIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS.** Luisa González, Adriana Crespo, María Ramírez, César Sánchez. 27
37. **REVISIÓN DE RESISTENCIA EN UROPATÓGENOS. 1997-2004.** Elia Sánchez, Lorena Abadía. 28
38. **ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE BACTEREMIAS EN RECIÉN NACIDOS.** Elia Sánchez, Lorena Abadía. 28
39. **EFICACIA DEL ERTAPENEM EN INFECCIONES MODERADAS Y SEVERAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.** Zenaida Castillo, Yelitza Castillo, Isabel Díaz, Elías Querales, Adriana Centeno, Silvia Mesa, Heidi Mago, Pedro Escalona. 29
40. **EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEO-MIELITIS CRÓNICA EN UN HOSPITAL GENERAL.** Jocays Caldera, Yrene Vásquez, Rafael N Guevara, Marisela Silva. 29
41. **INCIDENCIA DE VIH EN EMBARAZADAS. SERVICIO ITS/VIH-SIDA. SISTEMA LOCAL DE SALUD PARAGUANÁ. ENERO-JULIO 2004.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Teresa Plata, Benigna Báez, Domingo Morales. 30
42. **MICOSIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH.** Mario Rivera, Ernesto Alayo, Norka Balliache, Abigail Marín, Nuccia Bissignano, Henry N Fernández. 30
43. **SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN UNA CONSULTA DE VIH. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ. U.D.O. CIUDAD BOLÍVAR.** Mario Rivera Proserpi, Norka Balliache, Wuency N Landaeta, Francisco De Gouveia D, Ilén Mata. 31
44. **CRIPTOCOCOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA, ENTRE 1994-2003, EN CARACAS.** Celina Pérez, Karla Romero, Silvia Potenziani, Arantza Roselló, María Teresa Colella, Carolina Olaizola, María Inés Calatroni, Claudia Hartung, Sofía Mata-Essayag. 31
45. **EL EMBARAZO COMO ÚNICA CONDICIÓN SUBYACENTE DE UNA CRIPTOCOCOSIS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.** Celina Pérez, Yumaira Hernández, María Teresa Colella, Arantza Roselló, Carolina Olaizola, Martín Carballo, Claudia Hartung, Sylvia Magaldi, Sofía Mata-Essayag. 32
46. **LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA (LMP) EN VIH / SIDA Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA. (TAAE).** Norka Balliache, Mario Rivera P, Abigail Marín V, Francisco De Gouveia D, Wuency Landaeta N, Ilén Mata. 32
47. **EFFECTIVIDAD DE EFVIRENZ VERSUS LOPINAVIR/RITONAVIR ASOCIADO A DOS ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS COMO TRATAMIENTO DE INICIO EN PACIENTES VIH POSITIVOS.** Natalie Janhke, Yadira Pérez, José Santos, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, María Elena Marín, Manuel Cortesía, Andreína

- Sánchez, Julio Castro, Manuel Guzmán. 33
48. **ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA AGOSTO-OCTUBRE 2002.** María A Rosas, Corina González, Laddy de Escalona, Olga de Febres, Patricia Zibaoui, Luis Domínguez, Nelson Orta, Miriam Sánchez, I Lunar. 33
49. **DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN PACIENTES VIH POSITIVOS.** Velmar Quintero, Patricia Mantilla, Anselmo Rosales, Dayana Delgado, Gabby Hernández. 34
50. **CASOS DE TUBERCULOSIS Y SIDA EN ADULTOS, REGISTRADOS EN LA ZONA VALENCIA – OESTE. ENERO 2000 A JULIO 2004.** Adriana Centeno, Lourdes Montilla, Silvia Meza, Esther Barella, María Díaz, Grace Álvarez, Heidi Mago. 34
51. **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA.** Adriana Centeno, Silvia Meza, Esther Barella, María Díaz, Grace Álvarez, Hedidi Mago, I Díaz. 35
52. **EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE VIH/SIDA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. 2003.** Marisella Silva, Nancy González, Rafael Nahmens. 35
53. **ROSUVASTATINA EN EL TRATAMIENTO DE DISLIPIDEMIA DE PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.** Yelitza Castillo, Zenaida Castillo, Jennifer Moreno, Gisela Vargas, Elsy Rujana, Isabel Díaz, Heidi Mago. 36
54. **RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) EN PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA EL VIH EN EL ESTADO ANZOÁTEGUI.** Ana M González, Benito Rodríguez. 36
55. **RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE VIH Y CÁNCER DE OVARIO. Reporte de un caso y revisión de la literatura.** Rosa Khalil, Carlos Tarazona, Gustavo Nava, Rosalbina Chacón, Ana Carvajal, Roberto Ochoa. 37
56. **DISLIPIDEMIA EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ACTIVA (TARVAA).** Zenaida Castillo, Sandra Vivas, Jennifer Moreno, Joel González, Gisela Vargas, Elsy Rujana, Yelitza Castillo. 37
57. **PERFIL HEMATOLÓGICO EN PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA EL VIH. VALOR PRONÓSTICO EN ADULTOS.** A González, B Rodríguez, D Monroy. 38
58. **MORBIMORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ALFREDO VAN GRIEKEN” DE CORO. ENERO 1998-DICIEMBRE 2002. ESTADO FALCÓN.** O López, A Vargas, S Blanchard, L Vilchez. 38
59. **INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SERVICIO ITS/VIH-SIDA. SISTEMA LOCAL DE SALUD PARAGUANÁ. 1999-2003.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Teresa Plata, Benigna Báez, Domingo Morales. 39
60. **INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.** E Quintana, A Quiroz, H González, M Torres, N Seguí, F Silva. 39
61. **ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y LA COMUNIDAD HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA.** H González, E Quintana, A Quiroz, M Torres, N Seguí, M Loreto. 40
62. **PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS B EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA ENTRE 1996-2002.** M Suárez, M Rivero, M Gil, A Hong. 40
63. **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN.** Marisol Sandoval, Yurilís Fuentes, José Rivas. 41
64. **MYCOBACTERIUM MUCOGENICUM AISLADO EN MÉDULA ÓSEA COMO CAUSA DE FIEBRE ORIGEN DESCONOCIDO.** Jair Vargas, Carmen Gamboa, Domingo Negrín, María Correa, C Sandoval, A Aguiar, Mercedes Prieto, AJ Rodríguez, Jacobus De Ward, M Yakrus. 41
65. **INACTIVACIÓN DEL VIRUS DE HEPATITIS B: EFICACIA DE LOS DESINFECTANTES. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. CARACAS.** Belkys Miranda, Alejandra Oliveros. 42
66. **INFECCIÓN POR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS AÑOS 2002-2003.** Yadira Pérez, Natalie Janhke, José Santos, Patricia Valenzuela, María Elena Marín, Andreína Sánchez, Mario Comegna, John Ossenkopp, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, Jacobus Waard. 42
67. **RESISTENCIA DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS A LA OXACILINA SÓDICA EN INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS.** Gerassimos Pouliaassis, César López, Romina Figueroa, Siroyi Villarroel. 43
68. **VULVOVAGINITIS BACTERIANA EN NIÑAS PREMENÁRQUICAS.** Gerassimos Pouliaassis, Siroyi Villarroel, César López, Romina Figueroa. 43
69. **PROTECCIÓN CONTRA LA HEPATITIS B EN TRABAJADORES DE LA SALUD CLÍNICA MORICHAL Y TEMBLADOR COMO UNA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD AÑO 2004.** Yanina Hernández de Arrieta, Nagda Najas, Elba Salgado, Indira Cabrera, Pricilla Quereigua. 43
70. **CONSULTA DE PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” (CHET). ENERO/NOVIEMBRE 2003.** Katushka Carreño, Lisette Vilchez, Julio Ramos, Migdalia Silva, Nabija Escalante. 44
71. **MEDICINA EN TIEMPOS DE CRISIS. RESULTADOS DE CAMBIO A TERAPIA ORAL.** Haydeé Oliveros, Yelitza Castillo, Heidi Mago. 44
72. **LAVADO DE LAS MANOS POR EL PERSONAL DE SALUD.** María Pérez, Heidi Mago, Gonzalo Medina. 45

73. **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA.** Elia Sánchez, Santiago Fermín, Juan Carlos Zuluaga, Jorge J Cerezo, Ivar Rivera. 45
74. **INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN ADULTO. REPORTE DE UN CASO.** MJ Núñez, P Monsalve, R Mohawechi, A Aponete, D Gentile, MC Redondo, E Essinfeld, H Essinfeld, ME Landaeta. 46
75. **COINFECCIÓN AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS/EPSTEIN BARR VIRUS Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS.** Z Castillo, C Miquelano, J Moreno, R Castillo, P Escalona, O Sifontes. 46
76. **PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS B EN LOS PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS AL RECIBIR VACUNACIÓN ACTIVA Y PASIVA ENTRE 2002-2004 (ESTUDIO PRELIMINAR).** M Suárez, M Rivero, M Gil, A Hong, G de Acquatella, R Bacalao. 47
77. **INFECCIONES CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES.** Alexis Manuel Romero Velásquez, Jisbelys Salazar Marcano, Claudia Marín. 47
78. **MANIFESTACIONES CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DEL CITOMEGALOVIRUS Y EPSTEIN-BARR. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. CIUDAD HOSPITALARIA "Dr. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. ENERO 2001-AGOSTO 2002.** María Rosas, Martha Di Terlizzi, Laddy de Escalona, Olga de Febres, Miriam Sánchez. 48
79. **DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE BORRELIOSIS DE LYME.** Fabiola Espinoza, Francisco Arocha, Manzur Hassani, Maricela Urbina. 48
80. **PRODUCCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EN SUERO Y ESPLENOCITOS MURINOS DURANTE LA INFECCIÓN CON EL VIRUS DE ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA BAJO TRATAMIENTO CON MELATONINA.** LM Espina, N Valero, E Meleán, K González, M Maldonado, E Bonilla. 48
81. **PREVALENCIA DE TOXOPLASMOSIS EN EMBARAZADAS. AMBULATORIO URBANO II SIMÓN BOLÍVAR. ENERO-JULIO 2004.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Martha Piña, Teresa Plata. 49
82. **PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL PARA EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN PACIENTES CON NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.** G Guillén, M Colmenares, J Terán. 49
83. **ACTIVIDAD ANTIMALÁRICA *IN VIVO* DE ANÁLOGOS DE QUINOLINIL INDANONAS EN MODELO MURINO.** Juan Rodrigues, Diana Lourenco, Neira Gamboa, Jaime Charris, José Domínguez. 50
84. **INTERFERENCIA EN LA SÍNTESIS DE HEMOZOÍNA POR EL CLOTRIMAZOL Y EL KETOKONAZOL. POSIBLE MECANISMO DE ACCIÓN ANTIMALÁRICO.** Juan Rodrigues, Diana Lourenco, Neira Gamboa. 50
85. **RETOS DIAGNÓSTICOS EN LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA (LTA): UNA EXPERIENCIA ACUMULADA.** P Navarro, CT Fernández, V Coraspe, B Semidey, S Silva, H Ruíz. 51
86. **LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA: TRATAMIENTO CON 3000 Y 4500 MG DIARIOS DE ANTIMONIATO DE MEGLUMINA.** P Navarro, Y Rodríguez, S Silva, O Delgado, V Coraspe, C Olaizala, ML Safar. 51
87. **FIEBRE POR DENGUE E HISTOPLASMOSIS EN UNA NIÑA CON HEMOGLOBINOPATIA SC L Nweihed, M Barrera, M Collela, J Medina, V Palma, E Ugueto, A Pulido, B Alvarez, A Contreras, M Díaz, N Gutiérrez, J Moncada. 52**
88. **ACTIVIDAD PROTEASA CISTEÍNICA Y ASPÁRTICA COMO PASOS INICIALES EN LA DEGRADACIÓN DE LA HEMOGLOBINA POR EL *Plasmodium berghei*.** Juan Rodrigues, Neira Gamboa. 52
89. **INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD PROTEOLÍTICA DE LA HEMOGLOBINA POR EL CLOTRIMAZOL Y EL KETOKONAZOL. POSIBLE MECANISMO DE ACCIÓN ANTIMALÁRICO.** Juan Rodrigues, Diana Lourenco, Neira Gamboa. 52
90. **EVALUACIÓN DE LA INHIBICIÓN DE LA HIDRÓLISIS DE LA HEMOGLOBINA Y DE LA POLIMERIZACIÓN DEL HEMO POR ANÁLOGOS DE QUINOLINIL INDANONAS.** Juan Rodrigues, Diana Lourenco, Neira Gamboa, Jaime Charris, José Domínguez. 53
91. **FACTORES PRONÓSTICOS EN EMPONZOÑAMIENTO ESCORPIONICO.** José Suárez, Julio Castro, Katia Herrera, Catherine Chávez, Alexis Díaz, María Corredor, Laura Naranjo, Lorena Camacho, Alejandra Marin, Madeleine Cariello, Jaime Torres. 53
92. **EVALUACIÓN DEL ESTUDIO DE LA CAPA LEUCOCITARIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EHRlichiosis CANINA.** José Suárez, Tatiana Drummond, Maritza Alvarez, Dania Ramírez, Jaime Torres, Julio Castro, Laura Naranjo, Nahir Martínez, Carlos Torres-V. 54
93. **DIAGNÓSTICO DE *EHRlichia chaffeensis* POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA EN HUMANOS. REPORTE DEL PRIMER CASO EN VENEZUELA.** José Suárez, Nancy Gutiérrez, Laura Naranjo, Tatiana Drummond, Maritza Alvarez, Jaime Torres, Julio Castro, Nahir Martínez, Francisco Triana-Alonso, Johanny Ruiz, Akemys Watts. 54
94. **EVALUACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL ESCORPIONISMO.** José Suárez, Catherine Chávez, Katia Herrera, Julio Castro, Alexis Díaz, María Corredor, Laura Naranjo, Lorena Camacho, Alejandra Martín, Madeleine Cariello. 55
95. **INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES ENDOVENOSOS** Larissa Suzko, Julio Castro, Antonio Ríos, José A Suárez, Laura Naranjo, Jacqueline de Izaguirre, Alberto Calvo, Edgar Escalona, Pedro del Médico, Mary Zicardi. 56
96. **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LAS BACTERIAS AISLADAS DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO. 2003.** M Rosas, L López, F González, M Sánchez, O Castillo de Febres, L Escalona, R Naveda, R Correa, E Benítez, S Mújica, H Cabaña. 56

97. **ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA BACTERIANA ENCONTRADA EN EL SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA DEL LABORATORIO CLÍNICO BACTERIOLOGICO C.N.C.** M Bustillos, C Curé, M Domínguez, M Sánchez, O Castillo de Febres, E Uran. 57
98. **COMPORTAMIENTO DE CEPA DE *KLEBSIELLA OXYTOCA* AISLADA EN MUESTRAS DIVERSAS PROVENIENTES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, A PROPÓSITO DEL BROTE DE SEPSIS NEONATAL NOSOCOMIAL.** Berquis Acosta, Rosalba G Contreras, Raquel Roa M, Nancy Gutiérrez. 57
99. **ACCIDENTES LABORALES EN EL DISTRITO SANITARIO EJE ORIENTAL, GUACARA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA JULIO 2000-SEPTIEMBRE 2004.** Addua Royero, H Vargas, V Vega, M Sojo. 58
100. **NEFROPATIA POR *EHRlichia PLATYS* (*ANAPLASMA PLATYS*).** Addua Royero, A Garcia, H Vargas, JA Pinto, V Vegas. 58
101. **PANICULITIS MÚLTIPLE ABSCEDADA POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS POSTERIOR A TRATAMIENTO DE MESOTERAPIA. (ESTUDIO PRELIMINAR).** Addua Royero, H Vargas, V Vegas, M Sojo. 59
102. **EVALUACIÓN DE INFECCIONES POR LEVADURAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO PRIVADO DE LA LOCALIDAD.** Luis Gallegos, Belisario Gallegos, Silvia Magaldi, Victoria Stepenka, Magali González, Beatriz Rodríguez. 59
103. **EXPERIENCIA EN EL USO DE CASPOFUNGINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE CUATRO CASOS DEL HOSPITAL “MIGUEL PEREZ CARREÑO”.** Sonshire Feria de Figueira, Rosana Beatriz Millet, María Norana Boscán, Manuel Andrade Faría, Sonshire Figueira. 60
104. **SÍNDROME DE RAMSAY HUNT POR VIRUS DE HERPES ZOSTER EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.** C Jiménez, G Hernández, A Ciniglio, G Vivolo. 60
105. **PLEURONEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS.** I Natera, A Martín, E Garrido, C García, A Araujo A. 60
106. **NEUMONIAS COMPLICADAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD CAUSADAS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (SPN) EN NIÑOS.** A Martín, I Natera, E Garrido, L Orta, T Jiménez, E Spadola, D Sánchez. 61
107. **EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN VERTICAL POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA** Luigina Siciliano, María López, Analisa Espósito, Erick Hernández, Lourdes Morillo, Myriam Miranda, Francisco Valery, José V Franco, Lisbeth Aurenty, Juan García. 62
108. ***STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN BACTERIEMIAS, MENINGITIS Y NEUMONÍAS: SEROTIPOS Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD.** Mary Fabiola González, Miriam Sánchez, Olga Castillo de Febres, Laddy Escalona, Ma. Alejandra Rosas, Rosa Correa, Haydeé Cabaña, Emma Benítez, Marisol Escalona. 62
109. **COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGÍA DE LA COINFECCIÓN DE LOS VIRUS DE HEPATITIS B Y VIRUS DE HEPATITIS C CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.** Delsa Delgado, Patricia Mantilla, Gabby Hernández, Velmar Quintero. 63
110. **MENINGITIS BACTERIANA (94 CASOS) EN MAYORES DE DOS MESES DE EDAD. HOSPITAL PEDIÁTRICO “AGUSTÍN ZUBILLAGA”, BARQUISIMETO, VENEZUELA 2.000 - 2.003.** A González Mata, CM Maitín, L Colina, B Roas, B de Pire. 63
111. **FACTORES DE RIESGO PARA LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS EN LA POBLACIÓN DE CHICHIRIVICHE, MUNICIPIO MONSEÑOR ITURRIZA DEL ESTADO FALCÓN. MARZO – JUNIO 2002.** María Cumare, Franklin Castro, Nathaniel Moreno, David Román, José Guanipa. 64

## Resúmenes

**1. ¿ES LA FILARIASIS LINFÁTICA CAUSA DE LINFEDEMA EN VENEZUELA?** Orlana Lander<sup>1</sup>, José Suárez<sup>2</sup>, Jaime Torres<sup>2</sup>, Julio Castro<sup>2</sup>, Laura Naranjo<sup>2</sup>, Tatiana Drummond<sup>2</sup>, Nahir Martínez<sup>2</sup>, Isabel Medina<sup>1</sup>, Carlos Torres<sup>2</sup>, Carlos Botto<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Sección de Ecología Parasitaria. <sup>2</sup>Sección de Infectología, del Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela. Caracas.

**Objetivo:** Descartar la ocurrencia de filariasis linfática en pacientes con linfedema crónico, mediante estudios parasitológicos e inmunológicos. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en pacientes provenientes del territorio venezolano, con linfedema crónico no inflamatorio de más de un año de evolución, remitidos al Laboratorio de Ecología Parasitaria del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela, desde el año 1996 hasta el año 2004. A todos ellos se les extrajo entre las 22 y 24 horas 1 mL de sangre periférica, la cual fue colocada en un tubo de fondo cónico con 10 cc de formaldehído al 2 %, para la detección de microfilaria mediante la técnica de Knott. A pacientes escogidos al azar se les tomó 4 mL de sangre, recolectada a igual horario, colocada en tubo con anticoagulante EDTA para la realización de la búsqueda de antígenos circulantes de microfilarias de *W. bancrofti*, empleando la técnica de ICT Filariasis® (ICT Diagnostics, Balgowlah, NSW, Australia).

**Resultados:** Se estudiaron 122 pacientes, a los cuales se les realizó estudio de Knott, no evidenciándose microfilarias en las muestras estudiadas. En 48 pacientes, la técnica de ICT Filariasis para *W. bancrofti* resultó negativa en todas las muestras examinadas.

**Conclusiones:** Con base en los resultados obtenidos, se concluye que se hace necesaria la investigación de otras etiologías diferentes a la filariasis por *W. bancrofti*, en los pacientes que acuden con el diagnóstico de linfedema crónico no-inflamatorio a los diversos centros de atención clínica del país.

**2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA MALARIA EN BOLIVIA DURANTE EL PERÍODO 1998-2003.** AJ Rodríguez<sup>1</sup>, C Gómez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>CTIPjwT-NURR-ULA, Trujillo, Venezuela; <sup>2</sup>UMSA/MinSa, La Paz, Bolivia.

La malaria continúa siendo la enfermedad infecciosa parasitaria más importante en el mundo. En la región de las Américas se concentra en los países de la cuenca amazónica, entre los cuales se incluyen Brasil, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, las Guayanas y Bolivia. En este último, la epidemiología de la enfermedad ha cambiado drásticamente en los últimos seis años, razón por la cual se describe en el presente reporte la dinámica de la enfermedad en el período 1999-2003. Se tomaron los datos del registro del Programa Nacional de Malaria del Ministerio de Salud de Bolivia, analizando la epidemiología de la enfermedad durante los últimos 6 años. Para el período de estudio se registraron 204 597 casos de malaria (media 34 099 casos/año) (rango 14 276 [2002]–74 041 [1998] casos). La provincia con mayor número de casos es Beni (1998, 50,0 %; 1999, 50,2 %; 2000, 33,8 %; 2001, 38,4 %; 2002, 41,6 %; 2003, 44,2 %). En relación a la fórmula parasitaria, para el año 2003, 96,1 % correspondió a infecciones por *Plasmodium vivax*, 3,8 % a infecciones por *P. falciparum* y 0,1 % a infecciones mixtas (*P. vivax/P. falciparum*). La tendencia lineal de casos para el período es hacia la disminución ( $r^2=0,7812$ ) (figura). El período del año (de acuerdo al ciclo anual de la enfermedad) en el cual se observa un mayor número de casos para esta serie temporal, es durante los 5 primeros meses (51,5 %). Como es sabido la epidemiología de la malaria es, conceptualmente, multifactorial, tomando gran importancia no solo los factores biológicos del parásito y del vector, así como factores fisiológicos y patológicos del hospedero, sino factores ecoepidemiológicos y sobre todo sociales y antropológicos. Bolivia es el país suramericano con menor índice de desarrollo humano (IDH), enfrentando actualmente una situación de pobreza crítica en un gran porcentaje de la población; a pesar de esto, los esfuerzos realizados en los últimos años en el diagnóstico y tratamiento precoz de los casos, así como en la lucha vectorial, han, ciertamente, impacto en forma positiva la

epidemiología de la enfermedad en el país, acciones que deben ser reforzadas para lograr un control mayor de la enfermedad en regiones como Beni y Pando donde la enfermedad cobra mayor importancia.

### 3. ESTUDIO DE *BLASTOCYSTIS HOMINIS* EN PACIENTES DEL SERVICIO DE BIOANÁLISIS HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO CARACAS-VENEZUELA. Yeisy León, Heidi Reyes.

Hospital "Dr. Domingo Luciani". El Llanito, Caracas

Introducción: *Blastocystis hominis* (Bh) es un protozoo que habita el intestino del hombre y otros animales, frecuentemente encontrado en individuos con o sin síntomas gastrointestinales. La morfología, taxonomía, fisiología y patogenia han creado grandes controversias, por lo que ha sido motivo de numerosos estudios.

Objetivo: Determinar la frecuencia de Bh en pacientes con síntomas gastrointestinales provenientes de los diferentes servicios del Hospital "Dr. Domingo Luciani".

Materiales y Métodos: Se estudiaron 100 pacientes 70 con diarrea y se incluyó un grupo control de 30 pacientes sin síntomas gastrointestinales, con edades comprendidas entre 0 y 80 años de edad, entre enero-diciembre de 2003. Se estudió la morfología del protozoo al microscopio óptico empleando un método de diagnóstico integral: examen macroscópico de las heces; examen microscópico con solución salina. Coloraciones de Quensel, Lugol, Sudan III; cultivos, y coloraciones especiales.

Resultados: Se encontró Bh en 80 % de los pacientes con y sin síntomas gastrointestinales. La forma más frecuente fue el *B. hominis* forma con cuerpo central 67 %, seguido de Bh granulosa 23 %, Bh ameboide 5 % (sólo en pacientes sintomáticos), Bh globulosa 3 % y Bh quística 2 %.

Discusión: Si bien la patogenicidad del Bh está en discusión, su hallazgo debería reportarse ya que en ausencia de otros protozoos, virus o bacterias patógenas el Bh podría ser el responsable del cuadro gastrointestinal. La elevada frecuencia y formas del Bh encontrados, se podría explicar por la utilización de un mayor número de coloraciones especiales y cultivos, lo cual aumenta las probabilidades de hallazgos de este protozoo

### 4. IMPACTO DEL FENÓMENO ENSO 1998/1999 EN LA INCIDENCIA DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA DEL ESTADO SUCRE, VENEZUELA, 1999 DGSACS-MSDS. Alfonso Rodríguez, Liliana Rada, JJ Blanco, Gilberto Cabaniel, Juan Escalera.

Carúpano, Caracas, Trujillo, Venezuela. LMS, London, UK

La leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad infecciosa parasitaria metaxénica producida por especies del género *leishmania* siendo vectorizadas en América por especies del género *Lutzomyia*. Al igual que otras enfermedades metaxénicas, como malaria y dengue, entre otras; la transmisión e incidencia de la LC puede ser influenciada por los cambios climáticos, aspecto que no ha sido evaluado en Venezuela, motivo por el cual el presente reporte describe los posibles impactos del fenómeno El Niño Oscilación del Sur (ENSO) ocurrido en 1998/1999 sobre la incidencia de la LC en el Estado Sucre, Venezuela, 1999. Los datos climáticos fueron evaluados a partir de los registros de la NOAA, tomando en cuenta la clasificación ENSO y el Southern Oscillation Index, en tanto que los datos epidemiológicos fueron tomados de la DGSACS-MSDS (Salud Ambiental) del Estado Sucre para el mencionado año. Se hicieron comparaciones de las variaciones mensuales por fuera de las medias en la incidencia de la LC en relación a los fenómenos climáticos (ENSO) (ANOVA) y análisis de regresión lineal. La data estadística fue procesada bajo SPSS v.10.0 y GraphPad Prism v.4.0 con un nivel de confianza de 95 %. Durante el año 1998 se presentó cambio considerable en el clima global, saliente de un fuerte fenómeno El Niño en 1997 que alcanzó su máximo a principios de 1998, para después dar paso al enfriamiento y aumento de las lluvias en 1999 (año La Niña). Durante este año, se registraron 165 casos de LC en Sucre, con una importante variabilidad intra-anual en su incidencia (media  $13,8 \pm 6,7$  casos /mes). Durante los meses con La Niña Moderada (SOI medio  $1,32 \pm 1,07$  mb-1000) se observó una disminución promedio de 23,2 % casos de LC, en tanto que durante La Niña Fuerte (SOI medio  $1,93 \pm 1,1$  mb-1000) la disminución fue 22,7 %; en tanto que en La Niña Débil (SOI medio  $0,27 \pm 0,47$  mb-1000) se observó un incremento promedio de 66,7% casos de LC ( $F=10,06$ ;  $p=0,0051$ ). Del análisis de regresión lineal se observó que mientras mayor es el valor del índice SOI menor podría ser la incidencia de LC aunque no fue estadísticamente significativo ( $r^2=0,3308$ ;  $p=0,0504$ ). De los datos evaluados se refleja la

importancia que puede tener la variabilidad climática sobre la incidencia de la LC, lo cual será profundizado en futuros estudios en la región y el país.

**5. NUEVOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ANTI-MALÁRICOS EN VENEZUELA-MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS.** Leopoldo Villegas, Carlos Vásquez, Letty González, María Guevara, Frank Veliz, Nelly Hernández, Darío González, Mario Valcárcel.

OPS/OMS Venezuela, Caracas.

**Objetivo:** Describir los nuevos esquemas terapéuticos para la malaria en Venezuela y el proceso de toma de decisiones basadas en evidencias científicas.

**Material y métodos:** Estudios clínicos, multicéntricos, abiertos de evaluación de la eficacia de los medicamentos antimaláricos comúnmente utilizados en Venezuela (cloroquina, quinina, primaquina) para infecciones por *Plasmodium falciparum* (Pf) y *P. vivax* (Pv), en sitios centinela localizados en los estados Bolívar, Amazonas y Sucre. Se utilizan los protocolos de evaluación de la eficacia de drogas antimaláricas estandarizado por la Organización Panamericana de la Salud para las Américas (2002-2003) y el nuevo protocolo de la Organización Mundial de la Salud (para zonas de baja transmisión malárica) para estudios entre 2003-2004.

**Resultados y conclusiones:** Entre agosto del 2002 y marzo 2004, finalizaron 4 estudios clínicos (2 de evaluación de la cloroquina más primaquina y 2 de evaluación de quinina más primaquina) para infecciones por Pf; 4 estudios de evaluación de cloroquina más primaquina para infecciones por Pv. En 498 pacientes con Pv no se evidenció ninguna falla terapéutica. Los estudios en Pf (38 pacientes) reportaron fallas terapéuticas a la cloroquina por encima del 25 % (100% fallas en el Estado Amazonas) lo cual conllevó a un cambio temporal de la política medicamentosa anti-malárica nacional, estableciéndose la quinina como medicamento de primera línea. Estudios posteriores determinaron que el porcentaje de fallas terapéuticas a la quinina (105 pacientes) fueron cercanos al 25 %, por lo que decide evaluar nuevas alternativas terapéuticas con derivados de artemisina. En la actualidad se encuentran en fase final 2 estudios de evaluación de terapias combinadas con derivados de artemisinina (mefloquina más artesunato y coartem). Basándose en las evidencias obtenidas en los sitios centinela, se decidió realizar el cambio de la política terapéutica nacional. El Ministerio de

Salud y Desarrollo Social establece como pauta de primera línea para *P. falciparum* el uso de mefloquina más artesunato y de segunda línea, coartem. Las infecciones por *P. vivax* continuarán tratándose con cloroquina más primaquina. Las actividades de investigación realizadas en sitios centinela a nivel nacional han probado ser de gran utilidad para la toma de decisiones basada en evidencias científicas.

**6. TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR FALCIPARUM MULTIRRESISTENTE CON MEFLOQUINA-ARTESUNATO-PRIMAQUINA.** Carlos Vásquez, Ada Peña, Gilberto Guardia, Roberto Cordero, Mario Valcárcel, Darío González, Leopoldo Villegas.

Dirección Regional de Salud Amazonas. Organizac

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y eficacia de la mefloquina-artesunato-primaquina en el tratamiento de la malaria por *Plasmodium falciparum* multiresistente.

**Material y métodos:** Área de estudio: Municipio Átures, Estado Amazonas. Tipo de estudio: ensayo clínico, abierto, no controlado. Procedimientos: se incluyeron pacientes en el sitio centinela de Puerto Ayacucho que cumplieron con los criterios de inclusión según protocolo estandarizado de evaluación de la eficacia a las drogas antimaláricas de la OPS/OMS. Todos los medicamentos fueron super-visados. La mefloquina se administró a la dosis de 25 mg/kg peso en dosis dividida (15 mg/kg el día 2; 10 mg/kg el día 3). El artesunato fue administrado a 4 mg/kg peso/día por 3 días. La dosis de primaquina fue de 0,25 mg/kg peso/día por 3 días. Se realizaron seguimientos clínicos y parasitológicos los días 0,1,2,3,7,14,21 y 28. Universo: pacientes con malaria por *P. falciparum*. Análisis: análisis univariado y tablas de vida. Se midieron los tiempos de defervescencia, tiempo de negativización y la respuesta clínica.

**Resultados y conclusiones:** Entre enero y mayo 2004 fueron incluidos 20 pacientes, de los cuales el 100 % completó el seguimiento hasta el día 28. Los tiempos de defervescencia y negativización de la gota gruesa fueron de 48 horas. Todos los pacientes presentaron una respuesta clínica adecuada. No se observaron gametocitos durante el seguimiento ni efectos adversos severos. La terapia combinada con derivados de artemisinina tienen un efecto gametocitocida parcial mediante la inhibición de la maduración de gametocitos. Sin embargo, poco es el efecto en gametocitos maduros presentes durante la admisión. La adición de primaquina a esquemas

de terapia combinada fue eficaz, segura y tolerable en los pacientes evaluados con malaria a *falciparum* multirresistente. Esto representa un potencial alternativo en la región de las Américas en donde el objetivo primordial es la cura radical clínica y parasitológica.

**7. PRIMAQUINA EN INFECCIONES POR *PLASMODIUM VIVAX*: ADHERENCIA OPERACIONAL A DOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.** Carlos Vásquez, Frank Veliz, María Guevara, Nelly Hernández, Ada Peña, Esnaldo Ceballos, Luis Petterson, César Fuenmayor, María Girón, Sayra Nogales, Carlos Mariani, Salazar Belem, Mario Varcárcel, Darío González.

OPS/OMS.

Objetivo: Evaluar la adherencia del tratamiento convencional de cloroquina y alternativas operacionales de primaquina en malaria por *Plasmodium vivax*.

Material y método: Área de estudio: Municipios Sifontes (Bolívar) y Átures (Amazonas). Tipo de estudio: ensayo clínico, aleatorio, abierto, controlado. Procedimientos: los pacientes con malaria por *P. vivax* fueron invitados a participar si cumplían con los criterios de inclusión. En cada estado los pacientes fueron aleatorizados a recibir el tratamiento convencional de cloroquina (25 mg/kg peso en 3 días - 10-10-5) más 2 opciones de primaquina: a. primaquina 0,25 mg/kg/día por 14 días (tratamiento oficial, CP14) o b. primaquina 0,5 mg/kg/día por 7 días (tratamiento alternativo, CP7). Los tratamientos fueron entregados a los pacientes con prescripciones escritas. La aleatorización fue realizada en bloques de 10 (5 CP7; 5 CP14) mediante computador. La adherencia fue evaluada mediante una entrevista al paciente en su residencia, conteo de tabletas remanentes y gota gruesa y extendido. Doscientos cuarenta pacientes fueron incluidos en los estados Amazonas (120) y Bolívar (120). La adherencia a CP7 fue ligeramente mejor en Bolívar (76,3 %) que CP14 (70,5 %). Sin embargo, no se observaron diferencias en ambos regímenes en Amazonas (CP7=66,6% vs. CP14=68,3; NS). En ambos estados el porcentaje de pacientes que fallaron en completar el tratamiento con primaquina (tal como fue prescrito) fue mayor o igual en el grupo CP14. En Venezuela el tratamiento de *P. vivax* ha sido la cloroquina (3 d) más primaquina (14 d). Sin embargo, cualquiera que trabaje en países subdesarrollados conoce las dificultades para la supervisión de todos los tratamientos, especialmente la primaquina por

14 días. Logísticamente, la administración de CP7 podría representar una mejor opción para el tratamiento de *P. vivax* en áreas endémicas en Venezuela.

**8. ADHERENCIA A LA QUININA MÁS PRIMAQUINA EN EL TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*.**

Carlos Vásquez, Frank Véliz, Nelly Hernández, María Guevara, Luis Petterson, César Fuenmayor, Carlos Mariani, Ada Peña, María Girón, Sayra Nogales, Belem Salazar, Darío González, Leopoldo Villegas.

OMS/OPS

Objetivo: Evaluar la adherencia a la quinina más primaquina en el tratamiento de la malaria no complicada por *Plasmodium falciparum*.

Material y métodos: Área de estudio: Municipio Sifontes (Bolívar) y Municipio Átures (Amazonas).

Tipo de estudio: ensayo clínico, abierto, no controlado. Procedimientos: pacientes con malaria no complicada fueron tratados con quinina oral (10 mg/kg peso cada 8 horas por 7 días) más primaquina (0,25 mg/kg peso/día por 3 días). Todos los pacientes recibieron la prescripción escrita de cada tratamiento. Análisis: la adherencia fue evaluada el día 8 mediante la entrevista al paciente (en su residencia), el conteo de tabletas remanentes y gota gruesa y extendido. Las razones dadas para la no adherencia al tratamiento fueron recogidas.

Resultados y discusión: 120 pacientes fueron incluidos en el protocolo en los dos estados (60 Bolívar y 60 Amazonas). La adherencia a la quinina fue inesperadamente alta en ambos estados (Bolívar = 77 %; Amazonas = 63,3 %). Los pacientes que fallaron (aquellos que no tomaron el medicamento según lo prescrito) fueron 2 veces más frecuentes en Amazonas (36,6 %) que en Bolívar (16,4 %). En los sitios centinela donde se realizó el estudio, las prácticas de prescripción fueron significativamente mejoradas en los 2 años previos al estudio. En estos lugares, todos los pacientes son tratados por kg peso, recibiendo además mensajes educativos sobre los efectos adversos de las drogas antimaláricas. La quinina tiene muchos efectos adversos y su eficacia en la región amazónica está disminuyendo. Este estudio reporta las tasas más elevadas de adherencia a la quinina oral por 7 días a nivel mundial. Se realza la importancia de las prácticas de prescripción en los servicios de salud.

**9. PREVALENCIA DE PARASITOSIS EN POBLACIÓN INFANTIL DEL ÁREA RURAL MUNICIPIO PIAR. ESTADO MONAGAS.** Lissette Porras, María Bohórquez, María Arias.

Hospital Central "Dr. Manuel Núñez Tovar", Ambulatorio Rural Tipo 2 Aparicio, Ambulatorio Rural Tipo 2 Río Chiquito. Maturín, Estado Monagas.

**Introducción:** Entre los problemas de salud pública más acentuados en nuestras comunidades se encuentran las parasitosis intestinales, que frecuentemente afectan poblaciones rurales, de precarias condiciones socio-sanitarias en grupos de infantes en pleno crecimiento y desarrollo físico-mental. Motivo que incentivó la investigación de las características de los grupos más afectados, a quienes se les pueda someter a estímulos sostenidos que induzcan un cambio a favor del bienestar en común.

**Objetivo:** Determinar incidencia de parasitosis intestinal mediante estudio coprológico en población infantil de 1-6 años de edad, pertenecientes al municipio Piar, Estado Monagas, de acuerdo al sexo, edad y agente etiológico; detectar presencia de sintomatología; relacionar déficit ponderal en población afectada y evolución posterior al tratamiento.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis prospectivo de 138 infantes que asistieron a la consulta de niños sanos, a través de fichas que contiene datos personales, examen físico y resultados de exámenes de heces previo y posterior al tratamiento.

**Resultados:** Los resultados obtenidos establecen de 138 pacientes en estudio una prevalencia de parasitosis de 91 (66 %) casos positivos. La parasitosis más frecuente resultó ser la giardiasis con 39 (43 %) casos, en segundo lugar la infección por *Blastocytis hominis* con 27 (30 %) casos y en tercer lugar la ascariasis con 22 (24 %) casos. Con respecto a la edad más afectada se encontró que fue el grupo de 1 a los 3 años con 50 (55 %) casos, de acuerdo al sexo no se evidenció diferencia significativa entre ambos sexos, en el femenino 46 (51 %) casos y en el masculino 45 (49 %) casos. La parasitosis se asoció con déficit ponderal, evidenciándose 57 (63 %) casos en zona crítica, según tablas de Fundacredesa (peso/edad). La población afectada en su mayoría se presentó asintomática 68 (75 %) casos y entre los sintomáticos 23 (25 %) casos, el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal 20 (87 %) casos, siendo la evolución en su mayoría satisfactoria 72 (79 %) casos, posterior a tratamiento recibido con antiparasitarios específicos.

**Conclusiones:** Se concluye que existe alta prevalencia de parasitosis intestinal en una población rural infantil de bajo peso, en su mayoría asintomática con diagnóstico de giardiasis, entre otras que responden a tratamiento convencional y tomando en cuenta los factores condicionantes del ambiente, se recomienda además de campañas de desparasitación cada 6 meses, la incorporación de programas de educación para la salud dirigidos a grupos escolares, que sirvan de divulgadores de información en sus hogares y a las autoridades principales de dichas comunidades.

**10. INCIDENCIA MALÁRICA EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL ALTO CAURA. MUNICIPIO SUCRE. ESTADO BOLÍVAR.** Gerassimos Pouliassis, César López, Siroyi Villarroel, Romina Figueroa.

Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia Sanitaria al Indígena. Estado Bolívar. Ambulatorio Urbano Tipo I Sierra III. Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia Sanitaria al Indígena. Ambulatorio Rural Tipo II Palmarito. Ambulatorio Rural Tipo II Santa Rosalía.

**Objetivo:** Determinar los indicadores maláricos en comunidades indígenas de la región Alto Caura, Municipio Sucre, Estado Bolívar entre el año 2000 y el primer trimestre del año 2004.

**Materiales y métodos:** Los datos se recogieron en base a los registros proporcionados por la Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia Sanitaria al Indígena (C.E.N.A.S.A.I.). Se calculó el índice anual de exámenes de sangre, índice de positividad, incidencia parasitaria anual y fórmula parasitaria para cada año.

**Resultados y conclusiones:** El índice anual de exámenes de sangre, para el año 2001 y 2002 se ubicó en 190,4 % y 176,3 % respectivamente, luego disminuyó a 99,6 % para el 2003 y 25,7 % para el año 2004. El índice de positividad, se ha mantenido alrededor del 5 % de las láminas tomadas. En la incidencia parasitaria anual del año 2000 se encontraba en 29 casos de malaria por cada 1000 habitantes, ascendiendo a 115 casos por 1000 habitantes para el siguiente año. Para los años 2002 y 2003 disminuye alcanzando 61,7 y 54,4 respectivamente. El año 2004 reporta 8,9 casos por 1000 habitantes. La fórmula parasitaria, muestra predominio de las parasitosis por *Plasmodium vivax* sobre el *Plasmodium falciparum* en los años 2001, 2002 y 2003. Para el año 2000 se observa igual proporción de casos para ambas especies (50 % cada una) y para el

año 2004 se observa una inversión del patrón, situándose las infecciones por *P. falciparum* con mayor proporción que las debidas a *P. vivax* (44 % y 56 %) respectivamente.

**11. FRECUENCIA DE BACILOSCOPIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ESTE "DR. JOEL VALENCIA PARPARCEN" DISTRITO SANITARIO N°7. ESTADO MIRANDA. PERÍODO: 2002-2003**  
Carmen Correia, María Marturet, Sandra Salas, Mirna Torres, Yushi Nakay, Viviana Martini.

Hospital Materno Infantil del Este "Dr. Joel Valencia Parparcen" Distrito Sanitario N°7. Estado Miranda.

**Introducción:** La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*, actualmente afecta a millones de personas en el mundo. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de baciloscopias positivas y negativas realizadas en el Hospital Materno Infantil del Este "Joel Valencia Parparcen". Distrito Sanitario N°7. Estado Miranda. Período: 2002-2003. **Metodología:** se estudiaron 908 pacientes, 608 hombres, 300 mujeres, de diferentes edades, las baciloscopias fueron procesadas primera y segunda muestra de esputo, bajo los lineamientos establecidos por la OMS y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para el Programa Nacional de TBC.

**Resultados:** el porcentaje de positividad se mantuvo en los dos años estudiados el cual corresponde al 8% aproximadamente. La mayor cantidad de baciloscopias positivas se evidencian en las muestras que contienen moco 20:3 para el año 2002 y 49:6 para el 2003. Con respecto a la edad la media fue de 37,28 años y de 43,21 años para el 2002 y 2003. Los pacientes del sexo masculino son los más frecuentemente afectados 24 para el 2002 y 36 en el 2003.

**Conclusiones:** Durante el período 2002-2003 la frecuencia de baciloscopias positivas y negativas se mantuvo, 8 % para las positivas y 92 % negativas. La mayor cantidad de baciloscopias positivas se obtuvieron a partir de las muestras de moco 20:3 para el año 2002 y 49:6 para el 2003. Recomendamos para estudios futuros que debe aumentarse la recepción de muestras para realizar esta prueba, debido a la alta población que reside en este Distrito Sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis, frecuencia, baciloscopias positivas.

**12. TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL DISTRITO VALENCIA. OESTE ENERO A DICIEMBRE 2003.**  
Katushka Carreño Luzardo, Lourdes Montilla, Julio Ramos, Eva García, Beatriz Parra.

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Estado Carabobo.

La tuberculosis pulmonar infección crónica producida fundamentalmente por *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) bacilo aerobio, inmóvil, no forma esporas; descubierto en 1882 por Koch, enfermedad infecciosa controlable y curable, muy distante de estar erradicada, se contagia por inhalación, en pocas ocasiones por ingestión y de forma excepcional por inoculación cutánea, la puerta de entrada habitual es el pulmón, de allí se extiende por diseminación broncogénica, o es transportado por vía linfática o hematogénica por todo el organismo, produce lesiones destructivas en el momento de su diseminación o, en virtud de su capacidad de persistencia intracelular, después de largos períodos de latencia. **Objetivo general:** determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de TBC que acuden a la Consulta de Tisiología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Valencia 2003. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, donde se analizaron las historias clínicas de 119 pacientes que asistieron a la Consulta de Tisiología de la CHET en el año 2003.

**Resultados:** De 119 pacientes que acudieron a la Consulta de Tisiología, referidos de diversos centros de salud adscritos al Distrito Oeste el 100 % de los casos resultaron positivos y fueron incluidos en el programa con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, 71 pacientes (59,66 %) del sexo masculino y 48 (40,33 %) del sexo femenino, el grupo etario donde se presentaron más casos fue el perteneciente a los 21 a 30 años con 38 pacientes (53,52 %), evolucionaron hacia la curación 65 pacientes (54,62 %), abandonaron el tratamiento 14 pacientes ( 11,76 %) y fallecieron 3 pacientes ( 2,52 %).

**13. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS.** P Navarro, E Andrade, E Villarroel, E Garrido, P Navarro Ortíz, A Jakowlew.

Cátedras de Medicina Tropical y Pediatría Médica B. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Cátedra de Microbiología. Escuela "J. M. Vargas". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas

El concepto de vigilancia de una enfermedad

como problema de salud se originó en Europa hace más de 400 años con el auge científico del renacimiento, y posteriormente fue trasladado al continente americano, por los conquistadores y colonizadores europeos para la atención y control de las enfermedades transmisibles. Se adapta muy bien a la evaluación y seguimiento de las enfermedades tropicales e infecciosas y ha sido empleado en varios estudios concluidos y publicados, durante los últimos siete años, por este equipo de trabajo.

**Métodos:** Se consolida la información obtenida en siete artículos médicos concluidos y publicados en revistas científicas venezolanas sobre vigilancia de enfermedades infecciosas y tropicales, efectuadas mediante: 1. La vigilancia bacteriológica de los cultivos procesados en la Sección de Bacteriología del Hospital Universitario de Caracas. 2. La vigilancia de la atención de pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría Médica Infecciosa del Hospital Universitario de Caracas. 3. La atención ambulatoria en la Consulta de Endémicas Rurales de la Cátedra de Medicina Tropical de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

**Resultados:** Se concluyeron y elaboraron para publicación: cuatro estudios de vigilancia bacteriológica de enfermedades infecciosas, dos de vigilancia clínico-epidemiológica de enfermedades tropicales y un sexto sobre la metodología de la enseñanza de la Cátedra de Medicina Tropical.

**Discusión:** Mediante una metodología práctica, sin grandes recursos tecnológicos ni metodológicos se intenta, empleado las bases generales de la clínica, la epidemiología y el laboratorio bioanalítico; dar respuesta a la posibilidad de planificar, ejecutar concluir y publicar artículos de investigación clínica que puedan ser empleados en la enseñanza de la medicina tropical, la pediatría, la infectología y la microbiología, como ayuda bibliográfica de soporte a la docencia centrada en el paciente y a la enseñanza basada en la integración estudiante/paciente/profesor que se está llevando a cabo en las Cátedras de Medicina Tropical de la Escuela de Medicina "Luis Razetti" y de Microbiología de la Escuela de Medicina "J. M. Vargas" de la Facultad de Medicina.

#### 14. CASUÍSTICA DEL AISLAMIENTO DE LEVADURAS EN MUESTRAS CLÍNICAS (2001-2003)

Mercedes Panizo, Vera Reviákina, Maribel Dolande.

Departamento. de Micología. Instituto Nacional

de Higiene Rafael Rangel. Caracas.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de aislamiento de levaduras a partir de muestras clínicas durante un período de 3 años (2001-2003).

**Materiales y métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva los reportes de los cultivos recibidos durante el período señalado, seleccionando aquellos que presentaron aislamiento positivo para levaduras. Las levaduras fueron identificadas por la metodología convencional.

**Resultados:** De 982 muestras procesadas, 191 (19,5 %) fueron positivas para el aislamiento de levaduras. *Candida albicans* (40,8 %) fue la levadura aislada con mayor frecuencia, seguida de *Cryptococcus neoformans* (14,1 %), *Candida tropicalis* (13,1 %), *C. parapsilosis* (12,6 %), *C. glabrata* (5,8 %), *C. pelliculosa* (2,6 %), *C. krusei* (2,1 %), *C. famata* (1,6 %) y otras especies de levaduras (7,3 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Frecuencia de aislamiento de levaduras por tipo de muestra

Tipo de muestra	Candida albicans	Cryptococcus neoformans	Candida tropicalis	Candida parapsilosis	Candida glabrata	Candida pelliculosa	Candida krusei	Candida famata	Otras	Total
Abcesos			2	1				1		4
Bipolias	1									1
Esc. Epidémicas	3			3		1				7
Esputo	16		2		1					21
Es. Faríngeas	16				2			1	1	24
Heces	2		4	2						8
Luz. Bronquial	2			2						4
LCR		27								27
Orina	12		6	1	4		2			25
Otras muestras	2		3	2						7
Pla. de Cálites	1			4						5
Sangre	3		4	4	2	3				16
Sec. Vaginal	8			2						10
Uñas	6		3	6		1				16
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>191</b>

**Conclusiones:** El aislamiento cada vez mayor de levaduras en muestras clínicas plantea la necesidad de conocer la epidemiología de las infecciones causadas por estos microorganismos, para que exista una adecuada relación entre la orientación clínica y el aislamiento. Para ello, es indispensable la identificación correcta y oportuna de las levaduras. El reporte periódico de las casuísticas de los centros de salud que cuentan con diagnóstico micológico es muy importante, ya que revela la incidencia de las micosis en forma sistemática y relacionada con el tipo de pacientes que se atienden en cada centro particular. Se recomienda la investigación posterior de la susceptibilidad a las drogas antifúngicas, con la finalidad de establecer las pautas terapéuticas adecuadas.

**15. PREVALENCIA DE LAS MICOSIS SISTÉMICAS DURANTE 3 AÑOS (2001-2003).** Vera Reviákina, Mercedes Panizo, Maribel Dolande.

Departamento de Micología. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Caracas.

Objetivo: Determinar la frecuencia diagnóstica de las micosis sistémicas en el Departamento de Micología del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" durante últimos tres años (enero 2001-diciembre 2003).

Materiales y métodos: Se revisaron retrospectivamente historias micológicas de 4014 pacientes. Para el diagnóstico de histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, coccidioidomicosis, aspergilosis y criptococosis fueron utilizadas pruebas serológicas, aglutinación de látex y aislamiento del agente etiológico, según el caso. Se tomaron en cuenta los diagnósticos iniciales de los pacientes y no se consideraron los diagnósticos sucesivos de control.

Resultados: 221(5,6 %) muestras resultaron positivas. La distribución por patología fue la siguiente: histoplasmosis 113 (51 %), paracoccidioidomicosis 63 (28,5 %), criptococosis 39(17,6 %), aspergilosis 5 (2,3 %) y coccidioidomicosis 1 (0,5 %). La positividad general de estas micosis en los pacientes con SIDA fue 6,6 % y 4,8 % en los pacientes con patologías distintas al SIDA. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la positividad por patología.

Patología	Positividad Pacientes con SIDA	Positividad pacientes sin SIDA	Positividad total
Histoplasmosis	73 (68,2 %)	40 (35 %)	113 (51,1 %)
Paracoccidioidomicosis	5 (4,5 %)	58 (50,8 %)	63 (68,2 %)
Coccidioidomicosis	-	1 (0,9 %)	1 (0,5 %)
Criptococosis	29 (27,1 %)	10 (8,8 %)	39 (17,6 %)
Aspergilosis	-	5 (4,4 %)	5 (2,3 %)

Conclusiones: Nuestro departamento funciona como el centro de referencia nacional del diagnóstico micológico y su casuística representa la mayor parte de los diagnósticos realizados en Venezuela. Como un aporte al conocimiento de estas patologías, presentamos nuestra casuística, contribuyendo de esta forma con el incremento del diagnóstico y orientación del tratamiento adecuado.

**16. CASUÍSTICA DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES DURANTE TRES AÑOS (2001 - 2003).** Maribel Dolande, María Mercedes Panizo, Vera Reviákina.

Departamento de Micología. Instituto Nacional de

Higiene "Rafael Rangel". Caracas.

Las micosis superficiales se encuentran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes. Se localizan en las capas más superficiales de la piel y sus anexos, por esta razón son motivo de consulta médica. De estas micosis, las dermatofitosis, junto a la pitiriasis versicolor y la candidiasis son las más frecuentes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de diagnóstico de las micosis superficiales en el Departamento de Micología del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" durante 3 años (2001-2003).

Materiales y métodos: Se procesaron 626 muestras de pacientes con impresión diagnóstica de micosis superficial, durante el lapso de tiempo mencionado y la identificación del hongo se realizó por observación morfológica macro y microscópica de las colonias y pruebas bioquímicas según el agente aislado.

Resultados: De 626 muestras procesadas, 232 (37 %) resultaron positivas para algún tipo de micosis superficial y su distribución por agentes etiológicos fue la siguiente: dermatofitos 183 (78,9 %), no dermatofitos 16 (6,9 %) y levaduras 33 (14,2 %).

Conclusiones: Las dermatofitosis son las entidades nosológicas más frecuentes dentro de las micosis superficiales, diagnosticadas en el Departamento de Micología. Es fundamental realizar el diagnóstico micológico para establecer la etiología de la enfermedad y la terapia correcta, así como contar con personal y laboratorios especializados en el área. Esa casuística es un aporte importante al conocimiento de las micosis superficiales en nuestro país.

**17. CASUÍSTICA DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL LABORATORIO DE LA CLÍNICA SANTA SOFÍA, DURANTE 4 AÑOS (2000-2003).** Maribel Dolande, Priscécil Andarcia.

Laboratorio de Microbiología, Sección de Micología. Clínica "Santa Sofía". Caracas.

Las micosis superficiales se encuentran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes. Se localizan en las capas más superficiales de la piel y sus anexos, por esta razón son motivo de consulta médica. De estas micosis, las dermatofitosis, junto a la pitiriasis versicolor y la candidiasis son las más frecuentes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de diagnóstico de las micosis superficiales en la Sección de Micología, Laboratorio de Microbiología en la Clínica "Santa Sofía" durante 4 años (2000-2003).

**Materiales y métodos:** Se procesaron 849 muestras de pacientes con impresión diagnóstica de micosis superficial, durante el lapso de tiempo mencionado y la identificación del hongo se realizó por observación morfológica macro y microscópica de las colonias y pruebas bioquímicas según el agente aislado.

**Resultados:** De 849 muestras procesadas, 254 (30 %) resultaron positivas para algún tipo de micosis superficial, la distribución por agentes etiológicos fue la siguiente: dermatofitos 151 (59,7 %), no dermatofitos 24 (9,3 %) y levaduras 79 (31 %). Dentro del grupo de dermatofitos *Trichophyton rubrum* fue el agente que se aisló en un 42 %, seguido de *Candida parapsilosis* (11 %) por el grupo levaduriforme y por hongos no dermatofitos (*Fusarium sp*, *Aspergillus sp*, etc.) 4,6 %. La distribución por sexo fue de 58,7 % femenino y 41,3 % masculino y el grupo etario que más acude a consulta es a partir de los 30 años (66,9%). El tipo de muestra que se procesó con mayor frecuencia fueron escamas epidérmicas en un 52 %, seguida de uñas (46,8 %) y pelos (1,2 %), lo que se corresponde con el motivo de consulta más frecuente: 1. Tiñas del cuerpo (tiñas de los pies, inguinal y/o crural y manos), 2. Onicomicosis y 3. Tiña de la cabeza.

**Conclusiones:** Las dermatofitosis son las entidades nosológicas más frecuentes dentro de las micosis superficiales, diagnosticadas en el laboratorio de micología. Es fundamental realizar el diagnóstico micológico para establecer la etiología de la enfermedad y la terapia correcta, así como contar con personal y laboratorios especializados en el área. Esa casuística es un aporte importante al conocimiento de las micosis superficiales en centros de salud del sector privado.

#### 18. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DERMATOFITOSIS EN EL SERVICIO DE MICOLOGÍA MÉDICA DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. 1998-2004.

Gabriela Rodríguez Torres, Arantza Roselló, María Teresa Colella, Celina Pérez, Carolina Olaizola, Claudia Hartung, Caryna Rodríguez, Sylvia Magaldi, Sofía Mata-Essayag.

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

Las dermatofitosis o tiñas, son las micosis superficiales más frecuentes en Venezuela, producidas por mohos queratinofílicos, las cuales son denominadas de acuerdo a su localización anatómica, por ejemplo, tiña del cuero cabelludo. Según su localización existen determinados dermatofitos que afectan al ser humano. Los

principales dermatofitos aislados en Venezuela son: *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*, *Microsporum canis*, *M. gypseum* y *Epidermophyton floccosum*. El propósito de este trabajo, es presentar un estudio retrospectivo donde se incluyeron los datos obtenidos sobre las dermatofitosis en pacientes que asistieron a la Consulta de Micología Médica del Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela, desde 1998 hasta julio del 2004. Se encontraron 1104 pacientes con el diagnóstico definitivo de dermatofitosis, de los cuales el 62,81 % fueron del sexo femenino, y el 43,55 % fueron del sexo masculino. La entidad clínica más frecuentemente encontrada fue la de asociación de tiña del pie con la uña del pie (43,64 %), en segundo lugar tiña de la uña del pie (28,61 %), y en tercer lugar se halla la tiña del pie (11,08 %); el resto de las tiñas representan el 16,67%. En relación a los diferentes dermatofitos que fueron aislados en la mayoría de las tiñas, encontramos que el *T. rubrum* fue el principal agente productor, representando el 81,12 %; con excepción de la tiña del cuero cabelludo, en la cual se observó que *M. canis* fue el principal (81,40 %). Estos resultados son similares a los reportados en 1988 y 1990, por Borelli y Marcano

#### 19. AISLAMIENTOS DE ESPECIES DE CANDIDA EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. ENERO 1998 - JUNIO 2004.

José Santos, Patricia Valenzuela, Yadira Pérez, Mireya Zerpa, G Ferrara, Natalie Janhke, ME Marín, Andreína Sánchez, Mario Comegna, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.

Servicio de Infectología Hospital Vargas de Caracas

Cada día se observa con preocupación el creciente número de infecciones hospitalarias producidas por las diferentes especies de *Candida* y su difícil tratamiento. Se realizó una revisión retrospectiva de los aislamientos de especies de *Candida* provenientes de diferentes muestras procesadas en el Laboratorio de Micología del Hospital Vargas de Caracas, desde el mes de enero de 1998 hasta junio de 2004. No se repitieron muestras de un mismo paciente y como metodología estadística se utilizó el análisis de porcentajes. Se encontraron los siguientes resultados: aislamientos de especies de *Candida* en orina: *C. albicans* 131 (45,48 %) y *C. no albicans* 157 (54,52 %), con un total de 288 aislamientos (100 %). Aislamientos de especies de *Candida* de muestras de tracto respiratorio: *C. albicans* 108 (65,45 %) y *C. no albicans* 57 (34,54 %), con un total de 165. Aislamientos de especies

de *Candida* de muestras de catéter y hemocultivos: *C. albicans* 38 (45,7 %) y *C. no albicans* 45 (54,21 %), con un total de 83 muestras. Aislamientos de especies de *Candida* en muestras de secreción intraabdominal: *C. albicans* 9 (47,36 %) y *C. no albicans* 10 (52,63 %) con un total de 19 muestras. Finalmente se estudiaron las *C. no albicans* y se encontraron: 141 (52,41 %) *C. tropicalis*, 60 (22,30 %) *C. parapsilosis*, 54 (20,07 %) *C. glabrata*, 13 (4,83 %) *C. krusei* y 1 (0,37%) *C. guilliermondii*.

Conclusión: Se observó un predominio de *C. no albicans* en las muestras provenientes de orina, sangre y secreción intraabdominal, no así en las muestras de origen respiratorio donde posiblemente la colonización del tracto respiratorio superior pudo haber influenciado este resultado.

**20. SENSIBILIDAD IN VITRO DE ANFOTERICINA B, FLUCONAZOL, E ITRACONAZOL CONTRA ESPECIES DE CANDIDA AISLADAS DE HEMOCULTIVOS.** Noris Arcaya, Luz Mila Mesa, Haydee De Luengo, Maritza Pineda, Belinda Calvo.

Instituto de Salud Carlos III. Maracaibo, Estado Zulia.

Objetivo: Determinar la sensibilidad a anfotericina B, fluconazol e itraconazol de especies de *Candida* aisladas de hemocultivos obtenidos de pacientes atendidos en el Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.

Materiales y métodos: Se estudiaron 74 aislados, recolectados durante el período 2000-2002, correspondiendo 21 a *Candida albicans*, 20 a *Candida tropicalis*, 22 a *Candida parapsilosis*, 5 a *Candida guilliermondii*, 5 a *Candida pelliculosa*, y 1 a *Candida glabrata*. Estas especies fueron identificadas en el Laboratorio de Micología, Facultad de Medicina, LUZ, usando el método convencional y métodos comerciales como API-20C y ID-32, cuando fue necesario. La determinación de la sensibilidad se realizó según el método de microdilución en caldo, desarrollado por The *Antifungal Susceptibility Testing of the European Committee on Antibiotic Susceptibility Testing* (AFST-EUCAST), en el Servicio de Micología del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. Los agentes antifúngicos probados fueron anfotericina B (Sigma), fluconazol (Pfizer) e itraconazol (Janssen). Las levaduras control fueron ATCC 6258 de *C. krusei* y ATCC 22019 de *C. parapsilosis*.

Resultados y conclusiones: Al analizar la sensibilidad de las especies de *C. albicans* y *C. no albicans* a los tres antifúngicos estudiados se

observó que todos fueron sensibles a anfotericina B. Con relación a fluconazol, 72 aislados fueron sensibles y 2 (1 *C. parapsilosis* y 1 *C. glabrata*) resultaron resistentes. Con itraconazol se encontró 1 aislado resistente (*C. glabrata*). La alta sensibilidad a los antifúngicos más comúnmente usados en candidemia permite su aplicación en los esquemas terapéuticos, no obstante se deben realizar investigaciones clínicas para valorar estos hallazgos.

**21. MUCORMICOSIS DISEMINADA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.** Rosa Khalil, Eduardo García, Dalila Marcano, Carlos De Jongh, Roberto Ochoa.

Servicio Medicina 3, Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Objetivo: Reporte de caso de mucormicosis como enfermedad de presentación primaria en paciente con posterior diagnóstico de leucemia mieloide aguda, en quien se plantea el diagnóstico de mucormicosis al inicio de la evolución del cuadro clínico, llegando posteriormente a hacerse diseminada.

Se trata de paciente femenina de 49 años, quien ingresa al servicio de medicina interna del HUC en abril del 2004, por presentar clínica de fiebre, gingivorragia, secreción purulenta y lesión ulcerada en paladar duro, y en región rectal, ambas muy dolorosas de 1 semana de evolución. Con anemia y trombocitopenia. Se toman cultivos para bacterias y hongos de dichas zonas. Posteriormente en frotis de sangre periférica, se evidencian abundantes blastos. Le es diagnosticada leucemia mieloide aguda. Al examen físico los signos relevantes al ingreso fueron la presencia de lesión ulcerada eritematosa, con áreas de necrosis en región nasal y en paladar duro, así como lesión ulcerada de iguales características en región perianal. A la paciente le es administrado esquema de antibioticoterapia de amplio espectro en base a imipenen, amikacina, vancomicina, persistiendo la misma febril y sin mejoría clínica de dichas lesiones, con afectación sistémica severa durante toda la hospitalización, así como evolución tórpida y progresión rápida de las lesiones ulceradas en nariz, boca y en región perianal, tendiendo éstas a confluir y extenderse y tornarse de coloración negruzca, la cual fue progresando rápidamente y abarcando dicha coloración todas las áreas afectadas y descritas anteriormente.

Se le administra ciclo de quimioterapia, sin lograr respuesta clínica satisfactoria.

En vista de persistir febril, y de presentar progre-

si3n r1pida y severa de lesiones descritas, hacia la necrosis se decide colocar tratamiento con Anfotericina B, y tomar nuevos cultivos y realizar biopsias respectivamente de las 1reas afectadas como nariz, boca y regi3n perianal. Se reciben reporte de cultivos y de biopsia con diagnostico de mucormicosis. Se contin1a con administraci3n de anfotericina, la paciente presenta deterioro cl1nico progresivo, dificultad respiratorio, paro cardiorrespiratoria, falla hematol3gica severa y posteriormente fallece al mes de ser ingresada. Conclusi3n: Generalmente el diagn3stico de esta patolog1a infecciosa es realizado tiempo despu3s del diagn3stico de leucemia y del tratamiento con quimioterapia, en este caso, los sntomas de aparici3n de mucormicosis precedieron al diagn3stico de leucemia y estuvieron presentes desde el inicio del cuadro hematol3gico y se pudiese plantear en este caso mucormicosis diseminada severa como enfermedad predecesora importante antes del diagn3stico definitivo de leucemia aguda.

## 22. AISLAMIENTOS EN MUESTRAS DE CAT1TERES PROVENIENTES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL J. M. DE LOS R1OS EN EL PER1ODO 2002 – 2004” J Rodr1guez, A Reyes.

Hospital de Ni3os J. M. De Los R1os. Caracas - Venezuela.

Introducci3n: Los cat1teres son indispensables en la pr1ctica de la medicina moderna, principalmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI); pero su uso expone al paciente al riesgo de adquirir una infecci3n sist3mica o local en el sitio de introducci3n del mismo: Tromboflebitis s3ptica, endocarditis, y otras infecciones a distancias como abscesos pulmonares, absceso cerebral, osteomielitis y endoftalmitis. Nuestro medio no escapa a esta situaci3n; por lo tanto se hace necesario conocer la incidencia de los diferentes g3rmenes en cat1teres, para comprender mejor las posibles implicaciones en otras infecciones, como son las bacteremias, y prestar especial atenci3n a la resistencia a los antimicrobianos ya que 3sta aumenta la complejidad de los cuadros al reducirse las alternativas terap3uticas. Objetivo general: Mostrar la incidencia de g3rmenes aislados provenientes de muestras de cat1teres de pacientes atendidos en el Hospital de Ni3os en el per1odo comprendido Enero del a3o 2002 hasta el mes de diciembre del 2003. Materiales y m3todos: El siguiente estudio se fundamentar1 en la revisi3n y an1lisis de los datos obtenidos de

los archivos de registro del Laboratorio de Microbiolog1a del Hospital de Ni3os “J. M. De Los R1os”, comprendidos en el per1odo enero del 2002 a diciembre del 2003. La metodolog1a utilizada intralaboratorio para el procesamiento de las muestras provenientes de cat1teres corresponde a la descrita por Maki de tipo semicuantitativo. La caracterizaci3n bioqu1mica de los g3rmenes aislados se realiz3 de manera manual seg1n las pautas establecidas en el laboratorio. Las pruebas de sensibilidad se realizaron por el m3todo difusi3n en disco Kirby – Bauer. Resultados: El total de muestras para cultivo, en ese intervalo de tiempo fue 1395. De 3stas, 668 fueron positivas; siendo un 47,9 %. Seg1n tipo de germen los aislados positivos se distribuyeron en 117 (17,5 %) hongos levaduriformes y 551 (82,5%) g3rmenes bacterianos. Siendo, el estafilococo coagulasa negativo el germen con mayor frecuencia del total de aislamientos, con un total de 264 (39,5 %) y con 96,6 % de resistencia a la Oxacilina, 0% de resistencia a vancomicina, 86,7 % resistente a Ciprofloxacina. Seguido por *Pseudomonas aeruginosa*, con 58 aislados (8,7 %) con 39,6 % de resistencia a Ciprofloxacina, 13,8 % de resistencia a Imipenem, 20,7% de resistencia a ceftazidima. Y *Klebsiella pneumoniae* con 46 aislados (6,7 %), 0% de resistencia a Imipenem, 21,7 % de resistencia a ciprofloxacina, 32,6 % de resistencia a cefotaxime. Conclusiones: Casi la mitad de las muestras procesadas fueron positivas. Los servicios en los cuales los pacientes son sometidos a mayor cantidad de procedimientos invasivos, lideran el grupo de aislamientos positivos (UTI, Neurocirug1a). Un elevado n1mero de muestras llegaron al laboratorio sin reportar la procedencia del cat1ter, llamando la atenci3n sobre el procedimiento de rotulaci3n y env1o de las mismas.

## 23. RESISTENCIA A OXACILINA EN STAPHYLOCOCCUS AUREUS. Ernesto Alayo, Marisol Sandoval, Marilly Salom3n, Juan Abud, Franco Bisignano, Maryraida Can3nico, Mar1a Cuba, Wladimir Wong, George Soso.

Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y P1ez. Ciudad Bol1var, Estado Bol1var.

Introducci3n: La prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, una importante causa de infecciones nosocomiales a nivel mundial fue de 34,9 % en Am3rica Latina (programa SENTRY 1997-1999). Para el a3o 2002, el Comit3 de Vigilancia de Antimicrobianos

en Venezuela registró entre enero y diciembre, 12,6 % de resistencia a oxacilina en cepas de *S. aureus*. Este estudio determinará la frecuencia de resistencia a oxacilina en cepas de *S. aureus*, aisladas en el Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez (CHURYP), centro de referencia en la zona Sur Oriental del país. Metodología: Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo-correlativo. Fueron incluidos todos los pacientes que acudieron a emergencia o estaban hospitalizados en algún servicio de este centro asistencial entre marzo y diciembre 2002, a partir de cuyas muestras (esputo, sangre, secreción, orina, punta de cateter) se aisló *S. aureus*. La resistencia a oxacilina fue determinada por método de Kirby-Bauer y se midió concentración mínima inhibitoria (CMI) por E-Test, en un grupo de resistentes, para verificación de resultados.

Resultados: Se aisló *S. aureus* en 247 muestras; de ellas, 36 (14,5 %) fueron resistentes a oxacilina (SAOR) por método de Kirby-Bauer. Esta resistencia pudo ser verificada en 20 de las cepas, utilizando método de E-Test. Del total de cepas de SAOR, la mayor parte procedían de individuos de sexo masculino (77,14 %). Sin embargo, no se logró establecer asociación entre sexo del paciente y presencia de resistencia a oxacilina. Un porcentaje importante de cepas de SAOR (22,22 %) provenían de ancianos, grupo en el cual la infección o colonización por esta bacteria es un problema ampliamente conocido. Se pudo establecer asociación entre grupo de edad y presencia de resistencia a oxacilina ( $p < 0,01$ ). En cuanto al tipo de muestra, se encontró que 25 % de las cepas de SAOR aisladas procedían de secreción de orificio de entrada de catéter venoso central; 19,44 %, de secreción de herida; 13,88 %, de sangre; 11,11 % tanto de orina como de punta de catéter venoso central. Respecto a los servicios de origen, 35,43 % de las cepas procedían del servicio de nefrología; 20 %, de medicina interna; 11,43 %, de emergencia de adultos; 8,57 %, de UCI, entre los datos más importantes.

Conclusiones: Se demostró la presencia de SAOR entre cepas aisladas en el Laboratorio de Microbiología del CHURYP. Esto pudo ser verificado por la determinación de CMI. nefrología, medicina interna, emergencia de adultos y UCI fueron los servicios que aportaron mayor cantidad de cepas resistentes. Estos hallazgos constituyen un punto de partida para la aplicación de medidas destinadas a disminuir el grave problema de la resistencia bacteriana en este hospital.

#### 24. OSTEOMIELITIS CRÓNICA VERTEBRAL POR *SALMONELLA NEWPORT*. A PROPÓSITO DE UN CASO. J González, F Naranjo, E Ganoso, M Guzmán, N Ruiz.

Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caracas

La espondilodisquititis infecciosa puede ser el resultado de una diseminación hematogena, afectando región lumbar (50 %), columna dorsal (35 %) y cervical (27 %). A propósito se presenta caso de paciente femenina de 45 años, con antecedente positivo para TBC en la infancia. En noviembre 2003 tuvo episodio de disentería y colitis ulcerativa amibiana, cuatro meses después consulta por dorsolumbalgia aguda, de fuerte intensidad, irradiado a región cervical, que no cede con analgesia. Posteriormente, presentó disminución progresiva de fuerza muscular en miembros inferiores hasta llegar a la postración, pérdida de peso de 10 kg fiebre no cuantificada y diaforesis nocturna. La RMN de columna vertebral reporta LOE infiltrativo T<sub>8</sub>-T<sub>9</sub> con aplastamiento, sugestivo de Mt vs TBC, mielopatía compresiva e imágenes de colección paravertebral y pleuromediastinitis. La biopsia guiada con TAC: infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear sin atipia. Se inicia empíricamente tratamiento con ciprofloxacina y cuatro drogas anti-TBC. Fue realizada laminectomía descompresiva, artrodesis vertebral con sistema de diapason y lavado de colecciones purulentas. La segunda biopsia descarta enfermedad granulomatosa y neoplásica, suspendiéndose tratamiento para la tuberculosis. Se descartó hemopatías y mieloma múltiple. Los hemocultivos de ingreso y cultivos de secreción paravertebral son positivos para *Salmonella newport*, cepa identificada en el Instituto Nacional de Higiene. Recibió 15 semanas de tratamiento efectivo contra el germen aislado, sin recaída hasta la actualidad.

Conclusión: La espondilodisquititis por diseminación hematogena es causada con mayor frecuencia por *Micobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus* y bacilos Gram negativos (principalmente por *E. coli*). En la literatura revisada, la osteomielitis por *Salmonella* no tífica se presenta principalmente en pacientes con hemopatías. Las especies generalmente aisladas son: *S. choleraesuis* (37 %) y *S. enteritidis* (8 %); en el caso descrito fue por bacteremia punto departida enteral y es importante hacer énfasis en el aislamiento microbiológico.

**25. PSEUDOTUMOR LUMBAR ASOCIADO A MENINGITIS POR *ACTINOMYCES VISCOSUS*: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.** A Cáceres<sup>1</sup>, C Macero<sup>2</sup>, S Somaza<sup>3</sup>, E Armas<sup>4</sup>, N Guevara<sup>1</sup>, X Moreno<sup>2</sup>, M Guzmán<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Infectología. <sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología. <sup>3</sup>Neurocirujano; <sup>4</sup>Neurólogo.

Instituto Médico "La Floresta". Caracas.

La actinomicosis es causada por bacilos Gram positivos anaeróbicos. Puede imitar infecciones y patologías no infecciosas. Las presentaciones clínicas principales son: cervicofacial, torácica, gastrointestinal y SNC. Describimos un paciente masculino de 20 años, con antecedente de radioneurocirugía por neurinoma del acústico izquierdo en marzo 2003 y caries dentales. En junio 2003, presenta dolor lumbar, irradiado a hemiabdomen inferior, con disminución de fuerza muscular distal en miembros inferiores. La RMN lumbar reporta LOE desde L<sub>1</sub>-L<sub>5</sub>, sugestiva de ependimoma. La punción lumbar resultó infructuosa. Es operado extrayéndose material de aspecto granulomatoso mezclado con adherencias entre las raíces nerviosas. Recibió dexametasona y cefacidal. La biopsia reportó: pseudotumor inflamatorio, coloraciones especiales e inmunohistoquímica negativas, cultivos no realizados. El 12/07/03 aparece aumento de volumen en herida operatoria, signos de flogosis y fiebre de 39 °C. El LCR (15/07/03) muestra pleocitosis con 418 cel/mm<sup>3</sup> predominio PMN, glucosa y proteínas normales. TAC lumbosacra: gran colección de L<sub>2</sub>-L<sub>5</sub>. Punción de zona fluctuante: líquido fétido abundante, ameritando reintervención por absceso peridural. Al Gram: bacilos Gram positivos, obteniéndose en anaerobiosis crecimiento de *Actinomyces viscosus*. T AC abdomen y pelvis normal. Se indicó inicialmente vancomicina, ceftazidime y penicilina cristalina 4 MU VEV c/4h, omitiéndose los dos primeros a los 10 días y manteniéndose la última durante 5 semanas. Posteriormente se indica amoxicilina/ácido clavulánico VO c/8h hasta julio 2004. Su evolución fue satisfactoria, con normalización del LCR al mes de tratamiento. Actualmente se encuentra asintomático.

Conclusiones: La actinomicosis constituye una patología infrecuente, habitualmente causada por *A. israelii*. Nuestro paciente se presenta con un pseudotumor lumbar asociado a meningitis por *A. viscosus* con excelente evolución luego de tratamiento médico-quirúrgico. No encontramos en la literatura ningún caso de afectación del

SNC por esta especie de actinomyces.

**26. COLONIZACIÓN DE CATÉTERES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA.** C Macero, X Moreno, L Cova.

Laboratorio del Departamento de Bacteriología. Instituto Médico La Floresta. Caracas

Objetivo: Determinar la incidencia de colonización de catéteres intravasculares y conocer los microorganismos involucrados y su patrón de susceptibilidad en pacientes del Servicio de Oncología.

Materiales y métodos: Se estudiaron los resultados de los cultivos de puntas de catéter intravasculares provenientes de pacientes del servicio de Oncología, durante los años 2000 a 2003. Se empleó el método semicuantitativo en el cual 5 cm de segmento de la porción distal del catéter es pasado por una placa de agar sangre 4 veces. Consideramos aquellos con más de 15 UFC como indicativos de una infección relacionada al catéter (cultivos positivos). La identificación y sensibilidad de los microorganismos aislados se realizó por el equipo *AutoScan4-MicroScan* y se utilizaron tiras de E-TEST de fluconazol (F) para la determinación de la mínima concentración inhibitoria (MIC) de este antifúngico y el uso de ATBFUNGUS para el reporte de MIC de anfotericina B (AB) principalmente. Los patrones de susceptibilidad fueron expresados por porcentajes de sensibilidad y consideramos los antimicrobianos comúnmente más usados. Se realizó el método de doble disco a todos las cepas de Enterobacterias para la detección de Beta-lactamasas de espectro expandido (BLEE) y se confirmaron por el método de discos de cefalosporinas adicionadas con ácido clavulánico. Se realizaron controles de calidad con cepas ATCC tanto para la evaluación de los métodos manuales, medios de cultivos y reactivos usados como para el equipo automatizado.

Resultados: De 382 cultivos de puntas de catéter analizados el 40,5 % resultaron positivos. Los gérmenes aislados más frecuentemente fueron: *Estafilococos coagulasa negativa* (58), *Candida sp.* (31), *P. aeruginosas* (13), *S. aureus* (12), *C. albicans* (9) y *K. pneumoniae* (9). Los patrones de susceptibilidad (expresados en porcentajes de sensibilidad) fueron los siguientes: *Estafilococos coagulasa negativa* 14 % a oxacilina (OXA) y 100 % a vancomicina (VA); *Candida sp.* 100 % a ANB y 40 % a F; *P. aeruginosas* 92 %

sensibles a imipenem (IMP), meropenem (MEM) y amikacina (AN), 62 % a ceftazidime (CAZ), 85 % a piperacilina-sulbactam (TZP), 69 % a cefepime (FEP) y a ciprofloxacina (CIP); *S. aureus* 100 % a OXA, VAN, AN y 92 % a CIP; *C. albicans* 100 % ANB y a F; *K. pneumoniae* 100 % a MEM, IMP y AN, 78 % a ceftriaxone (CRO), 89 % sensibles a TZP y a CIP y 22 % de BLEE.

Conclusiones: Los *Estafilococos* coagulasa negativa y en segundo lugar *Candida sp* fueron los colonizantes predominantes. Dado la condición clínica de estos pacientes y los perfiles de susceptibilidad encontrados es imperativo desarrollar estrategias necesarias para prevenir estas infecciones.

#### 27. ESTAFILOCOCOS COAGULASA NEGATIVOS EN HEMOCULTIVOS DE PACIENTES CON SEPTICEMIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ".

Luis Hurtado, Yeisy León

Hospital Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Los *Estafilococos* coagulasa negativos son causantes de septicemia, pero también son los principales contaminantes de los hemocultivos porque son flora habitual tanto de la piel del paciente como de las personas que toman la muestra y la manipulan.

Objetivo: Determinar la presencia de *Estafilococos* coagulasa negativos como agente causal de septicemia en pacientes hospitalizados en un estudio retrospectivo entre los años 2001-2003 y en un estudio prospectivo.

Materiales y métodos: Se procesaron 138 hemocultivos provenientes de pacientes con edades comprendidas entre 5 y 83 años con manifestaciones clínicas de septicemia, quienes estaban recluidos en el Hospital "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, para el estudio prospectivo. A cada paciente, bajo normas de asepsia y antisepsia, se le tomó cada 30 minutos una muestra sanguínea hasta completar un total de dos, fueron sembradas en frascos de hemocultivo, y procesadas por los métodos recomendados por la Sociedad Americana de Microbiología evidenciando presencia o ausencia de crecimiento bacteriano. En la investigación retrospectiva se incluyó todos los hemocultivos procesados durante el período 2001-2003.

Resultados y conclusiones: En el estudio prospectivo, no hubo desarrollo de ECN, se obtuvo 0,7 % de contaminación. En el estudio retrospectivo, de 6819 hemocultivos, 272 tuvieron desarrollo de ECN aislándose con mayor

frecuencia *S. hominis* (19,1 %), *S. warneri* (15,8 %) y *S. cohnii* (15,4 %). Para interpretar adecuadamente el crecimiento de ECN en hemocultivos es necesario realizar mínimo 2 cultivos de sangre, separados por un período de 30 minutos, en condiciones de asepsia y antisepsia, por personal debidamente preparado, para obtener resultados confiables que permitan diagnosticar septicemia.

#### 28. COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD *IN VITRO* DE ERTAPENEM Y OTROS ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN INFECCIONES URINARIAS.

Javier Rodríguez, Romina Cloralt, Norelly Cruz.

Clínica Sanatrix. Caracas

Introducción: Las infecciones urinarias son una de las principales causas de consulta tanto en hospitales públicos como en instituciones privadas, dentro de los agentes causantes de infecciones urinarias encontramos a menudo enterobacterias (*E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus sp*). En menor proporción cocos Gram positivos (género *Enterococcus* y *Staphylococcus* principalmente) y en infecciones intrahospitalarias en pacientes con sondas o catéteres pueden presentarse infecciones por bacilos Gram negativos no fermentadores. Las enterobacterias cuentan con un variado grupo de mecanismos de resistencia a los antimicrobianos como son: alteración en las PBP, alteración en la permeabilidad de la membrana, producción de  $\beta$  lactamasas de espectro ampliado y  $\beta$  lactamasas de espectro expandido entre otras, esto hace que cada vez sea más complicado el tratamiento de las infecciones urinarias, si a esto añadimos que existen pacientes con reacciones de hipersensibilidad a cefalosporinas y fallas en el tratamiento con otros antimicrobianos las alternativas terapéuticas se reducen considerablemente. Por lo tanto se requiere evaluar constantemente los registros de niveles de resistencia de las poblaciones bacterianas aisladas en el laboratorio.

Objetivo: Comparar la sensibilidad *in vitro* de ertapenem y otros antibióticos utilizados en infecciones urinarias.

Materiales y métodos: Se compararon 100 cepas de enterobacterias aisladas de urocultivos, de pacientes atendidos en la Clínica Sanatrix entre los meses de marzo a junio de 2004. Se utilizó el método de difusión de Kirby-Bauer para las pruebas de sensibilidad. Se tomaron en cuenta para la comparación los siguientes antibióticos: ciprofloxacina, cefixime, nitrofuradantina,

ceftriaxona, ampicilina-sulbactam y amikacina. Resultados: El 73,3 % de los urocultivos positivos fueron *E. coli* que presentó una sensibilidad de 100 % a ertapenem, 77,8 % a ciprofloxacina, 99,0 % a cefixime, 94 % a nitrofuradantina, 94,9 % a ceftriaxona, 78,9 % a ampicilina-sulbactam y 96,2 % a amikacina. *Proteus mirabilis* con 10,7 % de los urocultivos positivos fue el segundo germen en importancia con una sensibilidad de 100 % a ertapenem, 92,3 % a ciprofloxacina, 100 % a cefixime, 100 % a ceftriaxona, 100 % a ampicilina-sulbactam y 100 % a amikacina y por último *Klebsiella pneumoniae* con 9,3 % de los urocultivos positivos y una sensibilidad de 100 % a ertapenem, 80 % a ciprofloxacina, 87,5 % a cefixime, 66,7 % a nitrofuradantina, 66,7 % a ceftriaxona, 76,9 % a ampicilina-sulbactam y 94,7 % a amikacina.

Conclusiones: El ertapenem mostró una sensibilidad de 100 % en todas las cepas estudiadas lo que lo señala como una excelente alternativa para el tratamiento de infecciones urinarias complicadas y en casos donde exista falla en el tratamiento con otros antimicrobianos.

**29. ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE POZOS DE DIFUSIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE LA SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA EN LOS DERMATOFITOS.** María Teresa Colella, María Castro, Marvia Montiel, Erika Vásquez, Sylvia Magaldi, Arantza Roselló, Claudia Hartung, Celina Pérez, Heidi Reyes, Sofía Mata-Essayag.

Sección de Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, UCV.

Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas.

Los dermatofitos son mohos que producen las tiñas. Son el grupo más importante de hongos que producen micosis superficiales. Son de amplia distribución mundial y causan lesiones poco inflamatorias y benignas, pero contagiosas. Las principales especies patógenas para el hombre, encontradas autóctonas en Venezuela son: *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. canis*, *M. gypseum*, *T. tonsurasns* y *E. floccosum*. Se ha observado recientemente la aparición de resistencia a los antimicóticos de uso común en el tratamiento de las tiñas. En la actualidad existen algunos métodos estandarizados y aprobados por la NCCLS, utilizados para realizar estas pruebas en levaduras patógenas al hombre, entre los cuales podemos citar: método en dilución en caldo (Macro y Microdilución), técnica de difusión en disco en agar y E-test. Magaldi (1989)

desarrolla un método de susceptibilidad para hongos denominado pozos de difusión. En el caso de los dermatofitos y otros hongos filamentosos, ha sido muy difícil obtener un procedimiento estándar para medir *in vitro* la susceptibilidad antifúngica.

Objetivo: Estandarizar y evaluar el método diseñado por Magaldi para la susceptibilidad en los dermatofitos.

Materiales y métodos: Se estudiaron 100 aislados de diferentes dermatofitos, cultivados en los medios Staib y Castone, el inóculo fue realizado a través del peso como medida. Se incubaron a 25, 30 y 35 °C por 4 días, al cabo de los cuales se hizo la medición del diámetro de los halos de inhibición (mm) de cada antimicótico (fluconazol, griseofulvina, itraconazol y terbinafina)

Resultados y conclusiones: Se estableció que el medio Agar Staib produjo los halos de inhibición más nítidos comparados con el medio Casitone. La temperatura ideal para realizar la prueba de susceptibilidad fue de 35°C. El peso adecuado estaba comprendido en el rango de 0,651 g y 0,850 g, debido a que el peso de estos inóculos permitió el crecimiento uniforme de los dermatofitos en la placa de Petri y además se favoreció la formación de halos de inhibición nítidos y bien delimitados. De un modo general se pudo demostrar que la mayor sensibilidad *in vitro*, alcanzada por los diferentes dermatofitos fue con terbinafina, seguida por griseofulvina, itraconazol, siendo la más baja fluconazol.

**30. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – HOSPITAL GENERAL "DR. RAÚL LEONI", CIUDAD GUAYANA. ABRIL-JULIO DE 2003.** Rigoberto Valecillos, Indira Faquira, Ana Beltrán, Luis Borges, Aníbal Ascanio.

Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz Y Páez". Ciudad Bolívar – Hospital General "Dr. Raúl Leoni" Ciudad Guayana, Estado Bolívar.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son frecuentes en embarazadas, producen complicaciones que pueden provocar efectos adversos. Estudios reflejan que sus agentes causales son: (exceptuando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida) *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomona vaginalis* y *Chlamydia trachomatis*. Las ETS no se consideran un problema aislado debido a que la infección múltiple tiene como origen, una conducta sexual de alto riesgo asociada a otras

infecciones.

Objetivo: Fue determinar la prevalencia de ETS en una población de 100 mujeres embarazadas que acudieron a las emergencias obstétricas del CHU "Ruiz y Páez" y del HG "Dr. Raúl Leoni", entre los meses de abril y julio de 2003. Determinar las ETS más frecuentes y comparar las frecuencias entre los centros estudiados. La metodología utilizada fue la recolección de datos a través de una encuesta y en la recolección de muestras de secreciones vaginales de las mujeres en franco trabajo de parto. La prevalencia de ETS en la muestra fue 45 % (45/100). Las ETS más frecuentes fueron: vaginosis bacteriana y tricomoniasis 37,77 % (17/45) y 33,33 % (15/45), respectivamente y las de menor frecuencia sífilis y gonorrea 6,66 % (3/45) cada una. Según la procedencia hospitalaria, las ETS se distribuyeron 53,33 % (24/45) en pacientes procedentes del CHU "Ruiz Y Páez", el restante 46,66 % (21/45) en procedentes del HG "Dr. Raúl Leoni". Las ETS tienen alta incidencia en embarazadas, esto hace reflexionar, de manera que se deben planificar programas dirigidos a controlar, de manera eficaz, estricta y accesible la salud de las gestantes.

**31. TIPIFICACIÓN POR PFGE DE CEPAS DE N. MENINGITIDIS, AISLADAS DE UN BROTE DE INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA EN UN FUERTE MILITAR EN CARACAS.** Elsa Sofía Toro Araujo, Sandra Fernández Figueiras, Arcady Rodas, Esther Franco, Angel Flores.

Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

La *Neisseria meningitidis* (Nm), es el agente causal de la meningococemia y meningitis meningocócica (MM). Nm frecuentemente causa brotes en poblaciones cerradas, tales como, centros de reclusión militar, internados escolares y prisiones. Entre los meses de agosto a noviembre de 1997 ocurrió un brote epidémico de infección meningocócica (IM) en el Fuerte Tiuna, Caracas.

Materiales y métodos: El estudio se realizó en cuatro cepas de Nm, aisladas de líquido cefalorraquídeo, tres Serogrupo "C" con sensibilidad disminuida a penicilina (CIM= 0,25) y una Serogrupo "B", sensible a todos los antibióticos. También se estudiaron seis cepas aisladas a partir de exudados faríngeos y nasofaríngeos de portadores, tres Serogrupo "C" y tres Serogrupo "B", todas sensibles a penicilina, rifampicina y ceftriaxone. La comparación del ADN cromosómico se realizó utilizando la técnica

de electroforesis en campo eléctrico pulsado (PFGE) de los fragmentos de restricción generados por la enzima BgIII. Para determinar la relación genética entre las cepas se utilizó una matriz de índices de similitud, la cual se analizó por el método de coordenadas principales.

Resultados: Se obtuvieron patrones de *finger-printing* simplificados, con un promedio aproximado de 11 bandas y un tamaño entre 5 – 55 Kbp. El análisis de las coordenadas principales evidenció que: 1. las cepas serogrupo "C" aisladas de los casos, están estrechamente relacionadas, pero no son idénticas, 2. todas las cepas del serogrupo "B", casos y portadores, están relacionadas pero no son idénticas, 3. todas las cepas del serogrupo "C" aisladas de portadores son diferentes entre sí y no tienen relación con los casos. Discusión: Basados en criterios epidemiológicos los casos de IM ocurridos en el Fuerte Tiuna, se catalogaron en principio como un brote epidémico, sin embargo, la tipificación por PFGE y el análisis por coordenadas principales, determinó que estos casos no fueron el resultado de una transmisión activa de un clon de Nm dentro de la población estudiada como era lo esperado por las características del brote.

**32. SENSIBILIDAD DE M. TUBERCULOSIS POR EL MÉTODO DE MICRODILUCIÓN DE AZUL DE ALAMAR.** Sandra Fernández Figueiras, Elsa Sofía Toro Araujo, Alejandro Angulo, Jacobus de Waard.

Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Instituto de Biomedicina. Caracas.

Introducción: Un aspecto alarmante del repunte de la tuberculosis (TBC) en el mundo ha sido la aparición de cepas resistentes a varias drogas (MDR). Los métodos usualmente aplicados para detectar resistencia son lentos y difíciles de realizar, para superar estos problemas se estandarizó el método colorimétrico del azul de alamar para evaluar la susceptibilidad a isoniacida (INH), rifampicina (RIF), etambutol (EMB) y estreptomycin (S) diseñado por Yajko y col.

Materiales y métodos: Se determinó las mínimas concentraciones inhibitorias (CIM) en 111 cepas de *M. tuberculosis*, aisladas entre los años 2001-2004, en pacientes provenientes en su mayoría del área metropolitana de Caracas. Un alto porcentaje de las cepas (72.5%) eran de origen pulmonar.

Resultados: La resistencia en las cepas ensayadas es baja; S=0,9 %, INH=0,0 %, RIF=3,6 % y EMB=6,3%. De las 111 cepas 84 (75,7%) resultaron sensibles a las cuatro drogas, 15 (13,5

%) cepas resistentes o parcialmente resistentes a una de las drogas, 4 (3,6 %) cepas resistentes a dos o más de las drogas (MDR). En más del 80 % de las cepas sensibles a INH y RIF los valores de MICs están por debajo de la menor concentración de droga probada, el 45,0 % de las cepas mostraron valores de MIC para S < 0,25 µg/mL, el 45,0 % de las cepas mostraron valores de MIC para EMB de 2,0 µg/mL.

**Discusión y conclusiones:** En Venezuela la encuesta realizada entre 1998 y 1999 por el programa de control de la TB, registró un porcentaje aceptable (0,5 %) de MDR. Encontramos un incremento en el porcentaje de MDR-TB (3,6 %), esto posiblemente se debe al aumento de casos resistentes en el Distrito Capital y Estado Miranda, de donde principalmente provienen las cepas estudiadas. Esta técnica permite disponer de los resultados en muy poco tiempo (7 días) y proporciona valores de MIC, particularmente importante en meningitis tuberculosa, donde la concentración de la droga en líquido cefalorraquídeo es un 50 % de la concentración sérica. Nuestros resultados muestran que la mayoría de las cepas catalogadas como sensibles resultaron con valores de MIC menores o iguales a la menor concentración de droga ensayada y muy por debajo de la concentración sérica que se alcanza con el tratamiento habitual, lo que predice una alta tasa de éxito.

**33. COLONIZACIÓN VAGINAL POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*: INCIDENCIA Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS.** Sandra Fernández Figueiras, Milagros Cárdenas Colmenares, Celina Elster Martínez, Anelvy Bracho Odreman, Andreína Isabel Paublini Hernández, Mercedes Pilar Sampedro Castro.

Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas.

Los estreptococos del Grupo B (SGB) permanecen como la causa principal de infecciones neonatales graves. A partir de los años 90 se recomienda la profilaxis intraparto para prevenir la enfermedad perinatal. El descarte de colonización vaginal por SGB mediante el cultivo, en todas las mujeres embarazadas entre 35-37 semanas de gestación, es una de las dos estrategias para determinar cuáles mujeres embarazadas deben recibir esta terapia profiláctica.

**Objetivo:** Valorar la incidencia de colonización vaginal por SGB en las pacientes que acuden a nuestro centro, mediante un estudio retrospectivo de los cultivos vaginales realizados entre abril del año 2003 y marzo de 2004.

**Materiales y métodos:** El hisopado vaginal fue tomado por el médico tratante, colocado en medio de transporte no nutritivo. La muestra fue sembrada directamente sobre placas de agar sangre de carnero e incubadas en atmósfera de 5 % de CO<sub>2</sub> por 48 horas. Aquellas colonias de cocos Gram positivos, beta-hemolíticos, catalasa negativa, fueron identificadas como SGB mediante técnica de aglutinación de látex. Las sensibilidades a penicilina, ampicilina, tetraciclina, eritromicina y vancomicina fueron evaluadas por el método de difusión en agar, de acuerdo con la NCCLS.

**Resultados y conclusiones:** Entre marzo de 2003 y abril de 2004, se recibieron 880 hisopados vaginales para cultivo, de estos 677 correspondían a pacientes en edad fértil, entre 14 a 45 años. La tasa global de colonización por SGB fue del 11,7 % y en pacientes embarazadas del 9,5 %, comparable con lo reportado previamente, aunque pudiera estar sub/estimada, por la no utilización de un caldo de enriquecimiento selectivo previo al plaqueo y a que se debería tomar además una muestra anorrectal. Todos los SGB aislados (76 cepas) fueron sensibles a penicilina y ampicilina, el 92,1 % a eritromicina. La sensibilidad a tetraciclina es tan baja 4,0 % que no se recomienda su uso. Todas las cepas fueron sensibles a vancomicina, por lo que sigue siendo el tratamiento de elección para la mujeres alérgicas a penicilina, cuando clindamicina o eritromicina no son opciones debido a la resistencia *in vitro*. Como el estado de portador por SGB es común en las mujeres embarazadas, el descarte de colonización debe ser un examen obligatorio, con el fin de aplicar el tratamiento apropiado en el momento del parto, con miras a reducir la incidencia de la enfermedad en los neonatos.

**34. SUSCEPTIBILIDAD DISMINUIDA A QUINOLONAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.** C Ugarte<sup>1</sup>, E Spadola<sup>1</sup>, N Salgado<sup>1</sup>, D Sánchez<sup>1</sup>, E Franco<sup>1</sup>, D Payares<sup>1</sup>, D Marcano<sup>1</sup>, J López<sup>2</sup>, B Tarazona<sup>1</sup>, A Flores<sup>1</sup>, S Torres<sup>1</sup>, J Rodríguez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Caracas. <sup>2</sup>Hospital de Niños JM. de los Ríos. Caracas.

**Objetivo:** Reportar el primer aislamiento clínico de *Salmonella heidelberg* productora de BLEE (betalactamasas de espectro extendido) con resistencia disminuida a fluoroquinolonas en Venezuela.

**Materiales y métodos:** Se procesó en el Laboratorio de Microbiología del Hospital J.M. de los Ríos una muestra de orina de un paciente

masculino de 85 años proveniente del Hospital Clínico Universitario de Caracas. Se aísla una cepa, la cual fue identificada a nivel de género por pruebas bioquímicas primarias y por serología somática, siendo remitida al Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" para su confirmación y serotipificación. Se determina su patrón de susceptibilidad por el método de difusión Kirby & Bauer según las recomendaciones de la NCCLS (*Nacional Committee for Clinical Laboratory Standards*) para: ampicilina, ampicilina-sulbactam, amoxicilina-ac. clavulánico, cefotaxima, ceftazidima, tetraciclina, trimetoprim-sulfametoxazol, tobramicina, gentamicina, cloranfenicol, ac. nalidixico, ciprofloxacina, norfloxacina, ceftazidima-clavulanato, cefotaxime-clavulanato. Resultados y conclusiones: Por serología somática se determina que se trata de una *Salmonella* spp. En el INH"RR" la serotipificación serológica empleando el esquema de Kauffman-White determina que se trata de una *Salmonella heidelberg* de fórmula antigénica (1,4,[5], 12:r:1,2). La lectura interpretada del antibiograma demuestra que es una posible cepa productora de BLEE con resistencia al ac. nalidixico, lo cual es posteriormente confirmado mediante el método de potenciación con ácido clavulánico. La importancia de este aislamiento radica en que las cefalosporinas y las fluoroquinolonas constituyen las principales opciones terapéuticas en las *Salmonellas* extraintestinales, por lo cual se debe tener presente la importancia de la investigación de BLEE en estas cepas y el valor predictivo del ac. nalidixico en la determinación de susceptibilidad disminuida a fluoroquinolonas. Cabe destacar que este paciente recibió una terapia inicial con norfloxacina, persistiendo los síntomas, y al cambiar a imipenem más amikacina se obtuvo una respuesta clínica favorable.

**35. AISLAMIENTO DE PLÁSMIDOS CONJUGATIVOS EN CEPAS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE  $\beta$ -LACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO.** M Benítez<sup>1</sup>; M Domínguez<sup>1</sup>, L Torres<sup>2</sup>, G Vilchez<sup>3</sup>, R Pedroza<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Internado Rotatorio. Escuela de Bioanálisis. Facultad de Medicina. <sup>2</sup>Cátedra de Microbiología. Escuela de Bioanálisis. Facultad de Medicina. <sup>3</sup>Cátedra de Bioquímica. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina. <sup>4</sup>Sección de Diagnóstico Molecular de Agentes Infecciosos. Instituto de Medicina Experimental. Facultad de Medicina Experimental. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Las BLEE son enzimas capaces de hidrolizar el enlace amida de los oximino-lactámicos,

(cefotaxime, ceftazidime y aztreonam). Las mismas son codificadas en plásmidos y por lo tanto pueden ser transferidas mediante conjugación a diversos géneros bacterianos, diseminándose ampliamente en el ambiente hospitalario. En esta investigación se persigue, en cepas de Enterobacterias aislar plásmidos que codifican para BLEE y que sean capaces de transferirse mediante conjugación. Se estudió una población de 51 *Enterobacterias* productoras de BLEE aisladas de diferentes centros hospitalarios del área metropolitana de Caracas. A las mismas se le determinó el perfil de resistencia a múltiples antibióticos mediante la metodología de Kirby-Bauer. Se detectaron las BLEE mediante dos ensayos fenotípicos basados en el efecto sinérgico con el ácido clavulánico y se tipificaron molecularmente por PCR/RFLP, seguidamente se transfirieron los plásmidos conjugativos en ensayos de conjugación en medio sólido y se aislaron los plásmidos de cepas donantes y transconjugantes, por el método de lisis alcalina. Los resultados fenotípicos indican una mayor proporción de BLEE con actividad ceftazidimasa y en menor grado actividad cefotaximasa. La tipificación molecular indicó que 60,8 % de las cepas portan genes tipo SHV y 15,6 % codifican BLEE de la familia CTX-M. De 36 cepas conjugadas un 81 % transfirió material plasmídico. El análisis de los aislamientos plasmídicos mostró la presencia en la totalidad de las transconjugantes de una banda de 25 000 pb y en un 80 % se evidenció una banda plasmídica mayor a 50 000 pb. Se pudo constatar la cotransferencia de resistencia a otras familias de antibióticos.

**36. AISLAMIENTO DE MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN PACIENTES TRATADOS CON MESOTERAPIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS.** Luisa González, Adriana Crespo, María Ramírez, César Sánchez.

Laboratorio Clínico "César Sánchez Font" . Valencia, Estado Carabobo.

Objetivo: Aislar e identificar las micobacterias atípicas presentes en muestras extraídas de lesiones de piel de pacientes femeninas mayores de edad.

Materiales y métodos: En el período comprendido entre enero del año 2003 y agosto de 2004 el Departamento de Microbiología de nuestra institución ha recibido casos de infecciones causadas por microorganismos llamados Micobacterias no tuberculosas, también conocidas como "atípicas" o "de crecimiento

rápido". Las mismas son identificadas a través de la toma de muestras extraídas de lesiones en la piel de pacientes femeninas mayores de edad. Los casos que llegaron al centro, corresponden a personas que fueron víctimas de tratamientos estéticos mal aplicados o realizados bajo condiciones sanitarias poco confiables en la ciudad de Valencia.

Resultados: Las micobacterias identificadas fueron identificadas como parte del complejo *M. fortuitum - chelonae*. El mismo incluye seis especies: *M. fortuitum*, *Mycobacterium peregrinum*, *M. fortuitum* tercera biovariedad, *M. chelonae*, *M. abscessus* y *M. mucogenicum*. En el laboratorio la identificación de especie es importante, ya que existen más de 40 MCR, la mayoría de escasa patogenicidad. Por el contrario, las especies englobadas en el grupo *M. fortuitum* están consideradas patógenos humanos oportunistas. Son especies pertenecientes al grupo de micobacterias no pigmentadas de crecimiento rápido (MCR) incluidas en el grupo IV de Runyon. En la actualidad, *M. chelonae* puede diferenciarse claramente por métodos fenotípicos, genéticos y cromatográficos de las otras especies que forman el complejo *M. fortuitum*, así como del resto de las MCR. *Mycobacterium chelonae* es una micobacteria ubicua y de distribución universal. Es clínicamente importante identificar correctamente estos microorganismos ya que pueden requerir regímenes terapéuticos distintos. Existe una gran variabilidad en la tasa de resistencias para algunos antimicrobianos entre diferentes cepas de *M. chelonae* o *M. abscessus*.

Conclusiones: Las personas que se aplican estos tratamientos no presentan úlceras o bultos hasta dos semanas o dos meses después de haberse realizado la terapia.

Los procedimientos terapéuticos se realizan frecuentemente en ambientes o por personal no apropiado (oficinas, peluquerías, gimnasios y similares), con productos no permitidos contaminados con micobacterias.

La descripción etiológica de infecciones por *M. fortuitum-chelonae* y *abscessus*, previa a su separación taxonómica en diferentes especies, hace que resulte difícil definir diferencias en los cuadros clínicos entre las distintas especies.

### 37. REVISIÓN DE RESISTENCIA EN UROPATÓGENOS. 1997-2004. Elia Sánchez<sup>1</sup>, Lorena Abadía<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Grupo de referencia para Resistencia Bacteriana/ Instituto Investigaciones Básicas y Ciencias Aplicadas. Universidad de Oriente. <sup>2</sup>Directora-Grupo de referencia

para Resistencia Bacteriana, Instituto Investigaciones Básicas y Ciencias Aplicadas. Universidad de Oriente

Las infecciones de tracto urinario (ITU) nosocomiales son más que frecuentes. La resistencia a antimicrobianos entre uropatógenos que causan ITU complicadas y nosocomiales se ha incrementado en el mundo y nuestro hospital no escapa a ello. En un estudio retrospectivo de siete años, entre 1997 y 2004, en el laboratorio de bacteriología del Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá" en Cumaná, monitorizamos la susceptibilidad antimicrobiana de los uropatógenos procedentes de pacientes hospitalizados con ITU nosocomial, siguiendo los lineamientos de la NCCLS. De 816 muestras, 14 % fueron estériles y 86 % demostraron crecimiento. En este hospital en particular, los micro-organismos más frecuentemente involucrados fueron bacilos Gram negativos con 92 % y *E. coli* ocupó el primer lugar entre ellos 8 % de estas infecciones fueron ocasionadas por cocos Gram positivos. *S. aureus* y *Enterococos* fueron los géneros representantes de las cepas Gram positivas.

Solo 15 cepas de *E. coli* fueron productoras de BLEE. Todos los *Enterococcus* fueron resistentes a gentamicina. El estudio continuo del espectro bacteriano y la resistencia a antibióticos es necesaria. Probablemente la transmisión cruzada juega un rol más importante del que se piensa. Los uropatógenos involucrados en ITU nosocomial son más difíciles de tratar debido a que en sus mecanismos etiopatogénicos se encuentra el slime.

### 38. ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE BACTEREMIAS EN RECIÉN NACIDOS. Elia Sánchez<sup>1</sup>, Lorena Abadía<sup>2</sup>.

Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá" 1997-2004. <sup>1</sup>Servicio de Infectología Hospital "Santos Aníbal Dominici" – Grupo de referencia para Resistencia Bacteriana / Instituto Investigaciones Básicas y Ciencias Aplicadas. Universidad de Oriente. <sup>2</sup>Directora - Grupo de Referencia para Resistencia Bacteriana. Instituto Investigaciones Básicas y Ciencias Aplicadas. Universidad de Oriente

Para reducir mortalidad por cualquier causa infecciosa, nosocomial, es necesario adecuar la terapia antimicrobiana y para ello es importante conocer el patógeno más frecuente en cada área del hospital, en principio para orientar la terapia inicial hasta que obtengamos el documento microbiológico. Realizamos un estudio retrospectivo de 4 183 hemocultivos de casos de bacteremias en recién nacidos hospitalizados en

la Unidad Neonatal del Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá" (HUAPA) entre enero 1977 y enero 2004 los cuales permitieron conocer los micro-organismos implicados. Las pruebas de susceptibilidad se realizaron según el Comité Nacional para estándares clínicos (NCCLS). Reportamos 2 300 (55 %) cultivos positivos y los micro-organismos aislados estuvieron divididos en tres grupos: bacilos Gram negativos (54 %), cocos Gram positivos (41 %) y levaduras (5 %). Los bacilos Gram negativos más frecuentemente aislados fueron *K. pneumoniae* (47 %) y *Acinetobacter* (16 %) y los cocos Gram positivos fueron *Staphylococcus coagulasa negativa* (86 %) y *S. aureus* (8 %). *Enterococcus* sólo se reportó en 2 %. *K. pneumoniae* expresó fenotipo ESBL, 38 % de las cepas gentamicina resistente y susceptibles a fluoroquinolonas. Los aminoglucósidos presentaron una resistencia de bajo nivel, siendo tobramicina la de mayor sensibilidad para *Acinetobacter*. Nuestra data con predominio de bacilos Gram negativos difiere de otros hallazgos en el mundo, donde predominan cocos Gram positivos. La frecuencia de cepas de *Staphylococcus coagulasa negativa* con susceptibilidad reducida sugieren un mecanismo de presión selectiva por exposición a glicopéptidos. No se detectaron *Enterococcus* resistentes a glicopéptidos. Aún tenemos terapias para elegir.

**39. EFICACIA DEL ERTAPENEM EN INFECCIONES MODERADAS Y SEVERAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.** Zenaida Castillo, Yelitza Castillo, Isabel Díaz, Elías Querales, Adriana Centeno, Silvia Mesa, Heidi Mago, Pedro Escalona.

Unidad de Infectología. Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde". Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Centro Médico Guerra Méndez. U.C. Valencia, Estado Carabobo.

La selección de la terapia antimicrobiana inicial, es básica en el éxito terapéutico y está directamente relacionada con la disminución de mortalidad y promedio de estancia hospitalaria. El ertapenem (Invanz®), nuevo carbapenem de amplio espectro, con actividad contra bacterias grampositivas y gramnegativas, aerobias y anaerobias e importante estabilidad a la hidrólisis por betalactamasas, incluso las de espectro extendido (BLEE), es utilizado en el tratamiento de infecciones moderadas y severas, de diversa etiología. Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de ertapenem en las infecciones moderadas a severas, adquiridas en la comu-

nidad, aparición de efectos adversos y estancia hospitalaria. Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y multicéntrico, utilizando ertapenem, 1g diario por 5-60 días, en pacientes adultos, con infecciones moderadas a severas, causadas por microorganismos sensibles, hospitalizados en el Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde", Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" y Centro Médico Guerra Méndez, feb-04-agosto-04.

Resultados: De 37 pacientes estudiados; 14 (38 %) fueron del sexo femenino y 23 (62 %) del sexo masculino, en edades comprendidas entre 28 a 78 años, de los cuáles 16 eran infecciones de piel y tejidos blandos; 9 abscesos de piel, 6 infecciones de herida quirúrgica y 1 celulitis, 11 infecciones urinarias recurrentes, 4 osteomielitis, 2 peritonitis, 2 pie diabético infectado, 1 pansinusitis y 1 fístula perianal. Los gérmenes encontrados fueron; *E. coli* en 14, 5 de ellas productoras de BLEE, *S. aureus* en 8, 5 *Enterobacter cloacae* multiresistente, 3 *Serratia marcescens*, 2 *K. pneumoniae*, 1 *Enterobacter agglomerans* y 3 de etiología polimicrobiana, sensibles a ertapenem. Todos los pacientes presentaron franca y rápida mejoría clínica y bacteriológica; no se presentaron efectos adversos, 10 días promedio de tratamiento y un promedio de estancia hospitalaria de 5 días.

Conclusión: Ertapenem (Invanz®), fue efectivo y seguro en el tratamiento de infecciones moderadas y severas, adquiridas en la comunidad, con menor estancia hospitalaria.

**40. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN UN HOSPITAL GENERAL.** Jocays Caldera, Yrene Vásquez, Rafael N Guevara, Marisela Silva.

Servicio de Infectología, Hospital Universitario de Caracas.

La osteomielitis crónica, complicación más común de una infección aguda de las estructuras óseas que produce su destrucción progresiva, ha persistido en el tiempo como un problema de salud de difícil solución, con limitaciones diagnósticas y terapéuticas, que provocan múltiples recurrencias y hospitalizaciones, además de largas estancias y gastos hospitalarios.

Objetivo: Conocer la evolución en el tiempo del tratamiento de la osteomielitis crónica en un hospital general.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, para ello se efectuó la revisión de los datos registrados en las historias

clínicas de los archivos del Hospital Universitario de Caracas (HUC), en el período comprendido entre enero de 1995 y enero de 2001, obteniéndose un total de 282 casos, de los cuales 207 reunieron los criterios de inclusión (73,40%).

Análisis estadísticos: Los datos se analizaron mediante Chi cuadrado ( $X^2$ ), cálculos de porcentajes simples y promedios.

Resultados: Observamos que a 159 pacientes (76,81 %), se les realizó tratamiento quirúrgico. En 49,06 % de los casos, el tratamiento antimicrobiano estuvo basado en pruebas de sensibilidad *in vitro* de los microorganismos aislados a partir del cultivo óseo o de secreción obtenida durante la intervención quirúrgica. Se observaron recaídas en el 40,22 % de los casos. La combinación de antibióticos más empleada fue cefalotina más aminoglicósidos, situación que no se ha modificado en los últimos 6 años.

Conclusión: Nuestro estudio demuestra que a pesar de la mejor utilización de métodos diagnósticos como la radiología simple y cultivos óseos en los últimos años, las dificultades terapéuticas persisten sin mayores modificaciones en el HUC; lo que refleja un manejo no óptimo de las infecciones esqueléticas y una inadecuada combinación de tratamiento médico quirúrgico, generando una morbilidad significativa, afectación de la calidad de vida del paciente e incremento en los costos hospitalarios.

**41. INCIDENCIA DE VIH EN EMBARAZADAS. SERVICIO ITS/VIH-SIDA. SISTEMA LOCAL DE SALUD PARAGUANÁ. ENERO-JULIO 2004.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Teresa Plata, Benigna Báez, Domingo Morales.

Servicio ITS/VIH-SIDA. Sistema Local de Salud Paraguaná. Punto Fijo, Estado Falcón.

Objetivo: Determinar la incidencia de infecciones ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana en la población gestante, que tiene acceso al Programa de "Prevención de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA" del Sistema Local de Salud Paraguaná, durante el período enero-julio 2004.

Diseño metodológico: Se realiza estudio descriptivo, prospectivo, evaluando 980 serologías para VIH, método ELISA, realizadas a las embarazadas en control en la red ambulatoria del Sistema Local de Salud Paraguaná, la muestra fue acompañada de una ficha serológica, que contiene identificación completa, dirección, ocupación, sexarquia, semana gestacional, número de gestas y las conductas de riesgo. Los

resultados se tabularon y analizaron tomando en cuenta frecuencias absolutas y porcentaje.

Resultados: Se detectó seropositividad en 14 pacientes, 35,71 % con 17 a 21 años; 92,86 % realizan oficios del hogar; 35,72 % con sexarquia entre 15 y 16 años; 35,71 % fueron primigestas, el diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana se le realizó a 21,44 % durante el primer trimestre; 28,56 % en el segundo y 21,44 % durante el tercer trimestre; 71,43 % manifestó no usar preservativos, 14,29 % tener contactos ocasionales y múltiples parejas sexuales y 7,14 % haber recibido transfusiones sanguíneas; todas negaron el consumo de drogas. Conclusión: El programa de prevención de la transmisión vertical del VIH-SIDA permite de manera gratuita realizar pesquisa serológica para infección por VIH, con la posibilidad minimizar el riesgo de transmisión vertical. Se recomienda promover este programa y hacer énfasis en la educación sexual, principalmente a la población de riesgo.

**42. MICOSIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH.** Mario Rivera, Ernesto Alayo, Norka Balliache, Abigaíl Marín, Nuccia Bissignano, Henry N Fernández.

Complejo Hospitalario Ruíz y Páez. Lab Roybis Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Introducción: Virtualmente todos los agentes micóticos patógenos causan enfermedad en pacientes con VIH. En Venezuela, el Instituto Nacional de Higiene ha informado, por inmunodiagnóstico, las siguientes micosis en pacientes con SIDA: histoplasmosis (50,4 %), cryptococosis (42,5 %), paracoccidioidomicosis (4,4 %), aspergilosis (1,8 %).

Metodología: Realizamos un estudio retrospectivo para evaluar las micosis sistémicas oportunistas que se presentan en pacientes VIH positivos en la consulta externa de la unidad de Inmunología-Infectología, Hospital "Julio Criollo Rivas", Complejo Hospitalario Ruiz y Páez, entre 1995 y 2003.

Resultados: A 12 pacientes, con edades entre 16 y 59 años, criterios diagnósticos de SIDA (Elisa, W. Blot y contaje CD4+), y clasificados en categoría C-3 (CDC-1993) se les diagnosticó micosis sistémica asociada (criterios, clínico, histopatológico, ex directo y serológico, según el tipo de micosis). En 8 de 12 (66,7 %) se diagnosticó infección del SNC por *Cryptococcus neoformans*; a los restantes (33,3 %) se les diagnosticó infección por *Histoplasma capsulatum*. Once de 12 pacientes (91,7 %) fueron

masculinos y hubo una mujer. El tiempo promedio entre el diagnóstico de infección por VIH y el de micosis sistémica fue de 20,7 meses. Siete de 12 pacientes (58,3 %) habían iniciado tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TAAE), pero su cumplimiento fue irregular. De 4 pacientes con histoplasmosis, 3 cursaron con infección pulmonar y sistémica, y uno con enfermedad ganglionar. Se requirió manejo hospitalario en 91,7 % de casos. En cryptococosis, todos presentaron cefalea y vómitos; convulsiones y elevación de presión inicial de PL en otros. Los 3 casos de histoplasmosis pulmonar-sistémica presentaron fiebre, tos y disnea. Cuatro de 12 pacientes (33,3 %) fallecieron durante la evolución de su enfermedad. Entre las complicaciones observadas destacaron 2 casos de neuropatía óptica, (uno asociado a cryptococosis del SNC y otro al uso de Interferón A), cor anémico y anemia severa, y un caso de enfermedad vascular cerebral por vasculitis (paciente con cryptococosis). Fue posible determinar la cuenta de CD4+ en 9 pacientes; en 8 de ellos (88,9 %) el valor era menor a 100 cel/mm<sup>3</sup>.

Conclusiones: Las micosis sistémicas más frecuentemente diagnosticadas en nuestra unidad fueron: cryptococosis meníngea e histoplasmosis sistémica-pulmonar. Su presentación estuvo relacionada a pobre adherencia a la TAAE. La mortalidad fue 33 % durante el curso del tratamiento. No observamos infección por *Paracoccidioides brasiliensis*, en esta serie.

**43. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN UNA CONSULTA DE VIH. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ. U.D.O. CIUDAD BOLÍVAR.** Mario Rivera Prospero, Norka Balliache, Wuency N Landaeta, Francisco De Gouveia D, Ilen Mata.

Hospital "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

La terapia antirretroviral de alta efectividad (TAAE) utilizada en paciente con VIH-SIDA ha demostrado recuperación de su respuesta inmune celular y humoral. La reconstitución inmune se presenta como un síndrome inflamatorio que aparece días a meses luego de iniciada terapia antirretroviral. Se estima que ocurre entre un 10 %-25 % de los pacientes que reciben TAAE. Las manifestaciones del síndrome de reconstitución inmune (SRI) abarcan infecciones por: *Mycobacterium*, *Pneumocystis jirovecii*, especies de *Cryptococcus*, especies de *Histoplasmas*, virus de hepatitis B y C, virus del Herpes simple, virus Varicela-zoster, Citomegalovirus, Parvovirus B19,

virus JC y BK, Papilomavirus, *Chlamydia trachomatis*.

Objetivo: Informar las presentaciones más frecuentes del síndrome de reconstitución inmune en pacientes con TAAE en la consulta de VIH-SIDA de la Unidad de Inmunología de nuestro hospital en el período 2002-2004.

Metodología: Se revisaron al azar las historia clínicas de 110 pacientes que acuden regularmente a la consulta de VIH-SIDA, de la Unidad de Inmunología de nuestro hospital en el período antes descrito, con criterios de inclusión de: poseer resultados positivos tanto ELISA como WB para VIH, cuantificación de población CD4+ menor de 200 por mm<sup>3</sup>, y haber iniciado TAAE. Se constató en ellos la presencia de procesos infecciosos mediante pruebas diagnósticas definitivas (histopatológicas, coloración de BK) en relación al inicio de TAAE. Los datos obtenidos se analizaron con porcentajes, medidas de tendencia central. Resultados: Cinco de los 110 (5/110=4,54 %) pacientes presentaron procesos infecciosos relacionados con el inicio de TAAE, tres de los cinco (3/5) pacientes presentaron Herpes-Zoster diagnosticado clínicamente y dos de los cinco (2/5) pacientes presentaron infecciones por *Mycobacterium* spp confirmadas por estudio anatomopatológico. Todos los pacientes tenían conteo de CD4+ menores de 190/mm<sup>3</sup> al momento de iniciar con TAAE. cuatro de los cinco (4/5) pacientes tenían la combinación que incluía I-Proteasa. Dos de los cinco (2/5) tenían la combinación lopinavir/ritonavir.

Conclusiones: En estos cinco pacientes: el 60 % (3/5) de los casos de reconstitución inmune estuvo representada por Herpes-Zoster y un 40 % (2/5) por *Micobacterium*. La reconstitución inmune se evidenció entre 3 semanas y 8 meses de iniciado TAAE. El 80 % (4/5) de los casos usaban combinación que incluían I. Proteasa. El 40 % (2/5) de los pacientes usaron combinación Lopinavir/Ritonavir. Dos de cinco (2/5) recibían Efavirenz.

**44. CRIPTOCOCOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA, ENTRE 1994-2003, EN CARACAS.** Celina Pérez, Karla Romero, Silvia Potenziani, Arantza Roselló, María Teresa Colella, Carolina Olaizola, María Inés Calatroni, Claudia Hartung, Sofía Mata-Essayag.

Sección de Micología Médica. Instituto de Medicina Tropical, UCV. Servicio de Medicina II, Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Introducción: A pesar del advenimiento de la pandemia del SIDA, la criptococosis en pacientes menores de 15 años de edad, es muy poco

frecuente a nivel mundial.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo al revisar las historias clínicas con el diagnóstico de criptococosis, entre enero de 1994 y diciembre de 2003, en 3 hospitales de Caracas: Hospital Universitario de Caracas, Hospital de Niños "JM de los Ríos" y Hospital "Miguel Pérez Carreño". Se llenó una ficha conteniendo los datos demográficos, clínicos y para-clínicos de los pacientes.

**Resultado:** Se encontraron sólo 2 pacientes con criptococosis en la población menor de 15 años. El primer caso VIH (-), hospitalizado en el HUC en el año 2001: masculino, de 14 años de edad, natural y procedente del Estado Miranda, el cual padecía de retardo mental y otomastoiditis crónica; ingresó al hospital con cefalea, fiebre, alteración del estado de conciencia y rigidez de nuca. Presentó examen directo con tinta china, prueba de látex y cultivo positivo en LCR. Estudios por imágenes de tórax y de cerebro normales. El segundo caso estuvo hospitalizado en el Hospital de niños "JM de Los Ríos", masculino de 8 años de edad, con SIDA, el cual presentó cefalea, fiebre, hepatoesplenomegalia y pérdida de peso del estado de conciencia. Examen directo del LCR: levaduras capsuladas. En el Hospital "Miguel Pérez Carreño", ningún caso de criptococosis en menores de 15 años.

**Discusión:** La criptococosis en este grupo etario es poco frecuente, si se considera que toda la población está expuesta a la inhalación de las levaduras capsuladas, que pueden ser distribuidas en el ambiente por las corrientes de aire, como se ha demostrado en estudios al aislarlas del polvo doméstico. Osorio-Herrera, entre 1938-1976, recopiló los casos diagnosticados con criptococosis en todo el país y, encontró solo 6 pacientes de un total de 47 casos. Se desconoce la razón del por qué la incidencia de esta micosis oportunista, es menos frecuente en la población menor de 15 años que en la población adulta con SIDA.

**45. EL EMBARAZO COMO ÚNICA CONDICIÓN SUBYACENTE DE UNA CRIPTOCOCOSIS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.** Celina Pérez, Yumaira Hernández, María Teresa Colella, Arantza Roselló, Carolina Olaizola, Martín Carballo, Claudia Hartung, Sylvia Magaldi, Sofía Mata-Essayag.

Sección de Micología Médica. Instituto de Medicina Tropical, UCV. Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

**Introducción:** El embarazo rara vez ha sido asociado con la criptococosis, aunque durante el

mismo, se presenta alteración de la actividad de los linfocitos T. A continuación se presentan 2 pacientes VIH (-), hospitalizadas en el HUC. Casos clínicos:

	Paciente A	Paciente B
Hospitalización año	2000	2003
Edad	18	26
Procedencia	Caracas	Puerto Ordaz
Gestación (sem)	31.5	12
Ocupación	Estudiante	Oficios del hogar
Contacto con palomas	No	No
Signos/síntomas	Cefalea, vómitos, fiebre	Cefalea, nauseas, vómitos, fiebre, alt. edo. conciencia
Cultivo de LCR	C. neoformans	C. neoformans
Imagen cerebral	Imagen nodular única parietal derecha	Infartos lacunares en gang basales y subcorticales frontales
Biopsia cerebral	Criptococoma	No
Tratamiento	Anfotericina B	Anfotericina B
Evolución materna	Satisfactoria	Satisfactoria
Conducta obstétrica	Vaciamiento uterino (anhidramnios)	Vaciamiento uterino (anhidramnios)

**Discusión:** El embarazo como único factor condicionante de la criptococosis, rara vez se ha reportado a nivel mundial. Pereira, en su revisión entre 1936-1993 encuentra 19 casos (VIH-); Wesley, realiza también una revisión de la literatura entre 1954-1998 y recopila 24 casos (1 VIH+). Osorio-Herrera entre 1938-1976, encuentra 1 solo caso en Venezuela. Debido a los escasos reportes de esta asociación, no hay suficientes datos que permitan explicar certeramente el mecanismo por el cual se disemina la infección, ante esta condición de base. El compromiso placentario y la mortalidad materna (27 %-42 %), se relaciona con el grado de severidad de la criptococosis. Hasta los momentos, no existen reportes de casos de criptococosis congénita, sin embargo, tampoco hay suficientes estudios para descartar tal posibilidad. En los pocos casos descritos, no se ha evidenciado la transmisión placentaria.

**46. LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA (LMP) EN VIH / SIDA Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA. (TAAE).** Norka Balliache, Mario Rivera P, Abigail Marín V, Francisco De Gouveia D, Wuency Landaeta N, Ilen Mata.

Hospital "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Introducción: LMP es una enfermedad viral, de curso subagudo o crónica del tejido cerebral provocando extensa desmielinización, con expresión imagenológica característica en la resonancia magnética (blanco en T2 y negro en T1). Se produce por reactivación del Papovavirus (DNA) denominado JC, que infecta los oligodendrocitos. Posee baja frecuencia como infección oportunista del SNC en pacientes con SIDA (1 % A 10 %). involucra la respuesta inmune tanto humoral como celular. LMP puede avanzar a demencia severa y muerte en varios meses, remisión espontánea sin tratamiento en pocos pacientes ó remisión apreciable, luego de iniciado TAAE.

Metodología: De los pacientes que regularmente acuden a la consulta de VIH de nuestro hospital, se seleccionaron dos (2) casos, con criterios clínicos, imagenológicos y de laboratorio ( CD4+ y descarte de otras infecciones-SNC por análisis de LCR) que permiten establecer diagnóstico de LMP. Se evaluó la presencia de manifestaciones neurológicas (cognitivo y motor), serología negativa para virus de Epstein Barr, Varicela zoster *Toxoplasma gondii* e imágenes de resonancia magnética de compromiso de sustancia blanca. Resultados: Caso N°. 1 Masculino de 34 años de edad, Infección HIV detectada en el año 1998. En septiembre del 99 presenta hemiplejía izquierda, afasia de expresión y trastornos visual, sin déficit cognitivo. CD4+ = 4 cell/mm<sup>3</sup>. RMN T2 y FLAIR: imágenes de alta intensidad que comprometen centros semiovais, sustancia blanca occipital izquierda y derecha. Inicia TAAE cuádruple (didanosina, abacavir, ritonavir, raquinavir). Nueve meses después se evidencia notable mejoría clínica: motora (uso de bastón), y RMN con disminución del compromiso de sustancia blanca. En transcurso de los últimos 5 años se instala déficit motor progresivo, confinándole a silla de rueda y dependencia total para sus labores habituales. Caso N°. 2: Masculino de 41 años de edad. Deportista. Debuta con alteración de conciencia y convulsiones transitorios y hemiplejía izquierda. RMN: imágenes difusa hiperintensa parietal y occipital derecha. Cuenta de CD4+: 108/mm<sup>3</sup>. Inicia TAAE (AZT, didanosina, indinavir) presenta estabilización clínica, y recuperación, mantiene marcha con bastón; controles sucesivos demuestran mejoría clínica no así la imagenología. Conclusiones: Los dos pacientes presentados con criterios establecidos para LMP, mostraron regresión variable de manifestaciones neurológicas, mejorando su calidad de vida por la TAAE iniciada. La regresión de las imágenes fue variable.

**47. EFECTIVIDAD DE EFVIRENZ VERSUS LOPINAVIR/RITONAVIR ASOCIADO A DOS ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS COMO TRATAMIENTO DE INICIO EN PACIENTES VIH POSITIVOS.** Natalie Janhke, Yadira Pérez, José Santos, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, María Elena Marín, Manuel Cortesía, Andreína Sánchez, Julio Castro, Manuel Guzmán.

Hospital Vargas de Caracas.

Objetivo: Comparar la efectividad virológica e inmunológica de 2 esquemas basados en efavirenz versus lopinavir/ritonavir combinados con dos análogos nucleósidos en pacientes sin tratamiento previo.

Materiales y métodos: Estudio observacional de cohorte. Falla virológica (FV) definida como carga viral (CV) >50 cop/mL en los intervalos: 3 a 9, 10 a 16 y 22 a 28 meses luego del inicio. Se determinó la variación de CD4+. Se realizó análisis univariado de variables asociadas a FV. Se aplicaron *Sum Rank Test*, *Log Rank Test* y  $\chi^2$ .

Resultados: 189 pacientes iniciaron tratamiento entre diciembre 2000 y abril 2004 : 114 efavirenz (EFV) y 45 lopinavir/ritonavir (LOP/RIT) combinados con dos análogos nucleósidos. Los grupos fueron comparables en características basales: edad promedio 36,5 años en EFV vs 36,9 años en LOP/RIT,  $p=0,78$ ; CD4+ basal promedio 183,3 en EFV vs 143,7 en LOP/RIT,  $p=0,14$ ; CV basal 203,696 cop/mL en EFV vs 217,772 cop/mL en LOP/RIT,  $p=0,77$ . Para la cohorte completa, el porcentaje de indetectabilidad fue del 87 % a los 6 meses, 58 % al año y 48 % a los 28 meses. El cambio de CD4+/mes fue +10,5 en EFV vs +9,5 en LOP/RIT,  $p=0,77$ . Los porcentajes de indetectabilidad fueron similares en ambos grupos durante todo el período de observación.

Conclusiones: Ambos esquemas fueron comparables en su efectividad en una cohorte de pacientes en términos de variación de CD4+ y porcentaje de indetectabilidad de CV.

**48. ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA AGOSTO-OCTUBRE 2002.** María A Rosas, Corina González, Laddy de Escalona, Olga de Febres, Patricia Zibaoui, Luis Domínguez, Nelson Orta, Miriam Sánchez, I Lunar.

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Universidad de Carabobo. Valencia, Estado Carabobo.

Objetivo: Determinar la función tubular y de filtración glomerular, su relación con el estadio

clínico e inmunológico y los posibles factores de riesgo asociados en pacientes con diagnóstico de VIH, que acudan a la consulta de infectología pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (C.H.E.T.), durante el lapso de agosto a octubre de 2002. Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de HIV, comparados con grupo sin patología de base. Se les realizaron pruebas de funcionalismo renal séricas (creatinina, urea, ácido úrico, electrolitos y gases venosos) y urinarias en 1° 2° muestra (relación calcio/creatinina, ácido úrico/creatinina, fósforo/creatinina, proteinuria/creatinuria, FENa, depuración de creatinina). Para la presentación de los resultados y sus tendencias, se utilizó, el software SPSS versión 7.5 SS, año 1997; empleando: frecuencias absolutas y relativas, porcentajes, media, moda, desviación estándar, error estándar, Chi cuadrado, T de Student, correlación de Spearman

Resultados : Se estudiaron 26 niños HIV + durante el lapso de agosto-octubre (57,7 % del sexo femenino y 42,3 % masculino); y 24 niños no VIH; 25 de los pacientes adquirieron la enfermedad de forma vertical y uno por transfusión sanguínea (3,85 %). Un 80,8 % eran < ocho años. El 26,9 % en estadio A1 (todos <8 años), con igual porcentaje en el estadio C3 (42,8% > 9 años). En funcionalismo túbulo-intersticial renal y de la función glomerular, se encontró un 61,5 % hiperuricosuria e hipercalcioria; mientras que un 33,3 % del grupo control presentó hiperuricosuria e hipocloruria. La relación ácido úrico/creatinina y calcio/creatinina urinaria en ausencia de enfermedad renal diagnosticada mediante ecografía, resultaron con un valor medio y superior, con una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ), con respecto al grupo control; no así, la excreción de potasio y cloro urinario. No se detectó deterioro de la función glomerular a través de la fórmula de Schwartz, proteinuria con rango nefrótico, ni alteración en los valores de la creatinina sérica; tampoco, relación entre los indicadores de tubulopatía, estadio clínico-inmunológico, tiempo y esquema de tratamiento antirretroviral recibido ( $P > 0,05$ ). Los pacientes con menor cuenta de linfocitos CD4+ fueron los más propensos a presentar coinfecciones, sin relación significativa ( $P > 0,05$ ) con las tubulopatías.

Conclusión: los niños con infección por el VIH tienen alto riesgo de desarrollar alteración de las pruebas de funcionalismo tubular renal en cualquier momento de la enfermedad, pudiendo tener relación con factores genéticos, ambientales, tratamiento antirretroviral y/o a la afección per sé del virus a nivel renal.

**49. DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN PACIENTES VIH POSITIVOS.** Velmar Quintero, Patricia Mantilla, Anselmo Rosales, Dayana Delgado, Gabby Hernández.

Centro Científico Metropolitano del Norte, Instituto de Oncología y Hematología, Centro de Inmunología Clínica. IVSS. Instituto de Oncología y Hematología. UCV-MSDS. Caracas

Antecedentes: Se describen AAFs en pacientes VIH seropositivos, asociados como factor pronóstico. Objetivo: Determinar frecuencia de AAFs en pacientes VIH positivos. Materiales y Métodos: Se determinaron anticuerpos Anticardiolipina (ACL) y Anti-B2-Glicoproteína (Anti-B2-GPI) por ELISA. Anticoagulante Lúpico (AL) por pruebas de coagulación. Resultados: 50% tenían algún AAFs positivo: 48,2% ACL IgG, 32,1% ACL IgM, 42,8% Anti-B2-GPI y 4% AL. No hubo asociación de AAFs con edad, CD8+ ni categoría clínica, pero al clasificar según valor de CD4, se observó mayores niveles de ACL IgG e IgM y anti-B2-GPI IgG en el grupo mayor de 200 cel/mm<sup>3</sup> ( $p=0,02$ , 0,03, 0,03 respectivamente). El 42,8% tenía VDRL positivo, de ellos, 54,2% dio algún AAFs positivo comparado con 50% del grupo VDRL negativo. No obstante, en el grupo VDRL negativo se observó mayores niveles de ACL IgM y Anti-B2-GPI IgG ( $p=0,001$  y 0,094 respectivamente); 6 pacientes (10,8%) presentaron trombocitopenia, de ellos el 66,7% (4/6) fueron VDRL reactivo a altas diluciones y 83,3% tenían ACLs y Anti-B2-GPI IgG positivos; 33,3% (2/6) desarrollaron trombosis. Conclusiones: AAFs son frecuentes en VIH, pero no tienen importancia como marcador de progresión. Altos niveles de AAFs no se asocian con VDRL. Trombosis se relaciona con trombocitopenia, VDRL a altas diluciones y AAFs positivos.

**50. CASOS DE TUBERCULOSIS Y SIDA EN ADULTOS, REGISTRADOS EN LA ZONA VALENCIA – OESTE. ENERO 2000 A JULIO 2004.** Adriana Centeno, Lourdes Montilla, Silvia Meza, Esther Barella, María Díaz, Grace Álvarez, Heidi Mago.

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia, Estado Carabobo.

La coinfección TB-VIH tiene una marcada relevancia epidemiológica y clínica en el mundo, sobre todo en los países en desarrollo. Nos propusimos estudiar el fenómeno de la coinfección de TBC/VIH en adultos de la coordinación Valencia-Oeste del Estado

Carabobo -Venezuela, desde enero de 2000 a julio de 2004.

**Material y métodos:** Un estudio descriptivo-retrospectivo, durante 43 meses, con datos obtenidos de las historias del programa antiTBC de la coordinación Valencia- Oeste. **Resultados:** 44 nuevos casos, 37 (84 %) con TBC, (86,5 %) forma pulmonar y (13,5 %) extra pulmonar. 7 (16 %) para quimioprofilaxis, predominó el sexo masculino (77,3 %) y la edad entre 21 y 40 años (82 %). La baciloscopia fue positiva en un 53,12 % y el PPD fue positivo en un 25 % (valor > 5 mm). El patrón con caverna se evidenció en el 43,33 % de las formas pulmonares. En 61,4 % hubo curación, 13,6 % muertes atribuibles a la TBC, 11,4 % abandonó el tratamiento, el resto transferido o en tratamiento actual. Se registró un aumento considerable del número de casos/año entre el 2000 y el 2004, a pesar que solo están registrados los primeros 7 meses de este último año.

**Conclusión:** Este aumento tiene relación con el incremento de casos de VIH/SIDA en nuestro medio. Hubo un porcentaje considerable de abandono al tratamiento, característica que comparten la TBC y la infección VIH. Por otro lado el valor del PPD en pacientes con alteración de la inmunidad celular, no aporta más datos, que la clínica y radiología, debiéndose hacer hincapié en la búsqueda de otros datos clínicos.

**51. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL EN UNA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA.** Adriana Centeno, Silvia Meza, Esther Barella, María Díaz, Grace Álvarez, Hedi Mago, I Díaz.

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Valencia – Venezuela

**Objetivo:** Estudiar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes controlados por la consulta de Infectología adultos, en la CHET.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo entre junio y agosto de 2004, aplicando una encuesta al 30 % del total de pacientes controlados por esta consulta hasta la fecha.

**Resultados:** 32,56 % femeninos y 67,44 % masculinos, 65 % de 21-40 años. Con tiempo de tratamiento menor a un año 60 %; 32,56 % con pareja estable y 42 % desempleados. 65 % con estudios entre medios y superiores. 86 % tuvo buena tolerancia al tratamiento desde su inicio. En 15 (34 %) pacientes hubo necesidad de cambiar el tratamiento, 3 por incumplimiento, 3

por disponibilidad y 9 por efectos adversos, 2 abandonaron el tratamiento en alguna oportunidad y 50 % presentó algún signo de depresión. 3 abandonaron el tratamiento en alguna ocasión, de estos 2 con ideas suicidas, 2 desempleados, 2 con intolerancia al tratamiento por efectos adversos, ninguno con pareja estable y no hubo preferencia sexual. El 98 % refirió buena adherencia a su tratamiento, 82 % se tomaban el tratamiento siempre en el mismo horario. Del total de pacientes 18 (42 %) con un segundo control de CD4 y carga viral, evidenciando mejoría en todos los casos, independientemente de su adherencia.

**Conclusiones:** Evidenciamos buena adherencia en los pacientes, independientemente de su edad, sexo, grado de instrucción, o preferencia sexual; la tolerancia, la necesidad de cambio y el abandono tuvo relación con el estado emocional, al igual que lo reportado por otros autores. Tampoco hubo diferencias entre los esquemas de tratamiento y la adherencia al mismo.

**52. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE VIH/SIDA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. 2003** Marisella Silva<sup>1</sup>, Nancy González<sup>2</sup>, Rafael Nahmens<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Caracas. <sup>2</sup>Salud Pública, UCV; <sup>3</sup>Gerencia, UCAB

**Objetivo:** Evaluar la estructura, volumen y rendimiento de la consulta externa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto (SEIA), del Hospital Universitario de Caracas durante enero - diciembre de 2003.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, con datos de los archivos de la consulta, informes mensuales, libros de citas y censos diarios. Se calculó el volumen de la consulta según el tipo (primera, sucesiva y triaje), rendimiento (número de consultas/hora), índice de deserción (pacientes que faltan a la cita), estructura física y número de consultorios necesarios según la demanda, mediante fórmulas estándares para tal fin.

**Resultados:** Se realizaron 4072 consultas: 1270 regulares (162 de primera y 1108 sucesivas) y 2802 consultas de triaje, en un solo consultorio. La mayoría de los pacientes de primera se evaluaron en el triaje, donde el rendimiento fue de 4/hora (15 minutos/consulta), siendo de 2/hora en las sucesivas y menos de 1/hora en las de primera, debido al alto índice de deserción: el global fue mayor del 30 %.

El tiempo de espera para las consultas de primera

fue mayor de 3 meses.

Conclusiones: El volumen de la consulta de VIH en el SEIA es muy elevado. La mayoría de los pacientes son evaluados superficialmente en el triaje en corto tiempo, debido al retardo en obtener las citas para las consultas regulares. Se tiene un déficit de 3 consultorios para atender la demanda, y el espacio físico es inadecuado. Es necesario contar con ambientes apropiados, dotados de recursos materiales y humanos suficientes que permitan la educación y atención de calidad a los pacientes con infección por VIH/SIDA.

**53. ROSUVASTATINA EN EL TRATAMIENTO DE DISLIPIDEMIA DE PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.** Yelitza Castillo, Zenaida Castillo, Jennifer Moreno, Gisela Vargas, Elsy Rujana, Isabel Díaz, Heidi Mago.

Unidad de Infectología. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde". Centro Médico Guerra Méndez. U.C. Valencia, Estado Carabobo.

La morbi-mortalidad en pacientes con VIH/SIDA se ha reducido significativamente con el uso de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), sin embargo las enfermedades cardiovasculares por dislipidemias se ha incrementado notablemente. La dislipidemia es un efecto adverso bien reconocido de la terapia antirretroviral, particularmente con el uso de PIs y algunos inhibidores no nucleósidos, asociado a una alta incidencia de eventos cardiovasculares en estos pacientes. Las estatinas más hidrosolubles (rosuvastatina y pravastatina) son las más recomendadas. La rosuvastatina, es hidrofílica, sometida a metabolismo con participación mínima de isoenzimas del citocromo P-450, por lo tanto mínimas interacciones medicamentosas. Objetivo: Determinar el efecto del uso de rosuvastatina en la evolución de los niveles de colesterol, LDL, HDL colesterol y triglicéridos, la rapidez en su descenso, efectos adversos y el impacto sobre la eficacia del HAART, a través de la medición de los niveles de linfocitos CD4, en los pacientes portadores de VIH y dislipidemia asociada al tratamiento antirretroviral. Métodos: Se realizó un estudio clínico, prospectivo y multicéntrico en pacientes portadores de VIH y que presentaban dislipidemia desde leve a severa, asociada al tratamiento antirretroviral, de la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", del Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde" y la consulta de infectología del Centro Médico Guerra Méndez,

se trataron con rosuvastatina entre 10 y 20 mg diarios por 1-3 meses. Noviembre-03-agosto-04. Resultados: De 60 pacientes; 12(20%) fueron del sexo femenino y 48 (80%) del sexo masculino, la edad promedio fue 39 años, 30 recibían lopinavir/ritonavir, 11 efavirenz, 9 lopinavir/ritonavir/efavirenz, 2 nelfinavir, 7 saquinavir/ritonavir y 1 indinavir. 21(35%) presentaron dislipidemia severa (nivel muy alto de colesterol, LDL-C y triglicéridos)\* y 39(65%) dislipidemia leve-moderada (nivel alto de colesterol, LDL-C y triglicéridos)\*, en el caso de dislipidemia leve-moderada solo se necesitó 1 mes de tratamiento y 2-3 meses en el caso de dislipidemia severa observándose rápido descenso en los niveles de lípidos, todos presentaron aumento en sus niveles de linfocitos T-CD4, buena evolución clínica y no se presentaron efectos adversos. (\*Clasificación ATP III). Conclusión: La rosuvastatina fue efectiva y segura en el tratamiento de las dislipidemias de pacientes tratados con PIs y con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa. Se observó no sólo disminución del colesterol, sino además de triglicéridos.

**54. RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) EN PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA EL VIH EN EL ESTADO ANZOÁTEGUI.** Ana M González\*, Benito Rodríguez.

\*Programa ITS- SIDA\*\* Hospital IVSS "Dr. Guzmán L." Barcelona.

Objetivo: Determinar la induración de la prueba cutánea del PPD en pacientes seropositivos al VIH.

Método: Se estudiaron los pacientes seropositivos para el VIH que ingresaron al programa para el control del SIDA desde enero-1999 hasta junio-2004. Se les realizó la prueba cutánea del PPD mediante su aplicación de 2 UI vía intradérmica y se midió la induración a las 48-72 horas de su aplicación. Se le relacionó el resultado de la prueba con el sexo, diagnóstico clínico, radiológico y bacteriológico de Tuberculosis (TBC) y el conteo de subpoblación (CSL) linfocitaria. Se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado para encontrar diferencias entre las variables estudiadas. Se consideró significancia estadística los valores de p inferiores o igual a 0,05. Se utilizó el programa estadístico EPINFO 2000 para el análisis de los datos.

Resultados: Se estudiaron 127 pacientes con serología de VIH positiva a los cuales se les aplicó la prueba de PPD, a 23 (18%) de estos pacientes no pudo realizarse la determinación del CSL. La muestra estuvo constituida por 85

varones (75,95) y 27 mujeres (24,1%) El promedio de edad fue de 34 años (16,60%). La induración del PPD se observó en un 11,8 % de los pacientes estudiados.

#### Resultado del PPD según CSL

PPD (mm)	CSL < 200 (n=33)	CSL > 200 (n=57)	Sin CSL (n=22)
0-2	0	0	0
3-4	1	1	0
5-10	2	4	1
11-14	0	1	0
>15	0	4	1
Total	3 (9%)*	10 (17,5%)	2 (9%)

\* p=n.s.

No se observó significancia estadística al comparar el valor de la induración del PPD según el sexo. La presencia de un PPD  $\geq 3$  mm determinó una sensibilidad del 50% y especificidad del 96%. El valor predictivo positivo fue de 30% y el valor predictivo negativo fue de 96%.

Conclusión: El CSI no fue determinante para la presencia de induración del PPD ( $\geq 3$  mm). El sexo tampoco fue determinante para la induración. La presencia de una induración del PPD en estos pacientes no presentó una adecuada utilidad diagnóstica para descartar TBC.

**55. RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE VIH Y CÁNCER DE OVARIO. Reporte de un caso y revisión de la literatura.** Rosa Khalil, Carlos Tarazona, Gustavo Nava, Rosalbina Chacón, Ana Carvajal, Roberto Ochoa.

Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Medicina 3,- Caracas-Venezuela.

Objetivo: Planteamos este caso, debido a que la asociación entre infección por VIH y su relación con patología tumoral de ovario, de células germinales, no ha sido reportada previamente, pudiendo ser este caso, el primero en ser reportada esta asociación, relacionando de este modo las 2 dos patologías, siendo la infección por VIH, la causa predisponente de aparición de dicha patología, planteando que la incidencia de procesos malignos, aumenta en presencia de inmunidad celular anormal.

Se trata de caso de paciente femenina de 40 años, quien refiere inicio de enfermedad actual 1 mes antes de su ingreso, cuando presenta fiebre diaria, pérdida de peso, tos con expectoración hemoptoica, adenopatías cervicales, evacua-

ciones líquidas y aumento progresivo de la circunferencia abdominal.

Antecedentes personales: TBC pulmonar año 2002, con tratamiento con 4 drogas. TBC ganglionar año 2003. Uso de drogas de abuso. Examen físico: Paciente en muy malas condiciones generales, consciente, bradipsíquica, postrada, palidez cutáneo-mucosa acentuada, lesiones blanquecinas en paladar. Ruidos respiratorios disminuidos en bases pulmonares, con abundantes roncus. Abdomen globoso. Circunferencia abdomen: 98 cm. Masa abdominal gigante que abarca región umbilical hasta hipogastrio. Evolución intrahospitalaria: tórpida, persiste con dolor abdominal muy severo durante toda la hospitalización, así como con evacuaciones diarreas abundantes, presenta episodio convulsivo, posteriormente dolor y disminución de fuerza muscular en miembros inferiores y un mes después de su ingreso fallece. Se realiza autopsia que reporta: Infección pulmonar por Citomegalovirus. Tuberculosis hepática. Tumor mixto de células germinales de ovario: Disgerminoma y teratoma: ggran masa abdominal, que infiltra peritoneo.

Conclusión: Se plantea que la incidencia de procesos malignos aumenta en el contexto de presencia de inmunidad celular anormal. Se ha observado un incremento de la asociación entre VIH y la aparición de patología tumoral, siendo estas enfermedades malignas diferentes a las observadas con frecuencia en SIDA, como por ejemplo: cáncer anal, linfoma Hodgkin, leiomiomasarcoma, cáncer testicular, piel, mucosa oral, pulmón, etc... Se plantea que la historia natural de la enfermedad tumoral, se vea alterada en el contexto de la infección por VIH, siendo el tumor de células germinales de ovario, el segundo en frecuencia de las neoplasias ováricas. Constituyendo este caso el primero en la literatura en reportar esta asociación en pacientes femeninas, ya que la asociación en pacientes masculinos con VIH y seminomas, ya ha sido reportada.

**56. DISLIPIDEMIA EN PACIENTES VIH/SIDA QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ACTIVA (TARVAA).** Zenaida Castillo, Sandra Vivas, Jennifer Moreno, Joel González, Gisela Vargas, Elsy Rujana, Yelitza Castillo.

Unidad de Infectología, Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Universidad de Carabobo. Centro Médico Guerra Méndez. Valencia, Estado Carabobo.

Alteraciones del metabolismo lipídico, han sido descritas en pacientes VIH/SIDA, antes del advenimiento de la terapia antirretroviral altamente

activa (TARVAA), asociadas a progresión de enfermedad. Sin embargo, la dislipidemia es ahora más frecuente y más pronunciada, particularmente con el uso de inhibidores de proteasa.

Objetivo: Determinar los niveles de colesterol, LDL, HDL colesterol y triglicéridos, en pacientes VIH/SIDA, con TARVAA, de la Unidad de Infectología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" y Centro Médico Guerra Méndez. Enero2000-Agosto 2004

Metodología: Se realizó determinación de los niveles de colesterol total, LDL-C, HDL-C y triglicéridos en ayunas de 12 horas, a todos los pacientes VIH/SIDA con TARVAA, de la Unidad de Infectología del Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde" y Centro Médico Guerra Méndez, de enero 2000 a agosto 2004.

Resultados: Se incluyeron 207 paciente, 35(19,9 %) sexo femenino y 172(83,1 %) del sexo masculino, 85(41,1%) reciben lopinavir/ritonavir, 40(19,3 %), indinavir, 24(11,6 %), saquinavir, 132 de ellos también reciben ritonavir (Ver Tabla)

EFAVIRENZ/3TC/AZT	25	IND/ 3TC / D4T	13
ABCVR/3TC/AZT	17	IND/ 3TC/AZT	2
Lop/Rt / 3TC/ D4T	54	IND/3TC/ABCVR	2
Lop/Rt / ABACAVIR/ D4T	4	NFNVR/3TC/AZT	15
Lop/Rt / 3TC/AZT	13	NFNVR/ D4T/ABCVR	1
Lop/Rt / ABCVR/ Efavirenz	10	SAQ/ Rt/ABCVR/EFVRENS	2
Lop/Rt/DDI/EFVRENZ	4	SAQ/ Rt / 3TC/AZT	9
IND/Rt/ABCVR/D4	10	SAQ/Rt/3TC/ABCVR	4
IND/Rt/3TC/AZT	6	SAQ / Rt/ D4T/ABCVR	4
IND/Rt/3TC/D4T	7	SAQ/Rt/3TC/D4T	5

Observamos dislipidemia severa (nivel muy alto de colesterol, LDL-C y triglicéridos) en 90 % de los pacientes con lopinavir, ritonavir y efavirenz, observándose cifras más bajas de ambas fracciones en pacientes con nelfinavir y los esquemas sin lps.

### 57. PERFIL HEMATOLÓGICO EN PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA EL VIH. VALOR PRONÓSTICO EN ADULTOS. A González, B Rodríguez, D Monroy.

\*Programa Regional ITS-SIDA Hospital "D. Guzmán Lánder" †Hospital Luis Razetti

Objetivos: Determinar las alteraciones hematológicas en los pacientes seropositivos para el VIH, y su relación con la mortalidad.

Materiales y Métodos: se estudio en pacientes seropositivos para el VIH, antes de iniciar la terapia antirretroviral, los valores hematológicos, subpoblacion linfocitaria, carga viral y se relacionó la sobrevida en un período menor o igual a un año. Se definió como anemia leve niveles de

hemoglobina <12 g/dL en mujeres y <14 g/dL en hombres; moderada HB, 10 g/dL en mujeres y 12 g/dL en hombres. A severa <8g/dL para mujeres y hombres. Leucopenia <4 500 glóbulos blancos (GB)/mL, trombocitopenia (plaquetas PLT <150000 células/mL), eosinofilia > 5 células/mL se utilizaron los métodos estadísticos Chi cuadrado, regresión múltiple se tomaron en cuenta niveles de significancia estadísticas p<0,05. Se utilizo el programa SPSS para el procesamiento de los datos.

Resultados y conclusiones: entre mayo 1999 a mayo 2004, consultaron 249 pacientes HIV +, 68 (27,3 %) pacientes eran del sexo femenino y 181 (72,69 %) del sexo masculino. Se obtuvo SP en 187, 78 pacientes (41,7 %); tenían un valor de CD4 <200 células/mL, 109 pacientes (58,2 %) >200 CD4 células/mL. Los promedios de las variables fueron los siguientes la edad fue 33,41 años (DE: 10,02), Hb: 11 (DE: 1,97), plaquetas 239 972,01 (DE: 89317,85), GB: 6027,9 (DE: 2341,03). En la tabla se detallan los hallazgos hematológicos

Células/mL	A. Severa	A. moderada	A. leve	AnemiaTotal	GB<4500	Eos >5 %	PLT<15x10 <sup>3</sup>	Muerte
<200 N=79	8	12	37	57	28	18	4	12
>200 N=109	0	14	74	88	23	27	4	4
Sin sp N=	4	13	38	55	19	14	4	5
Total N=224	12 (4,81%)	39 (15,66%)	149 (59,83%)	200 (80,32%)	70 (28,11%)	59 (23,69%)	20 (8,03%)	21 (8,43%)

Sp: Subpoblación linfocitaria

Se encontró relación significativa entre la presencia de leucopenia y un valor de CD4 menor de 200 células/mL (p: 0,048 OR: 2,02 IC: 1,06-3,9); la presencia de anemia, (p: 0,001 cc; 0,280) y el sexo femenino. No se encontró significancia estadística (p>0,05) entre la presencia de anemia, eosinofilia, trombocitopenia y el valor de los linfocitos CD4, CD8. Se encontró relación significativa entre muerte y la presencia de anemia para valores de HB <10g/dL (p< 0,0001 r: 0,071), leucopenia (GB<4000 células/ml) (p: 0,002 r: 0,69) y trombocitopenia (p: 0,03 r: 0,34). También se observó significancia estadística entre el valor de CD4< 200 células/mL (p: 0,043 r: 0,24) como predictor de muerte. No se encontró significancia estadística (p>0,05) entre la edad, sexo, eosinofilia, linfocitos, segmentados y la sobrevida.

### 58. MORBIMORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR.

**ALFREDO VAN GRIEKEN” DE CORO. ENERO 1998-DICIEMBRE 2002. ESTADO FALCÓN.** O López, A Vargas, S Blanchard, L Vílchez.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken”. Coro, Estado Falcón.

**Objetivo:** Determinar la morbimortalidad por tuberculosis pulmonar, de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Coro.

**Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo y retrospectivo, donde se tomó una población de 61 pacientes. Se utilizó una fuente de recolección secundaria (historias clínicas), cuya información es representada en gráficos y tablas según variables: edad, sexo, signos, síntomas, imagen radiológica, etc.

**Resultados:** De los 61 pacientes estudiados; el 59 % corresponde al sexo masculino y el 44 % al sexo femenino. La cuenta blanca es normal en el 68,8 %, leucocitos 24,5 % y leucopenia 6,5 %. El BK de esputo es positivo (70,5 %), negativo (21,3 %), PPD positivo (44,2 %), negativo (49,1 %). La serología de HIV es positiva en 01 paciente. La imagen radiológica más frecuente es un infiltrado multinodular en lóbulos superiores en el (47,5 %) y lóbulos inferiores (22,9%). El estado nutricional es normal en un (34 %) y desnutrición (66 %). La evolución intrahospitalaria fue satisfactoria en el (95 %), tórpida (3,2 %) y muerte (1,6 %)

**Conclusión:** Se concluye que la tuberculosis pulmonar es más frecuente en ancianos, predominantemente del sexo masculino y en pacientes inmunosuprimidos, especialmente desnutridos. Actualmente se sigue considerando un importante problema de salud pública que requiere de un mejor y mayor control epidemiológico.

**59. INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SERVICIO ITS/VIH-SIDA. SISTEMA LOCAL DE SALUD PARAGUANÁ. 1999-2003.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Teresa Plata, Benigna Báez, Domingo Morales.

Servicio ITS/VIH-SIDA. Sistema Local de Salud Paraguaná. Punto Fijo, Estado Falcón.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de infecciones de transmisión sexual en gestantes adolescentes que acudieron por primera vez al Servicio ITS/HIV-SIDA, en el Sistema Local de Salud Paraguaná, Punto Fijo, Estado Falcón, durante el quinquenio 1999-2003.

**Diseño metodológico:** Se realizó estudio

descriptivo, retrospectivo, transversal con la revisión de 168 historias clínicas de gestantes que acudieron por primera vez al Servicio ITS/HIV-SIDA, en el Sistema Local de Salud Paraguaná, durante 1999-2003, de las cuales 42 correspondieron a embarazadas adolescentes. Los resultados se tabularon y analizaron tomando en cuenta frecuencias absolutas y porcentaje

**Resultados:** La edad promedio fue 16,6 años; realizan oficios del hogar 92,9 %. Primigestas 64,3 %; los diagnósticos fueron sífilis 42,9 %; VIH-SIDA 21,4 %; condilomatosis 19,1 % y hepatitis B 7,1 %; el 9,5 % presentó otro tipo de infección. Se realizó diagnóstico precoz solo a 33,3 %, 40,5 % en el segundo trimestre y 19,1 % en el tercer trimestre de gestación.

**Conclusión:** Las infecciones con mayor incidencia fueron la sífilis y la infección por VIH. Se recomienda la captación precoz de la embarazada, el diagnóstico, tratamiento oportuno de las ITS, así como la realización de pesquisa serológica, como método eficaz para la prevención de la transmisión vertical y la infección fetal; así como, la creación y fortalecimiento de programas que involucren al sector salud, la familia y las instituciones educativas para lograr la educación y concientización del adolescente para que pueda alcanzar una sexualidad responsable y libre de riesgos.

**60. INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.** E Quintana, A Quiroz, H González, M Torres, N Seguí, F Silva.

Hospital “Carlos J. Bello”. Cruz Roja Venezolana. Instituto Nacional de Gerontología y Geriátrica. INAGER. Caracas

Estudiar la frecuencia y características de las IRB en el adulto mayor institucionalizado en la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero, Quintero”. Caracas.

**Métodos:** Estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados a Unidad Geriátrica, enero 2000-diciembre 2003 con diagnóstico de IRB. **Resultados:** total de pacientes hospitalizados durante el período estudiado (336), presentaron IRB 40,4 %, de estos 63,3 % pertenecen al sexo femenino y el 42,6 % corresponde a la octava década. Los síntomas referidos con mayor frecuencia: tos (52,9 %), alteración conducta habitual (47,7 %), síntoma frecuente de presentación en el adulto. Presentaron agregados pulmonares: crepitantes y roncus en un 77 % y 57

% respectivamente. Los signos, hipotensión, hipotermia se presentó con mayor frecuencia en los mayores de 90 años. El leucograma 11,7 % no presentó variación sugestivo de infección, el 58 % presentó neutrofilia y el 61,7 % leucocitosis. Radiológicamente la mayoría presentó lesiones en las bases (72,5 %). Se realiza cultivo al 38,2 % de los pacientes, obteniéndose Gram positivos en un 73 %, de estos *Streptococo pneumoniae* en un 46 %. Antibióticos indicados cefalosporinas 47 %, aminopenicilinas 36,7 %. Estadía en general 11-15 días, 83,8 %. Comorbilidad HTA 51,4%, EPOC 22,7 %, DM 19,1 %. Síndromes geriátricos: inmovilidad 64,7 %, incontinencia urinaria 58 %, desnutrición 56,5 % y demencias de cualquier etiología, los cuales pueden influir en la frecuencia de IRB.

Conclusiones: En adultos mayores institucionalizados es la IRB causa frecuente de hospitalización con mayor incidencia en masculinos. Alteración aguda de conciencia es relevante, hipotensión e hipotermia frecuente en longevos. Predominan gérmenes Gram positivos. Estadía menor de 15 días (83,8 %) y mortalidad 1 de cada 5 pacientes.

**61. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y LA COMUNIDAD HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA.** H González, E Quintana, A Quiroz, M Torres, N Segui, M Loreto.

Cruz Roja Venezolana. INAGER. Caracas. Venezuela.

Estudio comparativo, frecuencia y características IRB adulto mayor hospitalizado de la Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero Quintero" e iguales variables en Servicio de Medicina Cruz Roja Venezolana, Caracas.

Métodos: Estudio no experimental descriptivo. Resultados de estudios previos, períodos enero 2000-diciembre 2003.

Resultados: Frecuencia de hospitalización por IRB, institucionalizados 40,4 %, comunidad 45 %, más frecuente masculino. Octava década predomina. Tos, síntoma más frecuente institucionalizados 52,9 %, comunidad 85 %, alteraciones agudas de conducta institucionalizados 47,7 %, comunidad 28,3%. Signos, agregados pulmonares en general. Leucograma institucionalizados leucocitosis con neutrofilia 58,3 %, comunidad 33,33 %. Radiológicamente localización basal institucionalizados 72,5 %, comunidad 71,6 %, en institucionalizados imágenes a focos múltiples es superior del reporte

en comunidad. Número de cultivos comunidad es bajo. Comorbilidad, frecuencias similares. CA frecuencia mayor en comunidad, proporción que aumenta al incluir CA de pulmón en 3,67 % institucionalizados, 10 % pacientes hospitalizados. Antibióticos más usados cefalosporinas. Estadía institucionalizados 8% egresan antes de 5 días, comunidad 25%. En ambos grupos se reporta larga estadía. Fallecidos institucionalizados 17,6 % mayor que en comunidad.

Conclusiones: La institucionalización del paciente, va a influir en la presentación clínica de las infecciones respiratoria bajas, haciéndolas más florida, así como los factores de riesgo se van sumar, y repercutir en el tiempo de hospitalización, y mejoría clínica.

**62. PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS B EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA ENTRE 1996-2002.** M Suárez, M Rivero, M Gil, A Hong.

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

Hepatitis B es causado por el virus de Hepatitis B (VHB). Los pacientes con leucemias pertenecen al grupo de alto riesgo para infección por el VHB porque reciben transfusión de hemoderivados o son hospitalizados por neutropenia severa febril. La mejor forma de prevenir la infección por el VHB es la vacunación activa. Estos pacientes son considerados inmunosuprimidos por su enfermedad y por la quimioterapia citotóxica, entonces la formación de anticuerpo de superficie (AntiS VHB) derivada de la vacuna contra VHB es mucho menor con respecto a la población sana. El Dr. Guevara en 1996 demostró que no hay relación entre la transfusión de hemoderivados y la infección por el VHB en los pacientes con leucemia. La dosis de vacuna contra VHB antes de 1999 era 20 µg IM mensual por 3 dosis y solamente 17,6 % de los vacunados tenían antiS VHB positivo mientras que 61,8 % de los pacientes tenían AgS VHB y/o anticore positivo; 8,8 % de los pacientes tenían AntiS VHB negativo.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con leucemia con títulos protectores de AntiS VHB mayores de 10 mUI/mL cuando recibe 40 µg IM mensual por 3 dosis de la vacuna contra VHB. Materiales: Pacientes con leucemia que asisten a la consulta de Hematología del Hospital de Niños J.M. de Los Ríos entre 1999-2002.

Resultados: Todos los pacientes recibieron la vacuna contra VHB; el 51,5 % de los pacientes tenían AntiS VHB positivo y el 21,2 % de los pacientes desarrollaron la infección por el VHB.

Conclusión: Aumento de 17,6 % a 51,5 % de los pacientes con títulos protectores de AntiS VHB >10 mUI/mL cuando recibieron doble dosis adulta (40 µg) pero quedan cerca del 50 % de estos pacientes con alta probabilidad de infectarse con el VHB.

Recomendaciones: Determinar las causas de transmisión del VHB en los pacientes con leucemia; seguir las normas de bioseguridad y crear un comité de vigilancia integrado por el infectólogo y el epidemiólogo.

**63. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN.** Marisol Sandoval, Yurilís Fuentes, José Rivas.

Hospital "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo de infección en pacientes con LES del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", enero 1998 a diciembre 2003. Se revisaron parámetros clínicos y paraclínicos de las historias clínicas de estos pacientes. La prueba estadística utilizada fue Chi cuadrado. La población estuvo conformada por 95 pacientes, representado en 90,53 % por mujeres, con una relación de 10:1, la edad media fue 31,9 años. Se revisaron 205 hospitalizaciones, con 197 episodios de infección (65,37 %). La hipalbuminemia constituyó un factor de riesgo de infección, con un valor estadísticamente significativo ( $p=0,0044$ ). Los principales agentes patógenos involucrados en estas infecciones fueron en orden de frecuencia, bacterias (54,54 %), parásitos (24,54 %) y hongos (19,10 %). Los principales agentes bacterianos fueron: *S. aureus* (28,33 %), *E. coli* (21,67 %) y *Enterobacter* spp. (11,67 %). Los principales agentes parasitarios: *Sarcoptes scabiei scabiei* (29,63 %), *S. stercoralis* (14,82%) y *B. hominis* (11,12 %). Los principales agentes micóticos: *Candida* spp. (80,95 %) y *Pytirosporium* spp. (9,53 %). Los principales sistemas afectados en orden de frecuencia fueron: piel y partes blandas (23,86 %), gastrointestinal (22,34%), respiratorio (21,32 %) y genitourinario (19,29 %). Es importante obtener un adecuado conocimiento de los factores de riesgo de infección en estos pacientes para así disminuir los ingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y aumentar su sobrevida.

**64. MYCOBACTERIUM MUCOGENICUM AISLADO EN MÉDULA ÓSEA COMO CAUSA DE FIEBRE ORIGEN DESCONOCIDO.** Jair Vargas, Carmen Gamboa, Domingo Negrín, María Correa, C Sandoval, A Aguiar, Mercedes Prieto, AJ Rodríguez, Jacobus De Ward, M Yakrus.

Hospital Vargas de Caracas. Instituto de Biomedicina. Caracas. CDC Atlanta, USA.

*M. mucogenicum* es una micobacteria de crecimiento rápido, reconocida recientemente (1995), involucrada inicialmente en un brote de peritonitis en unidades de diálisis peritoneal. Es un agente raramente aislado, motivo por el cual se reporta. Caso: femenina 53 años, inicia su EA presentando fiebre (39 °C), precedida de escalofríos, continua, atenuada parcialmente con antipiréticos, concomitante astenia, mialgias y artralgias generalizadas, por lo cual acude a centros recibiendo tratamiento sintomático, por persistencia de dicha sintomatología y presentar cambio del patrón febril consulta 4 meses después, hospitalizándose. EF(ingreso): FC:110x', FR:24x', TA:110/70mmHg. T:37,5oC. Palidez cutaneomucosa moderada. Ojos: conjuntivas pálidas. FO: retina pálida. Tórax: discreta disminución de RsRs, base derecha. CV:RsCsRsRs SMS:A-Ao: II/IV. Extr: varices g I/IV Msls. Hematología:Hb:8,4, Hto:25,4, VCM:88 (anemia N-N), GB:13 500, 80 % N, Pla:591 000, VSG:100 mm1h. Química: LDH:258. Rx Torax: ICT:0,46 (ensanchamiento EICs). VIH:negativo. PPD:0mm. Candidina:7mm. Idx:FOD+Sd. Anémico: a. Infeccioso: endocarditis bacteriana vs granulomatosa, b. Neoplásico, c. Inmunológico: colagenopatía? Evolución: exámenes paraclínicos: Ang febriles:-.Hemocultivos (3):-.Perfil Inmunoematológico: complemento total normal; Anti-sm:-. Coombs directo:..AAN:-.Gota gruesa:-.Bx médula ósea; aspirado:presencia de 3 series eritroide sin alteración; mieloides con maduración hasta neutrófilos; megacariocitos, plaquetas aumentadas en número pero con morfología normal. Biopsia: hipercelular con presencia de las 3 series con adecuado grado de maduración: hiperplasia a predominio de la serie eritroide con cambios megaloblásticos moderadas, hemosiderosis leve, serie mieloides maduración hasta neutrófilos, eosinofilia leve, serie megacariocítica con hiperplasia leve a moderada con focos de arresto de la maduración (megaloblastosis). Ac.fólico/Vit.B12:normal. Prueba Naproxeno:-.EcoAbdominal:daño parenquimatoso hepático difuso. Serología para hongos: paracoccidioidina-histoplasmina:-.CMV-IgM:+, IgG: 223,8. Serología hepatitis A-B-C:-.VEB-IgG/IgM:.

PCR:16mg/mL .RA-test:-.ASTO 200 UI. Examen de orina: inf. urinaria nosocomial (Cefotaxime por 10 días). Presenta cefalea frontal opresiva concomitante sensación de mareos, al examen físico hay cambios en el fondo de ojo con presencia de múltiples exudados blandos: ojo izq:radial 7:00 a 9:00 a uno o dos diámetros DO: derecho: radial 11:00 a 2:00 a uno o dos diámetros DO concluyendo retinitis por vasculitis: sepsis vs inmunológica. Tto: ganciclovir. SDRA, tto con: sulperazona+amikacina+ganciclovir+prednisona. Ventilación mecánica: 17 días. Médula ósea: crecimiento BAAR a los 23 días, *Mycobacterium* no tuberculosis. Se envía muestra al CDC(EUA). Tratamiento con etambutol 1,2g vo od+claritromicina 500 mg vo c/12h. Subpoblación linfocitaria: CD4 315 (20 %), CD8:142 (9 %). Reporte CDC (Identificación por gen 16S-rRNA[PCR]): *Mycobacterium mucogenicum*

**65. INACTIVACIÓN DEL VIRUS DE HEPATITIS B: EFICACIA DE LOS DESINFECTANTES. HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". CARACAS.** Belkys Miranda, Alejandra Oliveros.

Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas.

La necesidad de seleccionar desinfectantes adecuados para destinarlos a procesos de desinfección en el equipo de biomédico y en el medio ambiente hospitalario, han sido destacados durante décadas en múltiples artículos científicos, los cuales documentan infecciones que se han producido como consecuencia de una descontaminación incorrecta de los elementos que se utilizan en los pacientes. Materiales y métodos: Se evaluó la eficacia de diferentes agentes químicos utilizados como desinfectantes para inactivar muestras serológicamente positivas para el virus de Hepatitis B, a través de una prueba de ELISA para la determinación de antígeno de superficie del virus a diferentes intervalos de tiempos hasta completar 40 minutos. Los agentes químicos evaluados fueron: Cidex®, Gerdex®, Farmadex®, Betadine®, alcohol isopropílico al 70 % v/v, cloro al 10 % y cloro concentrado.

Resultados: Se obtuvo que a los 10 minutos con el Cidex® y el cloro concentrado se negativizaron el 20 % y el 70 % de las muestras, respectivamente. A los 15 minutos, ambos desinfectantes habían logrado negativizar el 100 % de las muestras. A los 40 minutos, Gerdex® logro negativizar el 10 % de las muestras evaluadas, el resto de los desinfectantes han logrado disminuir las lecturas de absorbancias implicando una

disminución de la concentración de antígeno viral sin llegar a negativizar las muestras.

Conclusiones. Los resultados de este trabajo son compatibles con los criterios manejados por la Asociación de Profesionales en Control y Epidemiología de Enfermedades Infecciosas (APIC) en su guía para la selección y uso de desinfectantes y en la Guía para Control y Prevención de Infección por Endoscopio Flexible. Si consideramos que más y más formulaciones de esterilizantes químicos y desinfectantes están disponibles en el comercio, y que han proliferado distintas técnicas de uso, debemos concluir que cada institución debe aplicar una clara política de reprocesamiento de elementos biomédicos y que los profesionales de la salud tienen que conocer los principios de desinfección, a fin de seleccionar los desinfectantes adecuados y utilizarlos en los elementos apropiados, de la forma correcta.

**66. INFECCIÓN POR *MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS AÑOS 2002-2003.** Yadira Pérez, Natalie Janhke, José Santos, Patricia Valenzuela, María Elena Marín, Andreína Sánchez, Mario Comegna, John Ossenkopp, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, Jacobus Waard.

En los últimos años se ha observado un incremento a nivel mundial de la tuberculosis. Esta enfermedad endémica reemergente se ha asociado con factores tales como pobreza desnutrición, y coinfección con VIH.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en donde se revisaron los aislamientos de *M. tuberculosis*, diagnosticados por coloraciones directas (Zielh Neelsen) y cultivos obtenidos de los pacientes atendidos en el Hospital Vargas de Caracas tanto hospitalizados como ambulatorios, entre enero 2002 - dic 2003.

Resultados: Un total de 309 aislamientos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis: 159 pacientes en el 2002 y 150 en el año 2003, con edades comprendidas entre 14 y 80 años (39,82 años), 226 (74,11 %) del sexo masculino y 83 (26,86 %) del sexo femenino. La presentación pulmonar se encontró en 231 pacientes (74,75 %) y extrapulmonar en 78 pacientes (25,24 %). De la forma extrapulmonar encontramos: 24 (30,76%) TBC ganglionar, 19 (24,35 %) TBC pleural, 13 (16,66 %) TBC genitourinaria, 10(12,82 %) TBC diseminada, 6 (7,69 %) TBC meníngea, 5 (6,41 %) TBC peritoneal y 1 (1,28 %) TBC pericárdica. La coinfección con VIH se observó

en 78 pacientes (25,24 %) de los cuales, TBC pulmonar en 44 (56,41 %) y TBC extrapulmonar en 34 (43,58 %). La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa más importante del mundo, por lo tanto es necesario medidas de control óptimas para evitar su progresiva diseminación y altas tasas de morbimortalidad en los países con menores recursos.

**67. RESISTENCIA DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS A LA OXACILINA SÓDICA EN INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS.** Gerassimos Pouliassis, César López, Romina Figueroa, Siroyi Villarroel.

Hospital Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

**Objetivos:** Determinar la resistencia del *Staphylococcus aureus* a la oxacilina sódica en infecciones de tejidos blandos. Hospital Universitario Ruiz y Páez entre los años 1998 y 2002.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio de corte retrospectivo, no experimental, descriptivo analítico; en el cual fue considerado un universo de 1226 historias medicas del departamento de estadística y registros médicos del Hospital Universitario Ruiz y Páez con diagnóstico de infección de partes blandas debida a *Staphylococcus aureus*; la muestra utilizada (de tipo intencional) está conformada por las historias medicas de pacientes a quienes se corroboró el diagnóstico a través de Gram, cultivo de muestras de la lesión y se le realizó antibiograma de los aislamientos de *S. aureus* según el método de difusión en disco (Kirby Bauer) por parte de la Unidad de Infectología y Microbiología de este hospital. La información es recogida y registrada directamente de las historias clínicas y tabulada en tablas de distribución de frecuencia.

**Resultados:** De las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus*, 3 casos no fue determinado la sensibilidad (3,79 %), 64 casos (81,01 %) fueron sensibles y 12 casos (15,18 %) reportaron resistencia a la oxacilina.

**Conclusión:** De los casos de infección por *Staphylococcus aureus* el 15,18 % mostraron resistencia a la oxacilina; mientras que el 81,01% fueron sensibles a la misma.

**68. VULVOVAGINITIS BACTERIANA EN NIÑAS PREMENÁRQUICAS.** Gerassimos Pouliassis, Siroyi Villarroel, César López, Romina Figueroa.

Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas de la vulvovaginitis en niñas premenáuricas.

**Metodología:** Investigación de campo aplicado, no experimental, prospectiva y descriptiva. Se estudiaron 55 niñas bajo criterios de inclusión de un total de 12 168 niñas premenáuricas mayores a un año que acudieron a consulta externa y emergencia del Hospital Universitario Ruiz y Páez; y Ambulatorios Urbanos Tipo II de Ciudad Bolívar. **Resultados:** La incidencia de vulvovaginitis fue 0,45 %, más frecuente en niñas de 7-8 años (23,64 %), los hábitos de higiene inadecuados se presentaron en un 69,09% de los casos. Los síntomas predominantes fueron prurito (29,10 %) prurito asociado a disuria (14,54 %). El eritema vulvar ocurrió (67,35 %) y el vulvoanal 20,41 %. El 30,97 % no presentó síntomas asociados. Los exámenes en fresco mostraron polimorfonucleares 29,09 % y levaduras 5,45 %. En la tinción de Gram se presentaron cocos Gram positivos (50 %) y bacilos Gram negativos (31,58 %). En los cultivos creció un solo tipo de bacteria en 69,10 % (n=38) de las muestras y más de un grupo en el 12,73 % (n=7); hubo crecimiento micótico 7,20 % (n=4) y 6 (10,91 %) resultados negativos. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Staphylococcus coagulasa negativo* (25,86 %), seguido de *Escherichia coli* hemolítico (12,07 %).

**Conclusión:** Este estudio sugiere que las bacterias más asociadas a la vulvovaginitis con flujo son: *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Escherichia coli* y *Streptococcus hemolítico*.

**69. PROTECCIÓN CONTRA LA HEPATITIS B EN TRABAJADORES DE LA SALUD CLÍNICA MORICAL Y TEMBLADOR COMO UNA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD AÑO 2004.** Yanina Hernández de Arrieta, Nagda Najas, Elba Salgado, Indira Cabrera, Pricilla Quereigua.

PDVSA. Maturín Estado Monagas.

**Objetivo:** Evaluar la protección contra la hepatitis viral B en los trabajadores de la salud de las clínicas Morichal y Temblador con la finalidad de generar cambios serológicos que permitan alcanzar un óptimo perfil de seguridad como personal de alto riesgo. Se trata de un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en los análisis practicados y analizados bajo el método de MEIA: antígeno de superficie (HBs), antígeno nuclear (HBc) y anticuerpos Anti HBs, a los 17 trabajadores de la salud que laboran en dichas clínicas los cuales habían sido vacunados contra

el virus de la Hepatitis B hacía 5 años para el momento del estudio.

Los resultados revelaron que sólo 7 trabajadores (41 %) tenían títulos de anticuerpos detectables y el resto no mostraron ninguna inmunidad detectable contra esta enfermedad. No se sabe si estos trabajadores nunca formaron anticuerpos, si los perdieron con el tiempo o si aún conservaban la memoria inmunitaria. Se realizó una jornada de revacunación, cuantificando luego los anticuerpos Anti HBs de estos 10 trabajadores, encontrando que sólo 4 de ellos lograron desarrollar anticuerpos detectables. Es evidente que se generaron cambios serológicos en este personal que laboraban en las clínicas de Morichal y Temblador, alcanzando un mayor porcentaje de protección en esta población (65 %) después de la jornada de revacunación. Sin embargo, es importante y necesario realizarse una cuantificación serológica de los anticuerpos anti HBs que certifiquen la inmunidad contra esta enfermedad infecto-contagiosa a la que estamos altamente expuestos todos como personal de alto riesgo.

**70. CONSULTA DE PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA" (CHET). ENERO/NOVIEMBRE 2003.** Katushka Carreño, Lisette Vílchez, Julio Ramos, Migdalia Silva, Nabija Escalante.

Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera". Valencia, Estado Carabobo

El pie diabético es una complicación crónica frecuente, que se evidencia en nuestra población diabética, representando un costo elevado para las instituciones debido a los procesos infecciosos, la estadía prolongada por las complicaciones, la rehabilitación, y la probable impotencia posterior a las amputaciones que se realizan por el avanzado estado de tales lesiones. Objetivo general: Determinar el agente etiológico encontrado en los cultivos realizados en los pacientes que acuden a la consulta de prevención de pie diabético de la CHET en el periodo enero noviembre 2003.

Materiales y métodos: Se estudiaron los pacientes que acuden a la consulta de prevención de pie diabético a quienes se les realizó historia clínica, estudio bacteriológico y micológico.

Resultados: Se evaluaron un total de 55 pacientes de los cuales el 56,3 % se encontraban en edades comprendidas entre los 50 y 69 años, el 94,5 % eran portadores de diabetes mellitus tipo 2, 21,8 % con una historia de más de 20 años de

evolución, 32,7 % recibían tratamiento a base de insulina, 12,7 % presentaron antecedentes de amputación, en el 73,3 % se obtuvo algún germen, de los cuales el 69% presento *Trichopytum*, y el 42,8 % infección bacteriana, de las cuales el 44,4 % eran por Estafilococo coagulasa positiva

**71. MEDICINA EN TIEMPOS DE CRISIS. RESULTADOS DE CAMBIO A TERAPIA ORAL.** Haydeé Oliveros, Yelitza Castillo, Heidi Mago.

Servicio de Medicina B. Departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". U.C. Valencia, Estado Carabobo.

En todo el mundo, las enfermedades infecciosas siguen siendo la causa principal de muerte; las estimaciones de costos originados por las enfermedades infecciosas exceden los 120 mil millones de dolares por año y sobre todo si se trata de antibióticos por vía parenteral. Durante el paro cívico nacional, que ocurrió desde diciembre 2002 a febrero 2003, Venezuela atravesó una grave crisis económica, que ocasionó una deficiencia universal de medicamentos en todos los centros públicos de salud, que se prolongó meses después de haber culminado el paro y fueron los pacientes los principales afectados.

Objetivo: Determinar la evolución clínica, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad en los pacientes con infección, que fueron cambiados tempranamente a terapia con antibióticos vía oral, por no haber disponibilidad de antibióticos parenterales, que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Medicina B, de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", dic-02-marzo-03.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en pacientes que presentaban infección con criterios de hospitalización, inicialmente recibieron antibióticos por vía parenteral, 48 horas y luego por la escasez de medicamentos en el centro, tuvieron que ser cambiados a vía oral antes del tiempo recomendado. Resultados: De 38 pacientes; 32 (84 %) fueron del sexo femenino y 06 (16 %) del sexo masculino, en edades entre 18-77 años. Las infecciones fueron; 10 neumonías de la comunidad, 07 neumonías nosocomiales, 06 infecciones del tracto urinario, 05 infecciones de piel y tejidos blandos (celulitis), 04 pie diabéticos, 02 infecciones punto de partida de catéter, 02 neumonías por broncoaspiración y 02 infecciones de herida operatoria. El promedio día de hospitalización fue de 10, los antibióticos

parenterales utilizados inicialmente fueron: metronidazol, clindamicina, ampicilina-sulbactam, quinolonas, amikacina y ceftriaxone, los cuales se usaron sólo las primeras 48 horas, que por necesidad fueron cambiados a la administración oral temprana, los antibióticos por vía oral utilizados fueron ciprofloxacina, azitromicina, dicloxacilina, clindamicina, claritromicina y trimetoprim sulfametoxazol. Ventiocho pacientes presentaron curación clínica completa, 08 mejoría clínica y sólo 02 fallecieron. Conclusión: Con este trabajo se pudo demostrar que la terapia de "switch" realizada con fundamento y racionalidad demostró eficacia en infecciones severas, por lo que puede ser recomendada cuando sea procedente, sobre todo en situaciones especiales.

## 72. LAVADO DE LAS MANOS POR EL PERSONAL DE SALUD.

María Pérez, Heidi Mago, Gonzalo Medina.

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia, Estado Carabobo

**Objetivos:** Determinar la frecuencia con que es realizado el lavado de las manos antes de abordar al paciente por parte del personal de salud, y los tipos de gérmenes presentes en las manos de acuerdo al lavado o no de las manos.

**Material y método:** Entre marzo y noviembre del 2000 se llevó a cabo una investigación que se inicia como estudio exploratorio y que finaliza como estudio descriptivo/correlacional, se estudiaron 150 personas (entre médicos y enfermeros), que laboran en determinadas áreas de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", escogidos aleatoriamente para identificar cuántos realizaban o no el lavado de las manos antes de abordar al paciente (observación y encuestas) e identificar los gérmenes que portaban en sus manos para ese momento (personal apoyaba pulpejo de dedos en placas que contienen agar para crecimiento de gérmenes Gram positivo y otra para gérmenes Gram negativo). Se determinó la frecuencia con que era realizado o no el lavado de las manos y los gérmenes que se cultivaron en ambas situaciones, estableciéndose comparaciones.

**Resultados:** El lavado de las manos fue realizado por el 21,33 % (32/150), no realizado por el 78,67 % (118/150). Fue realizado en porcentaje similar por ambos profesionales (médicos 21,88 %, enfermeros 20,93 %). Se cultivaron 15 tipos de especies bacterianas. En 96,67 % (145/150) de los casos hubo crecimiento bacteriano, en el 3,33 % (5/150) no existió crecimiento bacteriano. *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo, presente

en el 92,67 % de los casos, existiendo diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con relación al lavado o no de las manos y la presencia de este germen. Falta de tiempo (37,29 %), no hábito del lavado de las manos (28,81 %), primeros motivos alegados para no realizar el lavado de las manos. Importancia dada a esta práctica 51,33 % (77/150) moderada, 37,33 % (56/150) mucha importancia; enfermeros refieren dar mayor importancia con relación a los médicos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Un porcentaje elevado del personal evaluado no realizó el lavado de las manos antes de abordar al paciente, siendo preocupante ya que es conocida la importancia del lavado de las manos para eliminar gérmenes que pueden causar infección intrahospitalaria como lo es el *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo, germen más frecuente cultivado. A pesar de que el personal refirió darle importancia al lavado de las manos, alegaron no realizarlo en primer lugar por falta de tiempo entre paciente y paciente, seguidos de no hábito, falta de insumos, lavamanos demasiado lejos.

## 73. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA.

Elia Sánchez<sup>1</sup>, Santiago Fermín<sup>2</sup>, Juan Carlos Zuluaga<sup>3</sup>, Jorge J Cerezo<sup>3</sup>, Ivar Rivera<sup>3</sup>.

Hospital "Santos Aníbal Dominicci". Carúpano, Estado Sucre.<sup>1</sup>Servicio de Infectología H.G.C. <sup>2</sup>.Cirujano general H.G.C. <sup>3</sup>.Residentes cirugía H.G.C

La profilaxis antibiótica se ha definido como el uso de antimicrobianos con el fin de prevenir enfermedades causadas por agentes infecciosos sensibles a estos. En cirugía se utiliza específicamente con la finalidad de disminuir las infecciones postoperatorias. Se realizó un estudio prospectivo durante los meses de junio - agosto de 2004, en el servicio de cirugía del Hospital "Santos Aníbal Dominicci", hospital III, con 550 camas. El objetivo de este estudio fue evaluar las indicaciones y el uso de la profilaxis antibiótica en cirugías limpias y limpias-contaminadas y demostrar así la necesidad de establecer un programa de uso más racional de la profilaxis antibiótica, con el beneficio de reducir a la vez, la incidencia de infección de la herida quirúrgica y los costos por profilaxis no adecuada. En una muestra de 70 pacientes, se utilizó cefadroxilo, (100 % de casos). Se identificó en 3 pacientes (2,1 %) infección nosocomial de la herida quirúrgica, de los cuales 2 tuvieron un uso incorrecto de la profilaxis antibiótica. Estaban distribuidos según la especialidad quirúrgica de

la siguiente manera, 2 en cirugía general y 1 en urología. Cuando se presentaron complicaciones infecciosas el uso de antibióticos se prolongó a 8 días en el 66 %, y >10 días en el 33 %. El seguimiento postoperatorio fue realizado en las 24 y 48 horas durante su hospitalización para identificar infección de la herida quirúrgica, documentándolas mediante observación directa y en anotaciones que en el expediente clínico hicieron los médicos tratantes, continuándose en todos los pacientes inclusive treinta días post cirugía.

#### **74. INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN ADULTO. REPORTE DE UN CASO.**

MJ Núñez, P Monsalve, R Mohawechi, A Aponte, D Gentile, MC Redondo, E Essenfeld, H Essenfeld, ME Landaeta.

Policlínica Metropolitana. Caracas.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es característico de infecciones respiratorias en niños. La importancia de la infección por el VSR como causa de hospitalización en adultos previamente sanos ha sido reconocida recientemente. Se presenta un caso de infección severa por VSR en un paciente adulto.

Paciente de 19 años, aparentemente sana, comenzó a presentar síntomas catarrales. Posteriormente otalgia izquierda, malestar general, tos húmeda y disnea progresiva, la cual se acentuó para el día 7. Además dolor en ambos hemitórax, por lo que consulta al servicio de emergencia de la Policlínica Metropolitana. Rx de tórax: condensación en campos medios y bases de ambos pulmones. Malas condiciones generales, taquipnea (FR 36/min), cianosis, disnea e hipoxemia, saturación de oxígeno 65 %. Se inician broncodilatadores inhalados, oxígeno y antibioterapia con ceftriaxone y levofloxacina. Se ingresa en UCI. En 24 horas la paciente se deteriora aún más, incrementándose la disnea y apareciendo enfisema subcutáneo. Se indica vancomicina, claritromicina y ceftriaxone IV. Progresa hacia insuficiencia respiratoria, se intuba para respiración asistida. Se practica biopsia de pulmón a cielo abierto para estudio histopatológico y microbiológico. La paciente mejora progresivamente con medidas de soporte, egresando de UCI en 15 días. 5 meses después se encuentra asintomática. Laboratorio: VSG 97 mm/h, GB: al ingreso 2 300 y en UCI 18 200 x mm<sup>3</sup>, Hb 8,8 g, LDH 583. Funcionalismo pulmonar: ligero patrón restrictivo. Bacteriológicos: hemocultivos, urocultivo, cultivo

de secreción bronquial: no hubo crecimiento de gérmenes. Serológicos: CMV, Epstein Baar virus negativos. Inmunológicos: dentro de rango normal. Biopsia de pulmón derecho: hallazgos histológicos compatibles con bronquiolitis obliterans. Severo proceso inflamatorio de neumonitis aguda y subaguda intersticial con fibrosis septal alveolar. Se observaron neumocitos con núcleos hiper cromáticos sugestivos de efectos citopáticos virales. Pleuritis crónica con hiperplasia mesotelial, no se vieron granulomas. Las coloraciones de Gram, Grocott, Ziehl-nielsen, PAS no evidenciaron agente etiológico. Investigación de *Pneumocystis carinii* negativa. PCR de tejido pulmonar: positivo para virus respiratorio sincicial. En vista de que en adultos estas infecciones son poco caracterizadas, porque infrecuentemente se diagnostican y clínicamente se parecen a otras infecciones virales, debemos sospechar e investigar la presencia de VSR en procesos respiratorios agudos de difícil resolución

#### **75. COINFECCIÓN AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS/EPSTEIN BARR VIRUS Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDOS.**

Z Castillo, C Miquelena, J Moreno, R Castillo, P Escalona, O Sifontes.

Unidad de Infectología. Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde". Centro Médico Guerra Méndez. U.C. Valencia, Estado carabobo

El síndrome antifosfolipidos (SAF), es una entidad con espectro clínico muy florido, de origen primario o secundario, asociándose con frecuencia a patologías de base inmunológica, particularmente colagenopatías, caracterizada por trombosis venosa o arterial recurrente y trombocitopenia, con anticuerpos anticardiolipina y/o anticoagulante lúpico positivos. Puede observarse asociado a una amplia variedad de agentes infecciosos bacterianos, virales, parasitarios, entre ellos Epstein Barr virus (EBV), Citomegalovirus (CMV), rubéola, varicela y virus de inmunodeficiencia humana.

Objetivo: Determinar la presencia del SAF como complicación de la infección mixta aguda por virus de EBV y CMV.

Metodología: Se evaluaron 34 pacientes que acudieron a la consulta de Infectología del Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde" y Centro Médico Guerra Méndez, de mayo 2002-2004, con diagnóstico clínico, serológico (IgM) y molecular: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positivos para EBV Y CMV, con cuadro clínico sugestivo de SAF, a quienes se les realizó

determinación de anticuerpos anticardiolipina IgM/IgG y anticoagulante lúpico.

Resultados: 34 pacientes con infección mixta aguda por CMV/EBV, 28/34 (82,4 %) del sexo femenino y 6/34 (17,6 %) del sexo masculino. Edad: 14-85 años. La sintomatología más frecuentemente observada: fiebre 98 %, poliartalgia 92 %, mialgias 97 %, cefalea 88 %, rash cutáneo 68 %, trombocitopenia 75 % y trombosis venosa profunda (17,6 %). Estos 6 pacientes (17,6 %) presentaron todos (100 %), títulos elevados de IgM-anticardiolipina.

Conclusión: El SAF es una complicación poco frecuente en pacientes con infección aguda por EBV y/o CMV, sin embargo, se debe tener en cuenta en infección mixta por EBV y CMV, a fin de realizar diagnóstico precoz y terapia adecuada y oportuna.

**76. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS B EN LOS PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS AL RECIBIR VACUNACIÓN ACTIVA Y PASIVA ENTRE 2002-2004 (ESTUDIO PRELIMINAR).** M Suárez, M Rivero, M Gil, A Hong, G de Acquatella, R Bacalao.

Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Caracas.

La hepatitis B es un problema de salud pública mundial y la única vía de prevenir es la obligatoriedad del uso de la vacuna contra virus de hepatitis B (VHB). La presencia de títulos protectores de anticuerpo de superficie (AntiS VHB) mayor de 10 mUI/mL se correlaciona con la respuesta a la vacunación. Los pacientes inunosuprimidos (leucemia y linfoma) tienen deteriorado el sistema inmunológico por su enfermedad y por la quimioterapia. El riesgo de contraer hepatitis B está relacionado con la hospitalización y la transfusión de hemoderivados. El esquema de vacunación contra VHB 40 µg IM mensual por 3 dosis aumentó de 17,6 % a 51,5 % la positividad del AntiS VHB con títulos protectores >10 mUI/mL. Objetivo: Aumentar la prevalencia de pacientes con enfermedades hemato-oncológicas con títulos protectores de AntiS VHB al administrar la vacuna activa y pasiva conjuntamente, entre 2002-2004. Protocolo: 1. Vacunación activa 40 µg IM semana 0, 4 y 8, mes 6 y 12; 2. Vacunación pasiva 0,06 mL/K inmunoglobulina hiperinmune IM semana 0, 4 y 8, se omite dosis semana 4 si AntiS VHB >10 mUI/mL; 3. Determinar AntiSVHB semana 0, 4 y 8, mes 6 y 12, omitiendo la semana 0 si no ha recibido el esquema completo de vacunación VHB; 4. Determinar CD4 y CD8 semana 0, 4 y 8;

5. Determinar AntiVHC y HIV semana 0 y 8, mes 6 y 12. Duración: dos años.

Resultados y conclusiones: 1. Todos los pacientes tenían en promedio títulos protectores de AntiS VHB > 10 mUI/mL en la semana 4 y 8, mes 6, con una disminución del 70 % del mes 6 con respecto a la semana 8; 2. CD4 y CD8 > 500 cel/mm<sup>3</sup> en la semana 0, 4 y 8; 3. Diez pacientes fallecieron por sepsis secundario a neutropenia severa, fueron excluidos y ninguno tenía infección por VHB; 4. Un paciente tiene AgSVHB y anticore positivo en el mes 12 del protocolo, recibió previamente el esquema completo de vacunación con AntiS VHB >250 mUI/mL antes de recibir quimioterapia.

Recomendaciones: 1. Realizar despitaje de hepatitis B al personal médico y paramédico para evitar la transmisión horizontal; 2. Reemplazar el personal con hepatitis B pertenecientes al área de hospitalización; 3. Aplicar la vacunación activa y pasiva contra VHB simultáneo, en especial los primeros 3 meses de quimioterapia; 4. Seguir las normas de bioseguridad; 5. Implementar los cursos de educación; 6. Creación de un comité de vigilancia integrado por infectólogo y epidemiólogo.

**77. INFECCIONES CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES.**

Alexis Manuel Romero Velásquez, Jisbelys Salazar Marcano, Claudia Marín.

Ambulatorio Urbano tipo II Mariguitar. Estado Sucre.

Introducción: La piel es un órgano que recubre toda la superficie externa del organismo que tiene múltiples funciones que contribuyen a asegurar el organismo humano.

Objetivo general: Precisar la incidencia de las afecciones cutáneas bacterianas, parasitarias y micóticas en la población en estudio. Específicos: 1. Determinar las características de la muestra de acuerdo a sexo y edad. 2. Identificar las entidades nosológicas cutáneas presentes en la muestra.

Métodos: Estudio prospectivo-descriptivo, basado en la observación clínica de los pacientes de todas las edades que acudieron a la consulta de atención integral del mencionado ambulatorio desde el 1º de febrero al 30 de abril del 2004. De la población estudiada se selecciono una muestra de 169 pacientes con diagnóstico clínico de infecciones cutáneas bacterianas, parasitarias y micóticas, se agrupó de acuerdo al sexo, grupo etario y diagnóstico clínico; y posteriormente se realizó un análisis sistemático de la muestra.

Resultados y análisis: El sexo femenino fue el más afectado con 53,2 % (90 pacientes), el sexo

masculino representó el 46,8 % (79) de la muestra, se aprecia que no hubo diferencias significativas en relación al sexo. De los grupos etarios el más afectado fue el de menos de 2 años con 27,8 % (47) y el de 3-6 años con 19,5 % (33) lo que muestra que son las edades tempranas de la vida las más afectadas por este tipo de patología. Todos los pacientes de la muestra pertenecían a los estratos socio-económico C y D. La principal infección cutánea diagnosticada fue la escabiosis con 32,5 % (55), seguida por la piodermatitis 29,5 % (50) y las micosis cutáneas superficiales 15,9 % (27). Esto coloca a la escabiosis como una afección que se mantiene de forma endémica en la mayoría de las poblaciones y más en las de nivel socio económico bajo, así como también con malos hábitos higiénicos.

Conclusión: Las afecciones cutáneas infecciosas están en íntima relación con los hábitos higiénicos de los individuos y con las edades tempranas de la vida.

**78. MANIFESTACIONES CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DEL CITOMEGALOVIRUS Y EPSTEIN-BARR. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. CIUDAD HOSPITALARIA "Dr. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. ENERO 2001-AGOSTO 2002.** María Rosas, Martha Di Terlizzi, Laddy de Escalona, Olga de Febres, Miriam Sánchez.

Consulta de Infectología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia, Estado Carabobo.

Objetivo: La siguiente investigación tiene como finalidad conocer las manifestaciones clínicas, paraclínicas y métodos diagnósticos empleados para la infección por Citomegalovirus (CMV) y Epstein-Barr virus (EBV).

Metodología y resultados: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, longitudinal, estando conformada la población por la totalidad de niños que acudieron a la consulta de Infectología Pediátrica de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" durante el período enero 2001-agosto 2002 y la muestra comprendió todos aquellos niños con diagnóstico de infección por CMV y EBV. Se revisaron las historias médicas de los niños con diagnóstico por estos virus en el lapso antes citado siendo un total de 54 pacientes, 22 por Citomegalovirus y 24 por Epstein-Barr virus, excluyéndose 8 ya que no se pudo confirmar diagnóstico. La información se tabuló en tablas, gráficos y algoritmos, usando la estadística t de Student y test exacto de Fisher cuando reemplazable. Reportándose significancia estadística ( $p < 0,05$ ) en las manifestaciones clínicas para

CMV en manifestaciones respiratorias, hepatomegalia y astenia y para EBV en adenomegalia, manifestaciones abdominales y faringitis.

Conclusiones: CMV es más frecuente en menores de 2 años mientras que en EBV es en mayores de 3 años, Citomegalovirus afectaron más frecuencia a varones; fiebre y adenomegalia son manifestaciones comunes para ambos virus y se observan con mayor frecuencia. En EBV predominó fiebre, adenomegalia, faringitis exudativa y manifestaciones abdominales. En CMV predominó la fiebre, adenomegalia, hepatomegalia y manifestaciones respiratorias. Las alteraciones hematológicas de la serie blanca no orientan para el diagnóstico de estos virus. En serología se observó un 37,5 % de falsos positivos a EBV por lo que se considera la reacción en cadena de polimerasa la prueba más específica en ambos virus.

**79. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE BORRELIOSIS DE LYME.** Fabiola Espinoza, Francisco Arocha, Manzur Hassanhi, Maricela Urbina.

La Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia.

Objetivo: Estudiar la presencia de infección por *Borrelia burgdorferi* en pacientes con manifestaciones clínicas asociadas a la Borreliosis de Lyme en el Estado Zulia, Venezuela, mediante las técnicas ELISA y Western blot (WB), siguiendo el protocolo de dos pasos recomendado por el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y la *Association of State and Territorial Public Health Laboratory Directors* (ASTPHLD).

Materiales y métodos: Se recolectaron 30 muestras de suero de pacientes con clínica asociada a la enfermedad (morfea, parálisis facial periférica, artritis crónica y liquen escleroatrófico) y 30 muestras de suero de sujetos asintomáticos. A todos los sujetos se les practicó la prueba ELISA elaborada con un péptido sintético, derivado de una región inmunodominante conservada de la proteína bacteriana VlsE. Las muestras ELISA positivas se sometieron a la prueba confirmatoria IgG WB (por presentar más de un año de evolución).

Resultados y conclusiones: Se obtuvieron cuatro muestras ELISA positivas: dos, correspondieron a individuos con morfea; una, a un sujeto con parálisis facial periférica y una, a un sujeto asintomático. Todas las muestras sometidas a la prueba IgG WB fueron negativas. Según las recomendaciones del CDC/ASTPHLD, la obtención de un resultado negativo en la prueba confirmatoria indica que no hay evidencia

serológica de infección, sin embargo, existen estudios donde se demuestra su presencia en pacientes seronegativos mediante la utilización de otras pruebas. Por esta razón no se descarta definitivamente la presencia de infección en la región y se sugiere la realización de nuevos estudios, empleando técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa y el cultivo *in vitro*, que proporcionen evidencia definitiva de la enfermedad.

**80. PRODUCCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EN SUERO Y ESPLENOCITOS MURINOS DURANTE LA INFECCIÓN CON EL VIRUS DE ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA BAJO TRATAMIENTO CON MELATONINA.** LM Espina, N Valero, E Meleán, K González, M Maldonado, E Bonilla.

Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette", Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia.

**Introducción:** La infección por encefalitis equina venezolana (EEV) produce daño celular, entre otros, por los metabolitos del proceso oxidativo. La melatonina (MLT) emerge como importante elemento antioxidante para tratamiento de patologías neurodegenerativas.

**Objetivos:** Comparar la influencia de la MLT en la producción de óxido nítrico (ON) en ratones infectados con EEV *in vivo* e *in vitro*.

**Metodología:** *In vivo*, se utilizaron ratones NMRI albinos, tratados vía subcutánea con MLT (500mg/k) 3 días antes y 5 días post-infección (pi). Al 1ero, 3ero y 5to día pi se obtuvieron muestras de suero. *In vitro*, los esplenocitos fueron tratados con 100, 150 y 200 mg/mL de MLT y los sobrenadantes recolectados a las 72 horas. A ambas muestras se les determinó ON por la reacción de Griess.

**Resultados:** *In vivo* la MLT redujo significativamente ( $p < 0,001$ ) los niveles de ON desde el 1º al 5º día en ratones no infectados ( $7,33 \pm 2,082$ ,  $5,67 \pm 0,57$ ,  $13,43 \pm 1,11$  mM) y en infectados con EEV a partir del 3er día pi ( $18,40 \pm 2,27$ ,  $16,44 \pm 2,28$  mM) con respecto al grupo infectado no tratado ( $43,8 \pm 2,5$  mM). El virus incrementó ( $p < 0,05$ ) el ON desde el 3er día pi ( $25,27 \pm 6,85$  mM). *In vitro* hubo aumento significativo ( $p < 0,005$ ) en los esplenocitos infectados con EEV sin tratamiento con MLT ( $162,45 \pm 28,53$  mM) con respecto al control ( $117,59 \pm 19,78$  mM).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la MLT fue capaz de modular la producción de ON en la infección por EEV, al disminuir los niveles en los primeros 5 días de la infección en los modelos experimentales bajo tratamiento.

**81. PREVALENCIA DE TOXOPLASMOSIS EN EMBARAZADAS. AMBULATORIO URBANO II SIMÓN BOLÍVAR. ENERO-JULIO 2004.** María Goncalves, Yamelis Guanipa, Martha Piña, Teresa Plata.

Ambulatorio Urbano II Simón Bolívar. Punto Fijo. Estado Falcón

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de toxoplasmosis en las embarazadas que acuden a la consulta prenatal en el Ambulatorio Urbano II Simón Bolívar, Punto Fijo, Estado Falcón, durante enero-julio 2004.

**Diseño metodológico:** Se realizó estudio descriptivo, prospectivo, evaluando 75 serologías para toxoplasmosis, método ELISA, realizadas a embarazadas en control prenatal en el Ambulatorio Urbano II Simón Bolívar, tomando en cuenta IgG e IgM. Para aquellas pacientes con serología positiva se determinó la semana gestacional al momento de la toma de muestra y el número de gestas. Los resultados se tabularon y analizaron tomando en cuenta frecuencias absolutas y porcentaje.

**Resultados:** La edad promedio fue 19,5 años; tienen 2 a 3 gestas el 40 %; se realizó diagnóstico precoz sólo a 11,8 %; 79,5 % durante el segundo trimestre y 17,7 % en el tercer trimestre de gestación. Se evidenció IgG positiva a 10,7 % e IgM positiva a 22,7 % de las gestantes en control.

**Conclusión:** Una gestante de cada nueve presentó infección por *Toxoplasma gondii* pasada o muy reciente; mientras que, 1 de cada 4 presenta infección activa. Se recomienda la implantación de medidas obligatorias de prevención sanitaria en los servicios prenatales con el fin de reducir la incidencia de toxoplasmosis congénita; establecer programas que fomenten la realización gratuita de pruebas serológicas, especialmente en el primer trimestre que es cuando existe mayor riesgo de abortos y fetopatías severas; y realización de campañas de prevención y educación al personal de salud y a la población en general

**82. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL PARA EL TRATAMIENTO ANTI-MICROBIANO EN PACIENTES CON NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.** G Guillén, M Colmenares, J Terán.

Unidad Medicina Interna - Postgrado Medicina Interna. I.A.H.U.L.A. y Fac. Farmacia (Dept. Galénica), U.L.A. Mérida, Estado Mérida.

Las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) representan una de las principales causas de morbi-mortalidad en Venezuela, al igual que en

el I.A.H.U.L.A.

Objetivo: Estudiar el tratamiento antimicrobiano utilizado en NAC, describir la implementación de un programa de terapia secuencial y establecer los medicamentos susceptibles a la incorporación en el programa por grupo terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos de pacientes con NAC, egresados durante el período sep-2002-mar-2003, hospitalizados en el I.A.H.U.L.A.. Se investigó los códigos correspondientes a neumonías, tomando como criterios de inclusión >14 años, de cualquier sexo. Fuente: Dept. Registro y estadísticas de salud - I.A.H.U.L.A. El análisis de resultados se realizó a través de frecuencia y porcentajes para variables categóricas y la media aritmética para variables cuantitativas.

Resultados: Total egresos con neumonías = 202 pacientes. Estudiados con NAC = 72 pacientes, 56,9 % hombres y 43,1 % mujeres. Pacientes pertenecientes a grupo etario >65 años = 41,7 %. Período de estancia de hospitalización: 41 pacientes <10 días; 20 pacientes entre 11 y 20 días; y sólo 11 pacientes >30 días. El 83 % de los pacientes tenía indicado alimentación por vía oral; la comorbilidad frecuente asociada: a. Enf. cardiovasculares: 30,2 %, b. EPOC: 18,9 %, c. Abdomen agudo: 14,9 %, d. SIDA: 12 %, e. Diabetes: 8,2 %, f. Otros: 6,2 %. Cultivo y antibiograma se realizó en 19 de los 72 pacientes (26 %) y el *S. pneumoniae* fue el más frecuente aislado (37,5 %), seguido de *S. aureus* y gramnegativos: *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catharralis*. La antibioticoterapia más frecuente utilizada fue: a. B-lactámicos en monoterapia: ampicilina-S y cefalosporinas; b. Fluoroquinolonas; c. carbapenemos, en 61 prescripciones del total de 120, para los 72 pacientes y 59 prescripciones de politerapia (2, 3 y 4 combinaciones de antimicrobianos) ampicilina + sulbactam (penicilinas) + aminoglucósidos (22,3 %), cefalosporinas + clindamicina (8,4 %), cefalosporinas + quinolonas (6,8 %) y cefalosporinas + vancomicina (5,1 %)

Conclusión: Las NAC continúan siendo un problema de salud en nuestra institución. Los pacientes >65 años y con alto % de comorbilidad fueron los más comprometidos, el *S. pneumoniae* fue el patógeno predominante, el cual sigue reportando sensibilidad a los B-lactámicos, por lo que en base a la referencia documentada se propone una terapia secuencial para NAC, adaptada a nuestra región.

Opciones terapéuticas: (Vía parenteral - Vía oral)

1. B-lactámicos + Inhibidor de 2-lactamasasEj: Amoxicilina + ácido-clavulánico Ampicilina +

sulbactam

2. Fluoroquinolonas respiratorias: Levofloxacina, Moxifloxacina

3. Cefalosporinas 2ª generación: Cefuroxime

4. Lincosamidas: asoc. inicial con carbapenemos Clindamicina-cefalosporina 3ª generación

**83. ACTIVIDAD ANTIMALÁRICA *IN VIVO* DE ANÁLOGOS DE QUINOLINIL INDANONAS EN MODELO MURINO.** Juan Rodríguez(1), Diana Lourenco(1), Neira Gamboa(1), Jaime Charris(2), José Domínguez(2).

(1) Unidad de Bioquímica y (2) Laboratorio de Síntesis Orgánica, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Objetivos: En este trabajo, en una primera etapa, se evaluó la capacidad de 10 derivados de quinolinil indanonas para interferir con el proceso de polimerización del hemo y con la hidrólisis de la hemoglobina. Los derivados que mostraron % de inhibición elevados (>80 %) se probaron *in vivo* en ratones infectados con *Plasmodium berghei* en el presente trabajo.

Materiales y métodos: En el ensayo de evaluación de la actividad antimalárica *in vivo*, se realizó el test supresivo de 4 días, un modelo de malaria murina (ratones NIH infectados con *P. berghei*). El curso de la parasitemia de los animales infectados con  $1 \times 10^7$  parásitos ip, y tratados con los compuestos de ensayo (20 mg/kg, 1 vez/día, 4 días, ip) se evalúa al 4º día posinfección así como el tiempo de sobrevivencia con respecto a los controles no tratados. Los resultados se analizaron por una t-Student no pareada asumiendo 95 % de intervalo de confianza.

Resultados y conclusiones: Nuestros resultados indican que los derivados estudiados disminuyeron significativamente la parasitemia (5 %-16 %) con respecto al control no tratado (30 %) y aumentaron ligeramente la sobrevivencia de los ratones, lo que sugiere la actividad potencial de estos como antimaláricos, siendo necesaria la evaluación de toxicidad en futuros ensayos.

**84. INTERFERENCIA EN LA SÍNTESIS DE HEMOZOÍNA POR EL CLOTRIMAZOL Y EL KETOKONAZOL. POSIBLE MECANISMO DE ACCIÓN ANTIMALÁRICO.** Juan Rodríguez, Diana Lourenco, Neira Gamboa.

Unidad de Bioquímica, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Objetivo: Evaluar la capacidad de dos

antimicóticos: el ketokonazol y el clotrimazol para interferir en la síntesis de hemozoína (pigmento malárico inocuo) por parte del *Plasmodium berghei*.

**Materiales y métodos:** Se realizó un ensayo que consiste en incubar concentraciones crecientes de las drogas (2,5-0,25 mM) en conjunto con el sustrato sintético hemina a pH 4,4 (37°C x 48h). Se determinaron los % de inhibición de la polimerización del hemo a partir de las absorbancias registradas a 405 nm en representación de la hemina libre calculándose las IC50 correspondientes. Los resultados se analizaron por una t-student no pareada asumiendo 95 % de intervalo de confianza.

**Resultados y conclusiones:** Ambos antimicóticos demostraron poseer alta actividad inhibitoria de la polimerización del hemo (>60%) con IC50 en el orden de 50 mM; lo que se traduce en que el hemo permanece en su forma libre oxidando macromoléculas parasitarias, así, estas drogas constituyen un novedoso arsenal terapéutico para combatir la malaria, a sabiendas de que son antimicóticos excelentes, sin embargo, es necesario proceder posteriormente con una etapa de investigación *in vivo*.

**85. RETOS DIAGNÓSTICOS EN LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA (LTA): UNA EXPERIENCIA ACUMULADA.** P Navarro, CT Fernández, V Coraspe, B Semidey, S Silva, H Ruíz.

Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina (Escuela Luis Razetti) Cátedras de Medicina Tropical y Parasitología. Caracas.

**Objetivo:** Evaluar si los parámetros diagnósticos de LTA, recomendados por la Cátedra de Medicina Tropical permiten la resolución de los casos atípicos que no se correlacionan con la normativa diagnóstica establecida.

**Descripción:** Se describen cuatro casos atípicos: 1. Un paciente con lesiones ulcerosas en la piel, de gran extensión, que abarcaban una gran parte de la región glútea, tercio medio e inferior de abdomen y tercio superior de muslo derecho. 2. Un paciente con una úlcera en glándula. 3. Una úlcera en la pirámide nasal con múltiples nódulos en mejilla derecha y 4. Un paciente con una úlcera rodeada de una costra seca, escasa inflamación circundante, anticuerpos fluorescentes indirectos antileishmania no reactivos, leishmania negativa y frotis por aposición de un segmento de la úlcera positivo para leishmania, quien recibía pregnisona por artritis. Recibió cuatro ciclos de antimonio de meglumina con

sus correspondientes reposos, por pobre respuesta clínica a la cicatrización dérmica, hasta la completa resolución de la úlcera.

**Discusión:** El diagnóstico de LTA se basa en los diagnósticos presuntivo (clínico y epidemiológico) y de certeza (leishmania, anticuerpos fluorescentes indirectos y demostración del parásito en frotis por aposición). En los casos típicos (más de 80 %) se correlacionan directamente el diagnóstico presuntivo con el etiológico. Los atípicos dependen mucho de la procedencia epidemiológica del paciente, la experiencia clínica del especialista y de las correlaciones serológicas, inmunoalérgicas y parasitológicas que logren evidenciarse. También es necesario, en estas circunstancias, el seguimiento fotográfico de la evolución del paciente con fines comparativos, al iniciar y concluir el tratamiento con antimonio.

**86. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA: TRATAMIENTO CON 3000 Y 4500 MG DIARIOS DE ANTIMONIO DE MEGLUMINA.** P Navarro, Y Rodríguez, S Silva, O Delgado, V Coraspe, C Olaizala, ML Safar.

Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti, Cátedras de Medicina Tropical y Parasitología. Caracas.

**Objetivo:** Evaluar la experiencia de la Cátedra de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela en el tratamiento de pacientes con leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) con antimonio de meglumina a la dosis de 3000 y 4500 mg diarios. La LTA continúa siendo un problema de salud pública en el medio rural venezolano, por la difícil ruptura de su cadena epidemiológica de transmisión.

**Métodos:** Se detectaron casos de LTA durante el año 2003, mediante un programa de vigilancia de leishmaniasis, consistente en los diagnósticos presuntivo (clínico y epidemiológico) y de certeza (intradermoreacción con leishmanina, inmunofluorescencia indirecta y frotis por aposición teñidos con Giemsa). A los pacientes incluidos se les administró de 3000 a 4500 mg del antimonio durante 10 días, seguido de un reposo de 10 días y luego un segundo ciclo de diez días más.

**Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes: 55 % del sexo masculino, 62 % del Estado Miranda, 63 % con úlceras en miembros inferiores, 78 % recibieron 3000 mg diarios del antimonio y 22 % 4500 mg/día. Los pacientes fueron evaluados clínica y paraclínicamente antes, durante y al concluir el tratamiento. Los procedimientos se

realizaron de manera ambulatoria. Todos los pacientes cicatrizaron adecuadamente.

Discusión: Se demostró la eficacia terapéutica del antimonio de meglumina a la dosis y administración efectuada, de manera que la droga continúa siendo necesaria y útil en el tratamiento de esta zoonosis del trópico. Los retos actuales de la atención médica conducen al manejo ambulatorio de las enfermedades. Situaciones de atención hospitalaria, como la leishmaniasis, que en el pasado requería hospitalización, cuando se trataba con antimonio, se puede resolver ambulatoriamente, cuando se controlan las variables que permiten esa manera de atención médica.

**87. FIEBRE POR DENGUE E HISTOPLASMOSIS EN UNA NIÑA CON HEMOGLOBINOPATIA SC** L Nweihed, M Barrera, M Collela, J Medina, V Palma, E Ugueto, A Pulido, B Alvarez, A Contreras, M Díaz, N Gutiérrez, J Moncada.

Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez" - Hospital Materno Infantil de Macuto "Dra. Ana Teresa de Jesús Ponce"- Instituto de Medicina Tropical "Dr. Felix Pifano" Sección de Micología Médica, UCVariata- Macuto, Estado Vargas, Venezuela

La fiebre por dengue es una enfermedad aguda febril, inespecífica y autolimitada cuyas manifestaciones clínicas y severidad varían con la edad. La hemoglobinopatía SC aparece cuando coexisten genes de la hemoglobina S y de la C y su gravedad clínica es menor que otros síndromes drepanocíticos. La Histoplasmosis es una micosis profunda que suele autolimitarse en pacientes inmunocompetentes.

Objetivo: Describir la presentación clínica de la concurrencia de estas tres entidades en una paciente en edad pediátrica.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una preescolar femenina de 5 años, previamente sana, con fiebre, coluria, palidez muco-cutánea, astenia e hiporexia de 2 días de evolución. Al ingreso presenta tinte icterico muco-cutáneo generalizado, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, tiempos de coagulación prolongados, transaminasas elevadas e hiperbilirrubinemia mixta. Se ingresa con diagnóstico de síndrome hepatoesplénico febril. La evolución fue tórpida por 5 días con descenso de hemoglobina y plaquetas, aumento de reticulocitos y aumento progresivo de transaminasas y bilirrubina.

Resultados: Hubo mejoría clínica y paraclínica en 7 días, recibiendo tratamiento sintomático. Se realizan estudios serológicos y hematológicos que reportan: Inmunoglobulina M positiva para

dengue, electroforesis de hemoglobina compatible con hemoglobinopatía SC y frotis de médula ósea con levaduras intracelulares de *Histoplasma capsulatum*.

Conclusión: La presentación clínica de la fiebre por dengue, en el contexto de pacientes con hemoglobinopatías, se presenta con mayor afectación hepática y medular que lo descrito en niños sanos, siendo característica la Anemia hemolítica.

**88. ACTIVIDAD PROTEASA CISTEÍNICA Y ASPÁRTICA COMO PASOS INICIALES EN LA DEGRADACIÓN DE LA HEMOGLOBINA POR EL *Plasmodium berghei*.** Juan Rodrigues, Neira Gamboa.

Unidad de Bioquímica, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela.

Objetivos: Los parásitos responsables de la malaria (los del género *Plasmodium*) son capaces de degradar la hemoglobina del hospedador por medio de un conjunto de proteasas (aspárticas, cisteínicas, metaloproteasas, exopeptidasas). Diversos autores han mostrado contradicciones sobre el tipo de proteasa que actúa sobre los primeros pasos de la degradación de la hemoglobina, por ende, en este trabajo se quiso determinar la posible actividad proteasa aspártica y/o cisteínica sobre la degradación de la hemoglobina.

Materiales y métodos: Se incubó hemoglobina de ratón con extracto rico en trofozoítos de *Plasmodium berghei* (37 °C x 18 h) en presencia de leupeptina (inhibidor de proteasa cisteínica) y pepstatina (inhibidor de proteasa aspártica); las muestras se corrieron por SDS-PAGE en condiciones reductoras, verificando las bandas de hemoglobina intacta por densitometría. Los resultados se analizaron por una t-Student no pareada asumiendo 95 % de intervalo de confianza.

Resultados y conclusiones: Se demostró que en presencia de ambos inhibidores hay un bloqueo en la degradación de la hemoglobina en forma significativa (86,25 ± 0,69 % de inhibición para la leupeptina y 88,79 ± 0,66 % para la pepstatina). De estos resultados se puede concluir que los pasos iniciales de la degradación de la hemoglobina por trofozoítos de *P. berghei* viene dado por dos tipos de actividad proteasas: la aspártica y la cisteínica.

**89. INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD PROTEOLÍTICA DE LA HEMOGLOBINA POR EL CLOTRIMAZOL Y EL KETOKONAZOL. POSIBLE MECANISMO DE**

**ACCIÓN ANTIMALÁRICO.** Juan Rodrigues, Diana Lourenco, Neira Gamboa.

Unidad de Bioquímica, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela.

**Objetivo:** Una vez dentro del eritrocito del huésped, los plasmodios degradan a la hemoglobina del hospedador con el objeto de obtener aminoácidos libres para su síntesis proteica. Este trabajo tuvo como objetivo la capacidad de los antimicóticos imidazólicos clotrimazol y ketokonazol para interferir con este proceso degradativo.

**Materiales y métodos:** Se incubaron los compuestos (5 mM) en presencia de hemoglobina de ratón y de extracto rico en trofozoítos de *Plasmodium berghei* (37 °C x 18 h) utilizando a la leupeptina y la pepstatina como controles positivos. Los productos de la digestión se evaluaron por SDS-PAGE reductora y la banda de hemoglobina se analizó por densitometría. Los resultados se analizaron estadísticamente por una t-Student no pareada asumiendo 95 % de intervalo de confianza.

**Resultados y conclusiones:** Tanto el clotrimazol como el ketokonazol fueron efectivos inhibiendo la proteólisis de la hemoglobina (en  $79,15 \pm 2,29$  % y  $53,44 \pm 3,58$  % respectivamente), lo que sugiere la potencial actividad de estos antimicóticos imidazólicos como antimaláricos; sin embargo, es necesario realizar estudios *in vivo* en una próxima etapa de investigación.

**90. EVALUACIÓN DE LA INHIBICIÓN DE LA HIDRÓLISIS DE LA HEMOGLOBINA Y DE LA POLIMERIZACIÓN DEL HEMO POR ANÁLOGOS DE QUINOLINIL INDANONAS.** Juan Rodrigues (1), Diana Lourenco (1), Neira Gamboa (1), Jaime Charris (2), José Domínguez (2).

(1) Unidad de Bioquímica y (2) Laboratorio de Síntesis Orgánica, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela.

**Objetivos:** Determinar la capacidad de 10 análogos de quinolinil indanonas para inhibir la hidrólisis de la hemoglobina y la polimerización del hemo como compuestos con posible actividad antimalárica.

**Materiales y métodos:** Para evaluar la degradación de la hemoglobina se incubaron las drogas (5 mM) en presencia de hemoglobina de ratón y extracto de trofozoítos de *Plasmodium berghei*; los productos de la digestión se evaluaron por SDS-PAGE reductora y la banda de hemoglobina se analizó por densitometría. En el

ensayo de inhibición de la polimerización del hemo, se incubó a los compuestos (25 – 0,25 mM) conjuntamente con hemina (hemo sintético) y buffer pH 4,4. Se determinaron los % de inhibición de la polimerización de la hemina a partir de las absorbancias registradas a 405 nm. Los resultados se analizaron por una t-student no pareada asumiendo 95 % de intervalo de confianza.

**Resultados y conclusiones:** 5 derivados inhibieron notablemente la hidrólisis de la hemoglobina (>80 % de inhibición) mientras que los otros 5 presentaron actividad inhibitoria moderada (50 %-80 %). En cuanto a la inhibición de la polimerización del hemo, ninguno resultó activo. La correlación de los efectos observados con su potencial como antimaláricos debe corroborarse en estudios *in vivo*, en una próxima etapa de investigación.

**91. FACTORES PRONÓSTICOS EN EMPONZOÑAMIENTO ESCORPIÓNICO.** José Suárez, Julio Castro, Katia Herrera, Catherine Chávez, Alexis Díaz, María Corredor, Laura Naranjo, Lorena Camacho, Alejandra Marin, Madeleine Cariello, Jaime Torres.

Policlínica Metropolitana. Caracas-Venezuela

**Objetivo:** Determinar factores predictivos de mal pronóstico en emponzoñamiento escorpiónico.

**Materiales y métodos:** Se estudiaron las historias de 69 pacientes que acudieron a la emergencia de la Policlínica Metropolitana de Caracas, entre junio 1999 y junio 2004 con evidencia de picadura, visualización del escorpión y/o hallazgos característicos de emponzoñamiento o accidente escorpiónico. Se evaluaron características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio y se consideraron como complicados aquellos pacientes que presentaron síntomas adrenérgicos y/o colinérgicos, amilasas y/o lipasas aumentadas que requirieron hospitalización por más de 24 horas. Se realizó un análisis de regresión logística uni y multivariada y sum rank test. El criterio de significancia fue  $<0,05$

**Resultados:** 11,5% (8/69) de los pacientes tuvieron un curso tórpido y requirieron hospitalización. Las características basales del grupo se detallan en la Tabla 1 y las variables asociadas a pacientes que requirieron ingreso en la Tabla 2

Tabla 1

Variable	Promedio	(DS)	%
Edad	26,3	(21,2)	
Sexo (Fem)			56,5
Rural			47,8
Tiempo de atención (en horas)	1,10	(0,6)	
Síntomas generales			8,6
Amilasa sérica	69,8 UI	(103,3)	

Tabla 2

Variables	Complicada	No C.	P
Edad(años)	29,2	4,1	0,001
Sexo (fem)	16,6	7,6	0,25
Proc (rural)	12,1	11,1	0,86
Tiempo transc(hs)	0,69	0,71	0,85
Síntomas generales	3,23	85,7	0,0001
Localización anatómica (Msis)	13	9,8	0,54
Amilasa basal elevada	53,6	206,5	0,0001
Glicemia basa elevada	103,7	100,1	0,82
Amilasa sérica elevada	51,7	135,7	0,01
4-6 hs			
Glicemia elevada	92,9	173,5	0,003
4-6hs			
Leucocitosis	8138	11842	0,01

### Conclusiones

En Venezuela, los siguientes factores que se asocian en forma significativa con una evolución más complicada del escorpionismo son: edad menor de 5 años, ocurrencia de síntomas generales, niveles basales elevados de amilasa sérica, niveles elevados de amilasa sérica y/o glicemia a las 4-6 horas de observación, y el desarrollo de leucocitosis

**92. EVALUACIÓN DEL ESTUDIO DE LA CAPA LEUCOCITARIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EHRLICHIOSIS CANINA.** José Suarez<sup>1</sup>, Tatiana Drummond<sup>1</sup>, Maritza Alvarez<sup>2</sup>, Dania Ramírez<sup>3</sup>, Jaime Torres<sup>1</sup>, Julio Castro<sup>1</sup>, Laura Naranjo<sup>1</sup>, Nahir Martínez<sup>1</sup>, Carlos Torres-V<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Sección de Infectología del Instituto de Medicina Tropical Universidad Central de Venezuela, <sup>2</sup>Laboratorio Genomik, <sup>3</sup>Laboratorio Vet-Lab

**Introducción:** La ehrlichiosis, una zoonosis causada por diversas especies de bacterias intracelulares obligatorias del género Ehrlichia, es transmitida por garrapatas. El diagnóstico de la ehrlichiosis es complejo, y se basa en la clínica, epidemiología y exámenes paraclínicos: estudio

de la capa leucocitaria, la serología y la técnica de PCR (Reacción de Cadena Polimerasa).

**Objetivo:** Estudiar la sensibilidad y especificidad del estudio de capa leucocitaria comparado con la técnica de PCR en el diagnóstico de ehrlichiosis en perros.

**Materiales y métodos:** Se realizó estudio prospectivo de perros sintomáticos y asintomáticos para ehrlichiosis, practicándose de manera simultánea el análisis de capa leucocitaria en Laboratorio Veterinario Vet-Lab (considerándose positivo la presencia de mórulas intramonocíticas y/o intraplaquetarias) y la determinación de PCR para Ehrlichia en laboratorio Genomik (gold standard), utilizando primers específicos del 16S rRNA, seleccionándose el EHR16SD: GGTAC-CYACAGAAGAAGTCC y EHR16SR: TAGC-ACTCATCGTTACAGC. Se estimó la sensibilidad y especificidad del estudio de la capa leucocitaria en el diagnóstico de la ehrlichiosis canina en base a los resultados obtenidos por la técnica de PCR

**Resultados:** se evaluaron 16 perros, de los cuales 12 fueron sintomáticos y 4 asintomáticos. El estudio de la capa leucocitaria, reveló presencia de mórulas intramonocíticas, en los 12 perros sintomáticos. La técnica de PCR para ehrlichiosis fue positiva en 8 de los 12 perros sintomáticos y fue negativa en los 4 perros asintomáticos. Se calculó una sensibilidad de 66,67% y una especificidad de 88,89% para el estudio de capa leucocitaria como método diagnóstico de ehrlichiosis.

**Conclusión:** El diagnóstico de ehrlichiosis canina basado sólo en estudio de la capa leucocitaria tiene una baja sensibilidad y especificidad, por lo que debe ser complementado con la determinación de PCR y/o estudios serológicos para dicha patología.

**93. DIAGNÓSTICO DE EHRLICHIA CHAFFEENSIS POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA EN HUMANOS. REPORTE DEL PRIMER CASO EN VENEZUELA.** José Suárez<sup>1</sup>, Nancy Gutiérrez<sup>2</sup>, Laura Naranjo<sup>1</sup>, Tatiana Drummond<sup>1</sup>, Maritza Alvarez, Jaime Torres, Julio Castro<sup>1</sup>, Nahir Martínez<sup>1</sup>, Francisco Triana-Alonso<sup>2</sup>, Johanny Ruiz<sup>2</sup>, Akemys Watts<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Sección de Infectología del Instituto de Medicina Tropical Universidad Central de Venezuela, <sup>2</sup>Centro de Investigaciones Biomédicas (BIOMED-UC), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. <sup>3</sup>Laboratorio Genomik.

**Introducción:** En Venezuela la ehrlichiosis es considerada endémica en caninos y equinos, siendo reportado el primer caso de ehrlichiosis humana por *E. chaffeensis*, diagnosticado por

serología en el año de 1996. En este mismo año se describe el primer aislamiento de *E. canis* y la caracterización antigénica y molecular a partir de un humano asintomático. El diagnóstico de la ehrlichiosis es complejo, se basa en la clínica, epidemiología y estudios de laboratorio [capa leucocitaria, serología y PCR (reacción en cadena de la polimerasa)].

**Objetivo:** Describir el primer caso humano por *Ehrlichia chaffeensis* en Venezuela

**Materiales y métodos:** Se estudiaron 2 humanos en contacto estrecho con 3 caninos sintomáticos para ehrlichiosis canina, realizándose evaluación de capa leucocitaria (considerándose positiva la presencia de mórulas intramonocíticas y/o intraplaquetarias) y determinación de PCR para *Ehrlichia spp.*, utilizando cebadores específicos del gen 16S rRNA, EHR16SD (5'-GGTACCYA-CAGAAGAAGTCC-3') y EHR16SR (5'-TAGCACTCATCGTTACAGC-3'). El humano PCR positivo para género se le practicó PCR anidada para *E. canis* y *E. chaffeensis*. En la primera PCR se utilizaron los cebadores ECC (5'-AGAA-CGAACGCTGGCGGCCAAGC-3'), y ECB (5'-CGTATTACCGCGGCTGCTGGCA3'), los cuales amplifican todas las especies del género *Ehrlichia*. Para la identificación de la especie *E. canis* se incluyeron los cebadores canis (5'-CAATT-ATTTATAGCCTCTGGCTATAGGA-3'), y HE3 (5'-TATAGGTACCGTCATTATCTTCCCTAT-3'). Para la especie *E. chaffeensis* los cebadores HE1 (5'-CAATTGCTTATAACCTTTGGTTATAAAT-3'), y HE3 (5'-TATAGGTACCGTCATTATCTTCCCTAT-3').

**Resultados:** Los 3 perros tuvieron capa leucocitaria con mórulas intramonocíticas y sólo uno de ellos dio PCR positivo para género. De los 2 humanos, uno resultó positivo para la capa leucocitaria y para PCR de género, practicándosele PCR anidada para *E. canis* y *E. chaffeensis* siendo esta última positiva.

**Conclusión:** Se demuestra la infección en humanos por *E. chaffeensis* mediante el empleo de PCR específico para especie como método diagnóstico, siendo el primer caso descrito en Venezuela.

**94. EVALUACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL ESCORPIONISMO.** José Suárez, Catherine Chávez, Katia Herrera, Julio Castro, Alexis Díaz, María Corredor, Laura Naranjo, Lorena Camacho, Alejandra Martín, Madeleine Cariello.

Policlínica Metropolitana. Caracas.

**Introducción:** Durante los últimos 10 años, han

aumentado tanto los accidentes como los emponzoñamientos escorpiónicos, registrados en toda la geografía nacional, considerándose ambas situaciones dentro del escorpiomismo, el cual es el resultado del aculeamiento con la consecuente eyaculación de venina en el ser humano, por las distintas familias, géneros y especies de escorpiones.

**Objetivo:** Evaluar procedencia, tiempo transcurrido desde el accidente hasta su atención, localización corporal, clínica, exámenes paraclínicos, evolución, complicaciones y tratamiento específico del accidente escorpiónico.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en pacientes con escorpionismo, que acudieron a la emergencia de Policlínica Metropolitana, de todos los grupos etareo, de ambos sexos, procedentes del Distrito Capital y Estado Miranda, durante el período comprendido entre junio de 1999 y junio de 2004. Se revisaron 69 historias, se analizó procedencia, tiempo transcurrido desde el accidente hasta su atención, localización corporal, clínica, exámenes paraclínicos, evolución, complicaciones y tratamiento específico del accidente escorpiónico. **Resultados:** Las características de los mismos están detalladas en la Tabla 1

Tabla 1

Variable	Promedio	(DS)	%
Edad	26,3	(21,2)	
Sexo masculino			76
Procedencia urbana			48
Tiempo de atención (Hs)	1,10	(0,6)	
Localización anatómica miembros inferiores			45
Amilaseamia basal	69,8	(103,2)	
Glicemia basal	103,4	(32,6)	
Amilaseamia 4-6 Hs	69,5	(77,1)	
Glicemia 4-6 Hs	111,5	(62,2)	
Leucocitos	8,820	(3,693)	
AST	45,5	(35,4)	
Síntomas moderados y graves			8,5
Horas de observación	4,3	(3,3)	
Complicaciones			11,5
Tratamiento específico			11,5

**Conclusiones:** 1. Predominio del sexo masculino, 2. El 48 % de los pacientes tenían procedencia urbana, 3. El tiempo transcurrido entre el escorpionismo y la atención médica fue de 1.10 horas. 4. Los miembros inferiores fueron los más afectados. 5. Sólo el 8,5 % de los pacientes tuvieron síntomas moderados a graves, 6. Las complicaciones se manifestaron en el 11,5 % de los pacientes, quienes fueron los que recibieron

el tratamiento específico.

**95. INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES ENDOVENOSOS** Larissa Suzko, Julio Castro, Antonio Ríos, José A Suárez, Laura Naranjo, Jacqueline de Izaguirre, Alberto Calvo, Edgar Escalona, Pedro del Médico, Mary Zicardi.

Policlínica Metropolitana. Caracas.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de infecciones asociadas a catéteres venosos en la Policlínica Metropolitana como parte de las actividades del Comité de Control de Infecciones.

**Materiales y métodos:** Se analizaron todos los cateterismos endovenosos periféricos en la Policlínica Metropolitana en el período comprendido entre 1º de octubre hasta 30 de noviembre de 2002. Se utilizaron las definiciones del CDC para catéter central y periférico. Se obtuvo la información en instrumento dedicado para este fin. El evento final de análisis la infección asociada a catéter, se calculó la incidencia basada en el número de eventos/total de procedimientos x días de exposición. Se realizó análisis de factores asociados a infección utilizando regresión logística. El criterio de significancia fue 0,05.

**Resultados:** Se registró un total de 426 cateterismos periféricos, 81(20 %) tuvieron criterio de infección. La incidencia fue 41 inf/1000 catéter día. El 82 % de los catéteres se mantuvo por menos de 2 días. Los procedimientos fueron realizados en: sala 33 %, emergencia 42 %, pabellón 18 %, UCI adultos 3 %; el tipo de conexión utilizada fue tipo clave 14 %, directo 20 % y PRN 56 %. Los factores asociados a infección se muestran en el Cuadro 1:

Variable	Odd Ratio	p
Edad	1,01	0,66
>2 días duración	1,57	0,05
Colocado en sala	1,67	0,023
Colocado en emergencia	0,71	0,16
Conexión tipo PRN	0,47	0,013

**Conclusiones:** La incidencia de infección asociada a catéteres periféricos es similar a la referida para hospitales generales. Los factores asociados a infección son: más de 2 días de duración, colocación en sala de hospitalización y como factor protector se evidenció el uso de conexión tipo PRN.

**96. PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LAS BACTERIAS AISLADAS DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO. 2003.** M Rosas, L López, F González, M Sánchez, O Castillo de Febres, L Escalona, R Naveda, R Correa, E Benítez, S Mújica, H Cabaña.

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Unidad de Infectología Pediátrica-UC. Valencia, Estado Carabobo,

**Objetivos:** Determinar el tipo de germen y su susceptibilidad, en aislamientos de hemocultivos provenientes de pacientes hospitalizados.

**Métodos:** Se revisaron los hemocultivos realizados en el laboratorio de bacteriología de la CHET durante el año 2003. Las muestras fueron procesadas manualmente según métodos convencionales. La sensibilidad se evaluó por el método de Kirby Bauer. Se determinó betalactamasas de espectro extendido (BLEE) por detección fenotípica de doble disco según normatización del NCCLS del 2003.

**Resultados:** De 1593 hemocultivos se obtuvieron 408 positivos (26,6 %), en su mayoría del servicio de pediatría (315, 77,2 %) y en particular de retén (38,5 % del total). Se aislaron: 1. *Klebsiella spp* 35,5 % (*K. pneumoniae* 128, *K. oxytoca* 15 y *K. spp* (2)); 2. *Acinetobacter spp* 15,7 % (*A. baumannii* 24, *A. calcoaceticus* 22, *A. junii* 8 y *A. spp* (10)); 3. *Staphylococcus coagulasa negativo* 9,8 % (40); 4. *Enterobacter spp* 8,3 % (*E. agglomerans* 12, *E. aerogenes* 8 y *E. cloacae* 6 y *E. spp* 8); 5. *Pseudomonas spp* 5,1 %, (*P. aeruginosa* 12 y *P. spp* 9); otros gémenes fue menor del 4% c/u. (*S. aureus* 17, bacilos Gram negativos no fermentadores y *Serratia* 15 c/u, *E. coli* 11, *Flavobacterium spp* 9, *Enterococcus spp* 8, *Burkholderia* y *Stenotrophomonas* 7 c/u, *Citrobacter spp* 4, *Salmonella* del grupo B 3 y *Aeromonas spp* 1). Las bacterias Gram positivas representaron el 15,9 % (65), presentando: *S. coagulasa negativo* 75% de resistencia a oxacilina y 66,7 % a Clindamicina; *S. aureus* resistencia mayor del 60 % a macrólidos, oxacilina, clindamicina y amikacina, 46 % a ciprofloxacina y 25 % a levofloxacina; *Enterococcus spp* 20 % (1/5) resistencia a ampicilina. Todos 100 % sensibles a vancomicina. Respecto a los Gram negativos, el grupo *Klebsiella* mantiene su mayor sensibilidad a carbapenems (100 %), levofloxacina (97,2 %), ciprofloxacina (87,7 %), y cefoperazone/sulbactam (74 %) siendo menor del 45 % al resto (cefalosporinas 3º y 4º generación, aminoglucósidos, piperacilina/tazobactam, amino y ureidopenicilinas). En 57 % y 60 % se detectó BLEE en *K. pneumoniae* y *K. oxytoca* respectivamente. Para *Acinetobacter* se

mantiene 93 % de sensibilidad a cefoperazona/sulbactam e imipenem, 80 %-85 % a ampicilina/sulbactam, amikacina y piperacilina/tazobactam, 79 % a cefepime y sólo 60 % a ceftazidima. El *Enterobacter* tiene 100 % sensibilidad a carbapenem, con un 77 % a ciprofloxacina y cefoperazona/sulbactam, entre 65 %-57 % a levofloxacina y piperacilina/tazobactam y menos de 40 % al resto. La sensibilidad de *Pseudomonas* se mantiene 100 % a carbapenems, 94 % piperacilina/tazobactam, 85 % cefepime, cefoperazona/sulbactam, amikacina 80 %, ciprofloxacina y amikacina 70 %-72 %. Aunque el total de patógenos restantes es pequeño, llama la atención la resistencia de *E. coli* a ampicilina/sulbactam (5/9), amikacina (4/9), cefalosporinas de 3° y 4° generación (3/8), manteniendo la sensibilidad a carbapenem, cefoperazona/sulbactam y piperacilina/tazobactam en 100 %. Conclusiones: Similiar a lo reportado en 2001, son carbapenems, cefoperazona/sulbactam y quinolonas quienes tienen mayor sensibilidad al total de gérmenes Gram (-), sobre todo para *Klebsiella-Enterobacter*, quienes presentan alto porcentaje de resistencia, con alta detección de BLEE en *Klebsiella*, planteando un problema real, más cuando el mayor porcentaje fue en el área pediátrica, especialmente retén. Hay un alto grado de resistencia del *S. aureus* a la oxacilina, sin embargo hay que aclarar que desconocemos cuántas cepas provenían de la comunidad o de infección nosocomial.

**97. ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA BACTERIANA ENCONTRADA EN EL SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA DEL LABORATORIO CLÍNICO BACTERIOLOGICO C.N.C.** M Bustillos, C Curé, M Domínguez, M Sánchez, O Castillo de Febres, E Uran.

Centro Clínico La Isabélica Valencia.

**Objetivo:** Determinar el patrón de resistencia de las bacterias aisladas.

**Método:** Los aislamientos fueron identificados por métodos bioquímicos convencionales y automatizados. Las pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos se realizaron de acuerdo al informe del NCCLS del 2003.

**Resultados:** Se identificaron 300 gérmenes Gram negativos en el siguiente orden *E coli* 170(56,6 %), *Pseudomona* 45 (15 %), *Klebsiella* 21 (7 %), *Proteus* 20 (6,6 %), *Enterobacter* 16(5,3 %), *Acinetobacter* 9 (3 %), *Stenotrophomonas maltophilia* 6 (2%), el resto correspondió a *Serratia*, *Moraxella*, *Citrobacter*. El 40 % de las *Klebsiellas* y el 26 % de las *E coli* produjeron BLEE.

Se aislaron 77 Gram positivos correspondiendo 28(36,3 %) a *Staphylococcus coagulasa negativo*, 27 (35 %) a *Staphylococcus aureus*, 19(24,5 %) *Streptococcus* y 3 (4 %) *Enterococcus*. Los *Streptococcus* fueron sensibles a betalactámicos, resistentes a macrólidos, *S. aureus* y los coagulasa negativos, mostraron una resistencia de 46 % y 86 % a oxacilina, 25 % a linezolid. El 17 % de los *S. aureus* son resistentes a clindamicina. Entre los Gram negativos, las cepas con mayor resistencia correspondieron a *Acinetobacter*, *Pseudomona*, *Klebsiella* y *Enterobacter*; el menor % de resistencia se observó a meropenem e imipenem (14 % a 6,6%, para los dos primeros y 0 % para los últimos), seguido del sulperazone para *Pseudomonas* y *Enterobacter* (6,6% y 0 % respectivamente) más no para los otros mencionados. Fue alta a cefalosporinas de tercera y cuarta generación, variable a aminoglucósidos. Entre el 25 % y 30% de las *E coli* son resistentes a cefalosporinas de tercera y cuarta generación excepto al sulperazone (13 %) y mayor a las de primera, presentando una resistencia de 12 % a amikacina y 0 % a carbapenem. Las *Stenotrophomonas* fueron sensibles sólo a trimetoprim/sulfa. Conclusiones: Los antibióticos con mejor sensibilidad a Gram negativos fueron imipenem, meropenem, seguido de sulperazone. La resistencia a cefalosporinas fue alta.

**98. COMPORTAMIENTO DE CEPA DE KLEBSIELLA OXYTOCA AISLADA EN MUESTRAS DIVERSAS PROVENIENTES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, A PROPÓSITO DEL BROTE DE SEPSIS NEONATAL NOSOCOMIAL.** Berquis Acosta\*, Rosalba G Contreras\*, Raquel Roa M\*, Nancy Gutiérrez.\*\*

\*Servicio de Bioanálisis: Sección de Bacteriología, S.A. Hospital "Lic. José María Benítez". \*\*Servicio de Infectología, S.A. Hospital Lic. José María Benítez. La Victoria. Estado Aragua

**Introducción:** La sepsis continúa siendo uno de los padecimientos más frecuentes durante el periodo neonatal

**Objetivos:** Establecer características epidemiológicas, y bacteriológicas de cepa de *Klebsiella oxytoca* aislada en hemocultivos, catéteres de vías centrales y secreciones de pacientes hospitalizados en el Servicio de Neonatología. **Materiales y Métodos:** El estudio se realizó en los meses de marzo y abril del 2004. Se llevó a cabo vigilancia bacteriológica y antimicrobiana de los cultivos provenientes de pacientes con diagnóstico de sepsis. Se utilizó técnica de doble disco para búsqueda de cepas productoras de BLEE.

Resultados y conclusiones: De un total de 102 hemocultivos procesados para el Servicio de Neonatología 28 resultaron positivos para bacterias, 27,5 % (28/102). Los gérmenes aislados en los hemocultivos positivos fueron *Klebsiella oxytoca* 64 % (18/28), *Staphylococcus coagulasa negativa* 32 % (9/28) y *Streptococcus sp.* 4 % (1/28). Se cultivaron 16 puntas de catéteres de vías centrales 33 %; 29 líquidos cefalorraquídeos 59 % y 4 secreciones 8 %. En los catéteres el porcentaje de positividad a crecimiento bacteriano fue del 94 % (15/16), 4 de los 15 catéteres resultaron positivos para más de un germen; siendo *Klebsiella oxytoca* el más frecuente 53 %, *Escherichia coli* 7 % y *Enterobacter agglomerans* 7 %; los gérmenes grampositivos se aislaron en un 33 %, estos aislamientos fueron para *Staphylococcus coagulasa negativa*. El conocimiento con respecto al comportamiento de gérmenes capaces de causar infecciones nosocomiales es imprescindible para la implementación de estrategias eficaces que permitan evitar brotes infecciosos en los centros asistenciales, cuya incidencia no solo genera muerte y desolación de muchos padres, sino grandes costos institucionales.

**99. ACCIDENTES LABORALES EN EL DISTRITO SANITARIO EJE ORIENTAL, GUACARA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA JULIO 2000-SEPTIEMBRE 2004.** Addua Royero, H Vargas, V Vega, M Sojo.

Hospital "Dr. Miguel Malpica". Guacara. Edo. Carabobo

Objetivo: Determinar las características clínicas epidemiológicas de accidentes laborales en el Distrito Sanitario Eje Oriental, Guacara, Estado Carabobo; julio 2000-septiembre 2004.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo-prospectivo, de la ficha de registro de accidente laboral. Tabulados en tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se registraron 69 casos. En el año 2000 un 4,34 %, el 2001 13,04 %, el 2002 15,94 %, en el 2003 43,47 %, y 2004 23,18 %. El tipo de accidente fue pinchazo 91,30 % (aguja hueca 65,07 %), seguido de la mucosa 7,24%. Uso previo del objeto con líquido contaminante fue sangre 92,75 %, otro (pus, LCR, Líquido amniótico) 7,25 %. El grupo etario varió de 17 a 53 años, siendo el más afectado entre 27 a 36 años de edad, 36,23 %. El 82,60 % fueron femenino. En relación al personal, médico con 36,23 % (internos 11,59, rurales 8,69 %, cirujanos

2,89 %, pediatras 5,79 %), enfermeras 33,33 % (auxiliares 26,08 %, TSU 7,24 %). La distribución por zona: Hospital Guacara 69,56 % (emergencia 43,47 %), y la red de ambulatorios el 27,53 % (Mariara, San Joaquín 8,69 %; 8,69 %). El horario de 7:00 am a 1:00 pm 56,52 %, de 1 a 7 pm con 23,18 %. El 91,30 % recibió tratamiento con crixivan y combivir. Status del paciente desconocido 92,75 %, y con VIH 4,4 %.

Conclusiones: Hubo un ascenso progresivo cada año, probable por mejor educación y notificación. El 91,30 % del total de los accidentes fue el pinchazo. El turno que hubo más accidentes laboral fue de 7 a 1, quizás porque haya más actividad laboral. Los médicos internos de cirugía, en el área de emergencia, son los que presentan más accidentes laborales.

Recomendaciones: Mejorar la educación sobre las normas de bioseguridad, para reducir al mínimo. Notificar cualquier accidente laboral a la brevedad posible.

**100. NEFROPATIA POR EHRlichia PLATYS (ANAPLASMA PLATYS).** Addua Royero, A Garcia, H Vargas, JA Pinto, V Vegas.

Hospital Metropolitano del Norte. Valencia. Edo. Carabobo

La ehrlichiosis es una enfermedad infecciosa, no contagiosa, considerada zoonótica y emergente, transmitida principalmente por mordeduras de garrapatas. Es producida por bacterias Gram negativas intracelulares obligadas, pleomórficas con frecuencia esferoides u ovoides, que se establecen en monocitos, linfocitos, neutrófilos y plaquetas, produciendo mórulas intracitoplasmáticas. Estas bacterias del género ehrlichia, pertenecen a la familia *Rickettsiaceae*, y fueron descritas en el año 1935 en Argelia. recientemente se han reportado infecciones en los humanos por bacterias pertenecientes a este grupo.

Femenina de 21 años de edad, natural y procedente de la localidad, sana, estudiante de veterinaria, con antecedentes de picaduras de garrapatas, inicia el 20/6/03 malestar general, astenia, fiebre de 38-39 °C, con escalofríos, que duró 5 cinco días, tos seca, y cefalea generalizada de moderada a gran intensidad, como hallazgos hepatoesplenomegalia moderada, adenomegalias móviles no dolorosas < cm en cadena cervical, se le realizan estudios que reportaban pancitopenia con leve linfocitosis, perfil hepático normal, serologías virales para dengue, E. Barr, CMV, siendo negativos, Toxoplasma negativos, estudios inmunológicos (C3, C4, CH50, ANA AntiDNA, Antimusculo liso) estando todos dentro

de rango normal, días después se asocia edemas generalizados con examen de orina con proteinuria de 4+, con depuración de creatinina bajas en 38 y proteinuria que oscilaron desde 1,5 a 2,5 g/24 horas, así como hipoalbuminemia, perfil lipídico normal, se le intenta realizar biopsia percutánea renal la cual fue fallida y hace hemorragia digestiva superior con endoscopia de 2 úlceras gástricas sangrantes con signos de shock hipovolemico, siendo transfundida, paciente mejoran los síntomas pero persistía la proteinuria, se repiten estudios inmunológicos en Instituto de inmunología de Caracas siendo normales, sólo inmunofenotipaje con CD4, CD3, CD8 bajos. Se le realiza en Departamento de Microbiología de la UC frotis de capa blanca, donde reportan inclusiones intraplaquetarias semejantes a *Ehrlichia platys* (*Anaplasma platys*), se repite biopsia renal a cielo abierto en el Instituto de Anatomía Patológica de la UCV donde reportan glomérulo esclerosis segmentaria y focal, fibrosis moderada intersticial difusa + atrofia tubular e infiltrado mononuclear importante con inclusiones intracitoplasmáticas, así como arteriosclerosis hiperplástica hialina. Recibe doxiciclina endovenosa por 21 días, así como esteroides con evolución favorable.

**101. PANICULITIS MÚLTIPLES ABSCEDADA POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS POSTERIOR A TRATAMIENTO DE MESOTERAPIA. (ESTUDIO PRELIMINAR).** Addua Royero, H Vargas, V Vegas, M Sojo.

Hospital Metropolitano del Norte. Valencia. Edo. Carabobo.

La mesoterapia se basa en un método creado por el Dr. M. Pistor en 1952, en Francia, con el objetivo de controlar algunas enfermedades y ciertos tipos de dolor. El procedimiento es la administración de sustancias a nivel intradérmico.

Se describen 50 casos de pacientes femeninas con edades de 25 a 50 años, quienes consultaron 3 a 5 semanas después tratamiento con mesoterapia con propósitos estéticos una sustancia compuesta con solución fisiológica, aminofilina extracto de centellea asiática y otros con oligoelementos aplicadas en glúteo, espalda y abdomen, presentaron 1 semana después nódulos eritematosos violáceos entre 1 y 3 cm, polimorfitos en numero variables, una de ellas con 9. con signos de fluctuación, muy dolorosos, algunos drenaban espontáneamente material seropurulento, sin compromiso del estado ge-

neral. Todas habían recibido tratamiento con penicilina y cefalosporinas, y drenajes, sin mejoría. Cuarenta y ocho de ellas procedentes de 1 médico esteticista y 2 de masajista.

Se tomaron muestras por punción a sólo 11 de ellas y se solicitó cultivos para aerobios, hongos y se sembraron en medio de Lowenstein-Jensen, al Gram solo PMN moderados, no hubo crecimientos de gérmenes, sólo en la segunda y otras tercera semana de cultivo reportaron *Micobacterium sp.* Se enviaron muestras para PCR y se espera la tipificación. Se inicio tratamiento mixto con claritromicina, ciprofloxacina, rifampicina, además de drenaje quirúrgico. La biopsia reporto lesiones granulomatosas.

Se cultivó una muestra del material de mesoterapia, no aislándose gérmenes después del proceso quedaron depresiones en la piel, cicatrices retráctiles, hiperpigmentadas con depresiones centrales, granulomas palpable. A casi todas se le realizó eco de partes blandas con reporte de colecciones profundas y la mayoría en tejido celular subcutáneo, solo una de ellas había compromiso muscular.

**102. EVALUACIÓN DE INFECCIONES POR LEVADURAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO PRIVADO DE LA LOCALIDAD.** Luis Gallegos, Belisario Gallegos, Silvia Magaldi, Victoria Stepenka, Magali González, Beatriz Rodríguez.

Hospital Coromoto, Maracaibo. Instituto de Medicina Tropical, Caracas. Hospital General del Sur, Maracaibo.

Objetivos: Infecciones por levaduras, constituyen en la actualidad, causa frecuente de infección nosocomial. Con el objeto de conocer las diferentes especies de levaduras, su sensibilidad y los factores relacionados con la infección, se estudian 39 pacientes admitidos al Hospital Coromoto de Maracaibo entre junio a diciembre de 2000, que desarrollaron infección por levaduras. Las cepas fueron identificadas mediante coloración de Gram y el sistema computarizado ID32. Se les practicó prueba de sensibilidad y resistencia mediante método de pozos de difusión. De 517 microorganismos aislados mediante este período, los Gram negativos fueron los más frecuentes (52,04 %) seguidos de Gram positivos (30,17 %) y levaduras (17,79 %). *Staphylococcus coagulasa* negativa (15,47 %) resultó el germen más frecuente. *Trichosporon mucoides* resultó la levadura aislada con mayor frecuencia (38,04 %), seguidos de *Candida albicans* (15,21%), *C glabrata*,

*Cryptococcus laurentii* y *humicolus* con un 6,52 %. De los 39 pacientes evaluados, 21 fueron del sexo masculino (52,85 %) y 18 (46,15 %) del sexo femenino. El 51,28 % fueron pacientes mayores de 60 años y la estancia hospitalaria menor de 11 días en 53,84 %. Diabetes mellitus (20,51 %) y hematológicas (15,38 %) fueron las enfermedades subyacentes más frecuentes. Administración de antimicrobianos y presencia de catéteres periféricos, presentes en 100 %. Penicilinas-cefalosporinas y quinolonas fueron los antimicrobianos más utilizados (61,49 %) y en el 76,92 % se administraron 2 o más antimicrobianos. *Candida glabrata* resultó la levadura con mayor resistencia, Anfotericina B (25 %), Fluconazol, Itraconazol y Ketoconazol, resistentes en un 100 %. Para las levaduras aisladas, Fluconazol y Ketoconazol mostraron los mayores porcentajes de resistencia. Conclusiones: Bacterias Gram negativas resultaron los aislamientos más frecuentes. Las levaduras representan una fuente importante de infección siendo *Trichosporon mucoides* y *Candida albicans* las levaduras más aisladas en nuestra casuística. *Candida glabrata* resultó la más resistente. Recomendaciones: La determinación de la sensibilidad y resistencia mediante el método de pozos de difusión, por su aplicabilidad y bajo costo resulta útil para el manejo y tratamiento de pacientes con infecciones micóticas.

**103. EXPERIENCIA EN EL USO DE CASPOFUNGINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE CUATRO CASOS DEL HOSPITAL "MIGUEL PEREZ CARREÑO".** Sonshire Fera de Figueira\*, Rosana Beatriz Millet\*\*, María Norana Boscán\*\*, Manuel Andrade Faría\*\* Sonshire Figueira\*\*\*

\*Pediatra Infectólogo HMPC,\*\*Residentes del Postgrado de Pediatría HMPC,\*\*\*Interno de Pre-Grado UCV.Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas.

Cuatro pacientes pediátricos con edades: 2 meses, 4 meses, 7 años y 12 años, con infecciones bacterianas severas, falla de múltiples órganos, desnutrición y neutropenia febril refractaria a tratamiento antibiótico, ameritaron terapia antifúngica por sospecha clínica y paraclinica de infección micótica. Tres de ellos con hemocultivo positivos para levaduras y un caso con hifas persistentes en orina y tubo endotraqueal. Tres casos mostraron pobre respuesta al tratamiento previo con fluconazol o anfotericina B, lo que motivó la indicación de caspofungina como monoterapia a dosis de 1 mg/kg/día o 50 mg/día (en la escolar de 12 años). Uno de ellos

desarrolló insuficiencia renal aguda después del inicio de la anfotericina B, lo que motivó el cambio del antimicótico. En los cuatro pacientes se obtuvo una excelente respuesta clínica y paraclinica, sin efectos adversos y con buena tolerancia a la caspofungina.

**104. SÍNDROME DE RAMSAY HUNT POR VIRUS DE HERPES ZOSTER EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.** C Jiménez, G Hernández, A Ciniglio, G Vivolo.

Hospital Vargas de Caracas. Caracas.

Presentamos caso de escolar femenina de 9 años de edad, ingresada por presentar múltiples lesiones vesiculares eritematosas y costrosas oscuras en orificio y dos tercios del conducto auditivo derecho, parálisis facial periférica derecha grado V, hipoacusia derecha, vértigos y ageusia. El antecedente de infección no complicada por Varicela zoster a los cinco años de edad, la evolución clínica y la coloración de Giemsa del líquido vesicular reportando células gigantes multinucleadas permiten concluir el diagnóstico de síndrome de Ramsay Hunt. La importancia de este caso radica en que es una patología de muy rara presentación en la infancia, describiéndose una incidencia menor de 20 casos por millón en menores de 20 años de edad; en Venezuela no encontramos estadísticas ni reportes de esta dolencia en niños y éste es el primer caso diagnosticado en nuestro servicio en sus cuarenta años de funcionamiento.

**105. PLEURONEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS.** I Natera, A Martín, E Garrido, C García, A Araujo A.

Sección de Pediatría Médica Infecciosa (PMI). Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Caracas. Caracas

Introducción: A nivel mundial han ocurrido cambios en la epidemiología de las pleuroneumonías caracterizadas por un incremento en la frecuencia de las neumonías que cursan con derrame pleural complicado y a sus variaciones en la etiología y patrones de resistencia de las mismas

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de las pleuroneumonías que ingresaron en PMI

Material y métodos: Estudio prospectivo donde se evaluaron los casos ingresados en la Sección de PMI, clínico-etiológico y epidemiológicamente

en niños entre 1 mes y 12 años entre enero 2001 a mayo 2004.

Resultados: En 247 niños con diagnóstico de neumonías hospitalizados durante este período de estudio, 36 (14,5 %) cursaron con derrame pleural: clasificados como complicados, 18 y 8 no complicados. No clasificados, 10. La edad promedio fue 3,14 años (rango 4 meses y 11 años). El sexo masculino representó 58,33%. La duración de la fiebre presentó una media de 7,61 días, con enfermedad actual de 9,41 días de evolución y un promedio de hospitalización de 22,71 días (DS  $\pm$  17,18 días). Se aisló agente etiológico en 16/36 pacientes (44 %): hemocultivos, 5; líquido pleural, 7; en ambos, 4. *Streptococcus pneumoniae* 13/16 aislamientos (84,61 % sensibles a penicilina y 13,1 % con resistencia a penicilina, 6,2%[1/16] con resistencia a cefotaxima). *Haemophilus influenzae* en 1 caso (ampicilina sensible). *S. aureus* en un caso y *Staphylococcus coagulasa* negativo en un caso.

En la terapéutica empírica inicial con antibióticos se inició con monoterapia a base de cefotaxima en 19/36 pacientes, penicilina 1/36 y combinada 16/36 (cefotaxima + oxacilina o vancomicina). En el 22,2 % de los pacientes requirieron colocación de tubo de tórax y en 19,4 % colocación de tubo de tórax + decorticación y/o lobectomía y/o cierre de fístula broncopleural. Evolución satisfactoria en 80,55 % de los pacientes (sin cirugía).

Conclusiones: La presentación pleuroneumónica en los procesos infecciosos de pulmón de evolución compleja. Predominante en el sexo masculino. El germen más frecuentemente aislado fue *Strep. pneumoniae*, con patrones de sensibilidad que se han modificado en el tiempo. La droga inicial más utilizada son cefalosporinas de tercera generación, pero debe valorarse el uso de combinaciones e incluso el uso de penicilina como terapia única inicial. El uso de vancomicina inicial debe restringirse a pacientes con shock o afectación meníngea concomitante.

**106. NEUMONIAS COMPLICADAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD CAUSADAS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (SPN) EN NIÑOS.** A Martín, I Natera, E Garrido, L Orta, T Jiménez, E Spadola, D Sánchez.

Sección de Pediatría Médica. Hospital Universitario de Caracas. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Caracas.

Introducción: Las modificaciones clínico-

epidemiológicas de las enfermedades invasivas por Spn. han dado pie a modificaciones en su terapéutica y nuevas estrategias en su prevención con vacunas conjugadas (heptavalente). La posibilidad de un estudio que evaluara los procesos neumónicos agudos por Spn y su relación con características clínicas, serotipos y complicaciones es posible, dando importancia al verdadero valor de cobertura a vacunas conjugadas en nuestro medio, así como, a su vigilancia y prevalencia.

Objetivos: Evaluar el comportamiento clínico de los niños con neumonías complicadas según el serotipo de Spn aislado.

Material y métodos: Estudio prospectivo en niños que ingresaron a la Sección de Pediatría Médica Infecciosa. Hospital Universitario de Caracas entre enero 2001 y mayo 2004, entre 1 mes y 12 años de edad, con el diagnóstico (Dx.) de neumonía complicada (neumonías con derrame pleural: complicada o no, neumonías necrotizante y absceso pulmonar) y aislamiento de Spn.

Resultados y conclusiones: Se incluyeron 41 niños con el Dx. neumonía complicadas. Se aislaron 13/41 con Spn (31,70 %). El sexo femenino representó el 53,84 %. El grupo presentó las siguientes factores de riesgo: 6/13 >2 años, 4/13 uso de B-lactámicos previos a la hospitalización y 2/13 asistía a guarderías. En 69,2% fueron neumonías con derrame pleural complicado (Glucosa: >40mg %, pH: >7,2 y LDL: <1000U/L). La mayoría de los niños tenían al menos un factor de riesgo. Los niños con pleuroneumonías complicadas presentaron >2 factores de riesgo. El 38,46 % requirieron oxígeno húmedo en 2 o más días. En 24,7 días fue el promedio de hospitalización en el grupo pleuroneumonías complicadas vs. 14,5 días en pleuroneumonías no complicadas (p<0,01). La fiebre persistió en 8,5 días de hospitalización. El oxígeno húmedo fue requerido por más de 2 días en 38,46 % de los pacientes. En 7/13 se colocó tubo de tórax y 2/13 se realizó cirugía torácica. Los serotipos de Spn. aislados por orden de frecuencia: 14, 6B, 3, 19A, 23F 5, 1, grupo 7. El 84,61 % fueron sensibles a penicilina, 13,1 % resistentes a penicilina (serotipos 19A y 6B) y 1/13 sensibilidad disminuida a cefotaxima. Los pacientes con serotipo 3 (2 casos) la evolución fue tórpida, sin significancia estadística. La terapia inicial más utilizada fue cefotaxima o combinaciones: cefotaxima + oxacilina. Vancomicina se utilizó como terapia combinada en 5 pacientes. Los pacientes con cepas de Spn resistentes, no presentaron evolución significativamente diferente. El factor de riesgo más

importante fue >2 años como correlación de mal pronóstico. La cobertura vacunal según los serotipos aislados en este grupo fue <60 %.

**107. EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN VERTICAL POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA** Luigina Siciliano, María López, Analisa Espósito, Erick Hernández, Lourdes Morillo, Myriam Miranda, Francisco Valery, José V Franco, Lisbeth Aurenty, Juan García.

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". Caracas.

La evolución de pacientes pediátricos con infección vertical por el virus de inmunodeficiencia humana depende fundamentalmente del tratamiento antirretroviral.

Objetivo. Evaluar la progresión de pacientes con infección VIH de transmisión vertical

Método. Se realizó un estudio longitudinal, comparativo incluyendo pacientes pediátricos con infección VIH vertical desde 1984 hasta junio 2004, con >6 meses de seguimiento y pacientes fallecidos, en el Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" (Caracas), registrándose datos de tratamiento antirretroviral y progresión. Se establecieron tres grupos: Grupo I: con tratamiento triple inicial, Grupo II: con tratamiento triple no desde el inicio, Grupo III: sin tratamiento triple o no adherencia

Resultados. Pacientes incluidos n=101: grupo I 42,58 %, grupo II 33,66 %, grupo III 23,76 %.

El porcentaje de pacientes con progresión clínica e inmunológica fue similar en los grupos I y II (clínica 24,59 %; inmunológica 14,81 %).

Aunque en los grupos I y II hubo diferencias significativas en pacientes con carga VIH inicial >100 000 copias/mL (grupo I 62,79 %; grupo II 32,35 %), el porcentaje de cargas VIH actual indetectable fue similar (75,34 %). La diferencia de pacientes con carga VIH actual detectable, pero con descenso >1 logaritmo fue significativa (grupo I 100 %; grupo II 66 %) (p<0,05)

La diferencia de mortalidad con y sin tratamiento triple fue significativa (Grupo I+II: 5,19 %; Grupo III 50 %) (p<0,05)

Conclusiones. La progresión clínico-inmunológica fue similar en los grupos con tratamiento triple. El descenso de carga viral es más significativo en pacientes con tratamiento triple inicial. La mortalidad sin tratamiento triple es significativamente mayor.

**108. STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN BACTERIEMIAS, MENINGITIS Y NEUMONÍAS: SEROTIPOS Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD.** Mary Fabiola González, Miriam Sánchez, Olga Castillo de Febres, Laddy Escalona, Ma. Alejandra Rosas, Rosa Correa, Haydeé Cabaña, Emma Benítez, Marisol Escalona.

UIP, CHET. Valencia. Estado Carabobo

Objetivo: Determinar los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* (Sp) causantes de bacteriemias, meningitis y neumonías y conocer sus patrones de sensibilidad.

Material y método: Se procesaron muestras provenientes de hemocultivos, líquido cefalorraquídeo y líquido pleural aquellas positivas para Sp. fueron el objeto de este reporte. La sensibilidad se midió por el método de difusión en Agar Muller-Hinton suplementado con sangre, siguiendo los lineamientos del NCCLS, 2003, utilizando el disco de 1 µg de oxacilina para evaluar la sensibilidad a penicilina. A partir del año 2004 se dispone de la prueba E test, por lo que sólo a aquellas cepas con sensibilidad disminuida a penicilina (SDP) aisladas este año se les aplicó dicha prueba. La serotipificación se realizó empleando la reacción capsular o prueba de Neufeld-Quellung en el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, como parte del sistema de vigilancia de neumonías y meningitis (SIREVA).

Resultados: Se aislaron 79 cepas de Sp provenientes de: hemocultivo (7), LCR (29) y líquido pleural (43). El número de cepas con sensibilidad disminuida a penicilina fue 21 (26,58 %). Sólo a 6 se le determinó la CIM resultando tres con resistencia intermedia y dos con resistencia alta a penicilina; 5 cepas fueron resistentes a cefotaxima (3 altas y 2 intermedias). Todas fueron sensibles a vancomicina y ofloxacina; 17,8 % mostraron resistencia a macrólidos y 16 % a clindamicina. Se han serotipificado 54 cepas, 66,6 % aisladas en menores de 5 años. Los serotipos identificados en orden de frecuencia son: 14 y 5 (18,5 % c/u) 6B y 1 (14,8 % c/u), 7 (9,25), 19A (5,5 %), 6A, 18 y 23 F (3,7 % c/u) 15, pool D, 9 V y no tipificable 1,9 % respectivamente. En menores de 5 años predominaron: 14, 5 y 6B. Los serotipos asociados a SDP fueron 6B (35,7 %), 14 (28,6 %), 23 F (14,28%), 5 y 19 A (7,1 %). El 50 % de los serotipos 6B mostraron resistencia a tres o más antibióticos.

Conclusiones: El 26,58 % de las cepas tienen SDP. Se demostró la presencia de cepas resistentes a cefalosporinas. Los serotipos 14, 5, 6B y 1 son los más frecuentes, los tres primeros

asociados a resistencia, el 6B mostró un patrón multirresistente.

**109.COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGÍA DE LA COINFECCIÓN DE LOS VIRUS DE HEPATITIS B Y VIRUS DE HEPATITIS C CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.** Delsa Delgado, Patricia Mantilla, Gabby Hernández, Velmar Quintero.

Instituto de Oncología y Hematología UCV-MSDS Caracas.

**Introducción:** Los riesgos epidemiológicos compartidos por el VIH, y los Virus de hepatitis B (VHB) y C (VHC), explican el aumento de prevalencia de VIH-VHB-VHC. **Objetivo:** Evaluar comportamiento clínico y epidemiológico de la co-infección VIH-VHB-VHC.

**Diseño del estudio:** Retrospectivo, descriptivo, correlacional.

**Material y métodos:** Se registraron datos de marcadores de VHB y VHC, función hepática, antecedentes epidemiológicos y síntomas.

**Resultados:** Universo 816 casos, 268 excluidos, muestra definitiva 548 casos, 91,39 % sexo masculino, 8,61 % femenino. Grupo más afectado: 36-50 años. 27,37 % resultó positivo para hepatitis B, 3,83 % para hepatitis C, y 15,14 % para Anticore, 0,72 % reportaron coinfección VIH-VHB-VHC Tasa de incidencia en 2 años: 37,5 % para VIH-VHB y VIH-VCH. Pacientes positivos para VHB: 72 % evolucionó hacia la resolución y 18 % hacia la cronicidad. Pacientes positivos para VHC: 9,52 % hizo inmunidad y 90,48 % infección crónica, 9,52 % con genotipo 1a y 9,52 % con genotipo 1b, de los cuales 50 % tiene cargas virales detectables. Antecedentes epidemiológicos: consumo de drogas fue determinante para VHC ( $p=0,0042$ ) y ETS para VHB ( $p=0,032$ ). Comportamiento clínico: las transaminasas y los síntomas clínicos no mostraron diferencia significativa entre VHB y VHC.

**Conclusiones:** La prevalencia de VIH-VHB es más alta que la reportada por la literatura, pero la de VHC es menor. El comportamiento clínico y los antecedentes epidemiológicos de VIH-VHB y VIH-VHC son similares a los documentados en otras localidades. Los pacientes con Anticore+ deben evaluarse para reactivación o falta de inmunidad de la infección. El genotipo 1 es frecuente en VIH-VHC. El 70% de los pacientes requieren vacunación para prevenir VHB.

**110.MENINGITIS BACTERIANA (94 CASOS) EN MAYORES DE DOS MESES DE EDAD. HOSPITAL PEDIÁTRICO “AGUSTÍN ZUBILLAGA”, BARQUISIMETO, VENEZUELA 2.000 - 2.003.** A González Mata, CM Maitin, L Colina, B Roas, B de Pire.

Investigación prospectiva desde 2000 a 2003, incluyó los pacientes mayores de 2 meses de edad con diagnóstico de meningitis bacteriana aguda (criterio de diagnóstico: cultivo del LCR positivo, o 3 de los siguientes 4 parámetros:  $\geq 1000$  células/mm, glucorraquia  $< 40$  mg/dl, proteinorraquia  $> 40$  mg/dl, proteína C reactiva sérica  $\geq 40$  mg/L. Hubo seguimiento en la escala de Glasgow, cuidado en terapia intensiva, estudio de audición y evaluación por neurofisiología.

**Resultados** El 67 % de casos se presentó en el primer año de vida, predominó el sexo masculino: en 60%, se atendieron en terapia neurointensiva 90 % y de estos 75 % con ventilación mecánica, en la admisión 63 % de todos los casos alcanzaron Glasgow:  $\leq 12$  puntos; se identificó agente etiológico en el 74 % de casos, y fueron: H.influenzae b (H.ib) en el 42 % todos sensibles a cefalosporinas de III generación. S. pneumoniae (S.p) en 30 %, serotipos predominantes: 14 (60%), 6B, 19A, 19F y 23F, el 20% con resistencia intermedia a penicilina, 2,5 % con resistencia alta, un solo caso con resistencia intermedia a cefalosporinas de III generación, el 42 % ingresó con Glasgow  $\leq 12$  puntos y el 79 % ameritó ventilación mecánica. N. meningitidis 2 % y etiología no indentificada en 26 %; la coagulación en el LCR coincidió con la positividad del cultivo, en 22 % resultó positiva con cultivo del LCR negativo; la proteína C reactiva sérica por inmunoturbidometría resultó positiva ( $\geq 40$  mg/L) en el 97 % de casos; todos los pacientes recibieron ceftriaxone endovenoso (100 mg/kg/día, dosis única diaria) por siete días, a un solo caso se adicionó vancomicina (S.p con resistencia alta a penicilina e intermedia a ceftriaxone); el 67 % de los casos evidenció algún hallazgo anormal a la tomografía axial computadorizada craneal, el más frecuente fue edema cerebral en el 39 % de los casos seguido de colección subdural en el 33 %; el 35 % es portador de alguna secuela neurológica; déficit de audición uni o bilateral ( $\geq 40$  dB) fue detectado por potenciales evocados auditivos de tallo cerebral en el 60 % de casos, 40 % por H.ib y 28 % por S. p; la mortalidad global se ubicó en 20 % y de estos el S.p fue responsable del 47%.

**Recomendaciones :** universalizar la aplicación de vacunas conjugadas de H. ib y de S.p,

garantizar cuidados óptimos al paciente en la fase aguda y de rehabilitación.

**111. FACTORES DE RIESGO PARA LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS EN LA POBLACIÓN DE CHICHIRIVICHE, MUNICIPIO MONSEÑOR ITURRIZA DEL ESTADO FALCÓN. MARZO – JUNIO 2002.** María Cumare, Franklin Castro, Nathaniel Moreno, David Román, José Guanipa.

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" - Coro

Las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde representan una importante causa de morbimortalidad en niños menores de cinco años, causando 5 millones de muertes en todo el mundo. El presente estudio planteó el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la aparición de diarrea aguda en niños menores de cinco años. Fue un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental, tipo caso control analítico; que incluyó 140 niños, de los cuales 70 presentaron diagnóstico clínico de diarrea y 70 fueron niños sanos. Se le aplicó a ambos grupos una encuesta que incluyó variables individuales, sociales y ambientales. La asociación entre los factores de riesgo y la diarrea se estableció mediante Chi Cuadrado, t de Student, probabilidad, prueba de F univariada y función discriminante. De acuerdo a análisis discriminativo y modelos de predicción aplicados a las variables, se obtuvo un 77,3 % de aciertos. Se concluyó que los factores de riesgo asociados a la diarrea ( $p < 0,001$ ), fueron la desnutrición, vivienda rural, hacinamiento, aseo de vivienda poco frecuente y aguas no hervidas o mal hervidas.

## Índice de Autores de Trabajos Libres

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Abadía L	37,38	Castillo de Febres O		Escalona L	95,96,108	Guevara M	5,7,8
Abud J	23		96,97,108	Escalona M	108	Guevara N	25
Acosta M	98	Castillo R	75	Escalona P	39,75	Guevara RN	40
Acquatella de G	76	Castillo Y	39,53,56,71	Espina LM	80	Guillén G	82
Aguiar A	64	Castillo Z	39,53,56,75	Espinoza F	79	Gutiérrez N	87,93,98
Alayo E	23,42	Castro F	111	Espósito A	107	Guzmán M	19,
Alvarez B	87	Castro J	1,47	Essenfeld E	74		24,25,47,66
Álvarez G	50,51		91,92,93,94,95	Essenfeld H	74	Hartung C	18,29,44,45
Álvarez M	92,93	Castro M	29	Faquira I	30	Hassanhi M	79
Andarcia P	17	Ceballos E	7	Febres de O	48,78	Hernández de Arrieta Y	
Andrade E	13	Centeno A	39,50,51	Feria de Figueira S	103		69
Andrade Faría M	103	Cerezo JJ	73	Fermín S	73	Hernández E	107
Angulo A	32	Chacón R	55	Fernández CT	85	Hernández G	49,104,109
Aponte A	74	Charris J	83,90	Fernández Figueiras S		Hernández N	5,7,8
Araujo A		Chávez C	91,94		31,32,33	Hernández Y	45
Arcaya N	20	Ciniglio A	104	Fernández HN	42	Herrera K	91,94
Arias M	9	Cloralt R	28	Ferrara G	19	Hong A	62,76
Armas E	25	Colella MT	18,29,44,45	Figueira S	103	Hurtado L	27
Arocha F	79	Colina L	110	Figueroa R	10,67,68	Jakowlew A	13
Ascanio A	30	Collela M	87	Flores A	31,34	Janhke N	19,47,66
Aurenty L	107	Colmenares M	82	Franco E	31,34	Jiménez C	104
Bacalao R	76	Comegna M	19,47,66	Franco JV	107	Jiménez T	106
Báez B	41,59	Contreras A	87	Fuenmayor C	7,8	Khalil R	21,55
Balliache N	42,43,46	Contreras RG	98	Fuentes Y	63	Landaeta ME	74
Barella E	50,51	Coraspe V	85,86	Gallegos B	102	Landaeta W	46
Barrera M	87	Cordero R	6	Gallegos L	102	Landaeta WN	43
Beltrán A	30	Correa M	64	Gamboa C	64	Lander O	1
Benítez E	96,108	Correa R	96,108	Gamboa N	83	León Y	3,27
Benítez M	35	Corredor M	91,94		84,88,89,90	López C	10,67,68
Bisignano F	23	Correia C	11	Ganoso E	24	López J	34
Bissignano N	42	Cortesia M	19,47,66	García	100	López L	96
Blanchard S	58	Cova L	26	García C	105	López M	107
Blanco JJ	4	Crespo A	36	García E	12,21	López O	58
Bohórquez M	9	Cruz N	28	García J	107	Loreto M	61
Bonilla E	80	Cuba M	23	Garrido E	13,105,106	Lourenco D	83,84,89,90
Borges L	30	Cumare M	111	Gentile D	74	Luengo de H	20
Boscán MN	103	Curé C	97	Gil M	62,76	Lunar I	48
Botto C	1	De Gouveia F	43,46	Girón M	7,8	Macero C	25,26
Bracho Odreman A	33	de Izaguirre J	95	Gómez C	2	Magaldi S	18,29,45,102
Bustillos M	97	De Jongh C	21	Goncalves M	41,59,81	Mago H	39,
Cabaña H	96,108	de Waard J	32,64	González A	57		50,51,53,71,72
Cabaniel G	4	del Médico P	95	González AM	54	Maitin CM	110
Cabrera I	69	Delgado D	49,109	González C	48	Maldonado M	80
Cáceres A	25	Di Terlizzi M	78	González D	5,6,7,8	Mantilla P	48,109
Calatroni MI	44	Díaz A	91,94	González F	96	Marcano D	21,34
Caldera J	40	Díaz I	39,51,53	González H	60,61	Mariani C	7
Calvo A	95	Díaz M	50,51,87	González J	24,56	Mariano C	8
Calvo B	20	Dolande M	14,15,16,17	González K	80	Marín A	42,91,94
Camacho L	91,94	Domínguez J	83,90	González L	5,36	Marín C	77
Canónico M	23	Domínguez L	48	González M	102	Marín MA	19
Carballo M	45	Domínguez M	35,97	González Mata A	110	Marín ME	47,66
Cárdenas-C M	33	Drummond T	1,92,93	González MF	108	Marín-V A	46
Cariello M	91,94	Elster Martínez C	33	González N	52	Martín A	105,106
Carreño K	70	Escalante N	70	Guanipa J	111	Martín V	11
Carreño Lizardo K	12	Escalera J	4	Guanipa Y	41,59,81	Martínez N	1,92,93
Carvajal A	55	Escalona de L	48,78	Guardia G	6	Marturet M	11

ÍNDICE DE AUTORES

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Mata I	43,46	Panizo M	14,15	Rodríguez B	54,57,102	Suárez JA	95
Mata-Essayag S	18,29,44,45	Panizo MM	16	Rodríguez C	18	Suárez M	62,76
Medina G	72	Parra B	12	Rodríguez J	22,28,34	Suzko L	95
Medina I	1	Paublino-H AI	33	Rodríguez Torres G	18	Tarazona B	34
Medina J	87	Payares D	34	Rodríguez Y	86	Tarazona C	55
Meleán E	80	Pedroza R	35	Román D	111	Terán L	82
Mesa LM	20	Peña A	6,7,8	Romero K	44	Toro Araujo ES	31,32
Mesa S	39,50,51	Pérez C	18,29,44,45	Romero.V AM	77	Torres C	1
Millet RB	103	Pérez M	72	Rosales A	49	Torres J	1,91,92,93
Miqueleno C	75	Pérez Y	19,47,66	Rosas M	78,96	Torres L	35
Miranda B	65	Petterson L	7,8	Rosas MA	48,108	Torres M	11,60,61
Miranda M	107	Piña M	81	Roselló A	18,29,44,45	Torres S	34
Mohawechi R	74	Pineda M	20	Royero A	99,100,101	Torres-V C	92
Moncada J	87	Pinto JA	100	Ruíz H	85	Triana-Alonso F	93
Monroy D	57	Pire de B	110	Ruiz J	93	Ugarte C	34
Monsalve P	74	Plata T	41,59,81	Ruiz N	24	Ugueto E	87
Montiel M	29	Porras L	9	Rujana E	53,56	Uran E	97
Montilla L	12,50	Potenziani S	44	Safar ML	86	Urbina M	79
Morales D	41,59	Pouliassis G	10,67,68	Salas S	11	Valcárcel M	6,5,7
Moreno J	53,56,75	Prieto M	64	Salazar B	7,8	Valecillos R	30
Moreno N	111	Pulido A	87	Salazar Marcano J	77	Valenzuela P	19,47,66
Moreno X	25,26	Querales E	39	Salgado E	69	Valero N	80
Morillo L	107	Quereigua P	69	Salgado N	34	Valery F	107
Mújica S	96	Quintana E	60,61	Salomón M	23	Vargas A	58
Nahmens R	52	Quintero V	49,109	Sampedro Castro MP	33	Vargas G	53,56
Najas N	69	Quiroz A	60,61	Sánchez A	19,47,66	Vargas H	99,100,101
Nakay Y	11	Rada L	4	Sánchez C	36	Vargas J	64
Naranjo F	24	Ramírez D	92	Sánchez D	34,106	Vásquez C	5,6,7,8
Naranjo L	1,91,92,93,94,95	Ramírez M	36	Sánchez E	37,38,73	Vásquez E	29
Natera I	105,106	Ramos J	12,70	Sánchez M	48,78,96,97,108	Vásquez Y	40
Nava G	55	Redondo MC	74	Sandoval M	23,63	Vega V	99
Navarro Ortiz P	13	Reviákina V	14,15,16	Sandoval S	64	Vegas V	100,101
Navarro P	13,85,86	Reyes A	22	Santos J	47,66	Véliz F	5,7,8
Naveda R	96	Reyes H	3,29	Santos JR	19	Vílchez G	35
Negrín D	64	Ríos A	95	Segui N	60,61	Vílchez L	58,70
Nogales S	7,8	Rivas J	63	Semidey B	85	Villarroel E	13
Núñez MJ	74	Rivera I	73	Siciliano L	107	Villarroel S	10,67,68
Nweihed L	87	Rivera M	42	Sifontes O	75	Villegas L	5,6,8
Ochoa R	21,55	Rivera Prospero M	43	Silva F	60	Vivas S	56
Olaizala C	18,44,45,86	Rivera-P M	46	Silva M	40,52,70	Vivolo G	104
Oliveros A	65	Rivero M	62,76	Silva S	85,86	Waard J	66
Oliveros H	71	Roa-M R	98	Sojo M	99,101	Watts A	93
Orta L	106	Roas B	110	Somaza S	25	Wong W	23
Orta N	48	Rodas A	31	Soso	23	Yakrus M	64
Ossenkopp J	66	Rodrigues J	83,84,88,89,90	Spadola E	34,106	Zerpa M	19
Palma V	87	Rodríguez A	4,2	Stepenka V	102	Zibaoui P	48
		Rodríguez AJ	64	Suárez J	1,91,92,93,94	Zicardi M	95
						Zuluaga JC	73