

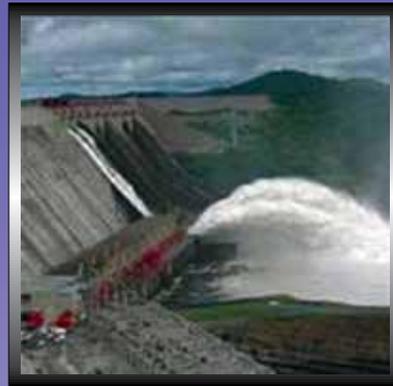


Boletín Venezolano de INFECTOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Infectología

Depósito legal: pp198603CS319

ISSN: 0798-0566

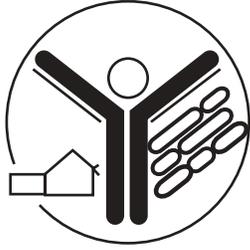


Bol Venez Infectol Vol. 17 - N° 2, julio-diciembre 2006

VII CONGRESO VENEZOLANO DE INFECTOLOGÍA “DR. BELISARIO GALLEGOS”

**XIV JORNADAS GUAYANESAS DE INFECTOLOGÍA
Puerto Ordaz, Estado Bolívar, 25 al 28 de octubre de 2006**

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



SOCIEDAD VENEZOLANA
DE INFECTOLOGÍA
JUNTA DIRECTIVA 2004-2006

Presidenta
DRA. MARÍA CAROLYN REDONDO
Vicepresidente
DR. JULIO CASTRO
Secretaria General
DRA. MARÍA EUGENIA LANDAETA
Secretaria de Actas
DRA. ISABEL CARLOTA SILVA
Tesorera
DRA. MARINÉS VANCAMPENHOUD
Vocales
DR. ROLANDO ANSELMÍ
DRA. MILVIDA CASTRILLO
DR. SALVATORE FERRARO

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. 17 - Nº 2, julio-diciembre 2006

CONTENIDO

VII CONGRESO VENEZOLANO DE INFECTOLOGÍA
"Dr. Belisario Gallegos"

Y

XIV JORNADAS GUAYANESAS DE INFECTOLOGÍA

Puerto Ordaz, Estado Bolívar, Venezuela,
25 al 28 de octubre de 2006

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Editorial	
Dr. Julio Castro	48
Bienvenida	
Dra. María Carolyn Redondo.....	48
Indice de Trabajos Libres	49
Resúmenes de Trabajos Libres	58
Indice de autores	131

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

VII Congreso Venezolano de Infectología “Dr. Belisario Gallegos” XIV Jornadas Guayanesas de Infectología

Julio S Castro Méndez

Editor

Es para el Consejo y Comité Editorial del Boletín Venezolano de Infectología, un privilegio poder presentar los resúmenes de los trabajos libres aceptados para presentación en el VII Congreso Venezolano de Infectología “Dr. Belisario Gallegos” y las XIV Jornadas Guayanesas de Infectología, a celebrarse del 25 al 28 de octubre en Puerto Ordaz. Esta publicación corresponde al segundo número de 2006, con lo cual se completa el volumen 17 de nuestra revista. Es de hacer notar que el número uno de este volumen recogió trabajos presentados en nuestro evento anterior, por lo que esperamos que

del presente Congreso podamos contar con material suficiente para las próximas ediciones del Boletín.

Queremos destacar la amplia acogida que tuvo nuestra convocatoria para enviar trabajos que se recibieron de todo el ámbito nacional y algunos de otros países. Se aceptaron 159 resúmenes que incluyen HIV-SIDA, enfermedades tropicales, microbiología, micosis, resistencia microbiana y otros. Las puertas del Boletín siguen abiertas para todos los que quieran compartir sus experiencias con nuestros lectores.

Bienvenida

María Carolyn Redondo

Presidenta SVI

En nombre de la Junta Directiva, de la Comisión Científica de la Sociedad Venezolana de Infectología y del Comité Organizador Local le damos la más cordial bienvenida al “VII Congreso Venezolano de Infectología “Dr. Belisario Gallegos” y las XIV Jornadas Guayanesas de Infectología a realizarse del 25 al 28 de octubre en la ciudad de Puerto Ordaz, Estado Bolívar.

Ha sido tradición de nuestra Sociedad mantener estos encuentros dentro de un clima de cordialidad y amistad con el fin de fortalecer el espíritu institucional.

La ocasión es propicia para colocar dentro del marco científico los tópicos de mayor relevancia en la Infectología de hoy tanto a nivel nacional como internacional, abordaremos temas como profilaxis con vacuna, enfermedades tropicales y parasitarias, sarampión, gripe aviar, infecciones nosocomiales y de la comunidad, infecciones respiratorias, nuevos antimicrobianos, infección por VIH/SIDA, entre otros;

con el propósito de mantenernos actualizados en el conocimiento obtenido, así como herramientas valiosas e indispensables para el mejor abordaje y resolución de los serios problemas de salud que afectan a nuestras comunidades.

Esperamos igualmente que la presentación, por parte de los delegados, de trabajos libres con experiencias nacionales, será, sin lugar a duda un aporte enriquecedor e invaluable para todos.

Por último sentimos gran emoción y orgullo al poder celebrar este evento en Ciudad Guayana, tierra trabajadora bendecida por Dios en muchos aspectos, entre los que destacan sus riquezas naturales y su hermosura con paisajes inolvidables que sin duda esperamos disfrutar y compartir con ustedes en nuestro tiempo libre.

Estimados miembros...

¡Bienvenidos a Ciudad Guayana, Tierra prometida!

Índice de Trabajos Libres

- | | | |
|---|--|-----------|
| <p>1. SARNA NORUEGA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. FUNDACIÓN INNOCENS, SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. VENEZUELA. Arelis Lleras de Torres, Torres Reyes, Hector Villalobos, Oneida Mata, Elba Tudares, Alexandra Romero, Cecilia Bernardoni, Carlos Torres, Karla Acero.</p> | <p>Avelin Jiménez Tenia, Del Valle Gerardina Mazzola Sánchez.</p> | <p>61</p> |
| <p>2. TUBERCULOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS GANGLIONAR COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SIDA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DE ORIENTE. Alida Marlene Navas Contreras, Marisol Sandoval, Luis Navas, Verónica Noriega, Jean Salazar, Wency Landaeta.</p> | <p>9. CONOCIMIENTO DE VIH EN ESCOLARES DE SEXTO GRADO, ESCUELA BÁSICA LEONARDO INFANTE. MATURÍN- ESTADO MONAGAS. Yurisan Del Valle Ágreda Subero, Loida Zulay Bastardo Gutiérrez, Yiselmi Avelin Jiménez Tenia, Del Valle Gerardina Mazzola Sánchez.</p> | <p>61</p> |
| <p>3. COCCIDIAS ESPORULADAS Y OTROS PARÁSITOS INTESTINALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LA E.S.E. CLÍNICA ENRIQUE DE LA VEGA CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. Ariel Bello, Barbara Arroyo, Octavio Arzuza, Soraya Rodríguez, Claudia Díaz, Mirna Jazime.</p> | <p>10. CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE- NÚCLEO BOLÍVAR. PERÍODO I-2006. Mario Salvado Rivera Prospero, Karin Josefina Puente Arocha, Angel Ramón Gil De La Cruz, Andrés Ramón Gil De La Cruz, María Eugenia Barrios Sánchez, Mariani Del Valle Salazar León.</p> | <p>62</p> |
| <p>4. TUBERCULOSIS ATÍPICA GANGLIONAR Y ANGIOMATOSIS BACILAR, EXPRESIÓN DE SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN V.I.H. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ- UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR 2006. Mario Rivera, Norka Balliache, Ilen Mata, Luis Navas, María Meo, Maryi Salomón, Henry Fernández, Oscar Machado.</p> | <p>11. OPORTUNIDADES PERDIDAS EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Elinor Garrido, Ana Carvajal, Ángela Troncote, Gidder Benítez, Amando Martín.</p> | <p>62</p> |
| <p>5. MORBIMORTALIDAD POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). SERVICIOS DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". AÑO 2005. Dpto de Medicina. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr Francisco Batisttini" UNIVERSIDAD DE ORIENTE. Ciudad Bolívar. Marisol Sandoval de Mora, Franklin Valenzuela, Rosa Mosqueda, Lil Dommar de Nuccio.</p> | <p>12. COINFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA. Ana Carvajal, Alberto Ache, Ana Ferreira, José López Mora, Marisela Silva.</p> | <p>63</p> |
| <p>6. PREVALENCIA DE COCCIDIOS INTESTINALES EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. BOLÍVAR-VENEZUELA. Ixora Requena de Castillo, Humberto Añez, Eduardo Lacourt, Rodolfo Devera, Ytalia Blanco, Mario Rivera, Hector Castillo.</p> | <p>13. INCIDENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN DONANTES DE SANGRE. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR MATURÍN-MONAGAS-VENEZUELA. Loida Zulia Bastardo Gutiérrez, Yurisan Del Valle Ágreda, Gerardina Mazzola, Yiselmi Jiménez.</p> | <p>63</p> |
| <p>7. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. NUEVAS PRESENTACIONES. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR. BOLÍVAR. 2006. Mario Rivera, Norka Balliache, Ilen Mata, Francisco Degouveia, Wuency Landaeta, Maryi Salomón, Henry Fernández.</p> | <p>14. POLIMIOSITIS Y RABDOMIÓLISIS EN UN PACIENTE CON SIDA. HOSPITAL "DR. JESÚS YERENA". CARACAS VENEZUELA. Jocays Del Valle Caldera Ruiz, Isi Rondón, Yrene Del Valle Vásquez de Azocar, Martín Carballo, Orlando Jiménez, Jesús Herrera.</p> | <p>64</p> |
| <p>8. INCIDENCIA DEL VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS EN DONANTES DE SANGRE. MATURÍN. ESTADO. MONAGAS. Yurizan Del Valle Ágreda Subero, Loida Zulay Bastardo Gutiérrez, Yiselmi</p> | <p>15. INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. CUMANÁ. Rosibel del Carmen Sucre Guzmán, Maribel Morillo Díaz, Vladimir Mago, Samanda López, Liset Guevara, Yordi Guevara, Johan Khan.</p> | <p>64</p> |
| | <p>16. PREVALENCIA DE SÍFILIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. Federico Naranjo, Cecil Fandiño, Miguel Morales, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, María Marín, Manuel Cortesía.</p> | <p>65</p> |

17. **HEPATITIS B Y C EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL DE NIÑOS “J.M DE LOS RÍOS”. CARACAS - VENEZUELA.** María Graciela López, Luigina Siciliano, Mariela Rangel, Vanesa Téllez, Diana López, Rafael Navas, Susan Ramírez, Francisco Valery, Lisbeth Aurenty, Lourdes Morillo, Juan García. 65
18. **MORTALIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO – DICIEMBRE 2005.** Miguel Morales, Cecil Fandiño, Federico Naranjo, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, María Marín. 66
19. **MICOSIS PROFUNDAS SISTÉMICAS EN PACIENTES QUE VIVEN CON EL VIH. INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA A DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “Dr. ENRIQUE TEJERA”. ENERO-JULIO 2006.** Heidi Mago, Lenis Urbani, Mellan Pacheco, Fernando Gómez, Isabel Díaz. 66
20. **RESPUESTA SATISFACTORIA DEL ENFUVIRTIDA (T-20) Y OTROS ANTIRRETROVIRALES EN TERAPIA OPTIMIZADA EN NIÑA CON SIDA Y VALORES EXTREMADAMENTE BAJOS DE CD4. CASO ILUSTRATIVO. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZZETTI”. BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI.** Tibisay Triana, Martha Hernández, Elizabeth Martínez, Antonia Camero. 67
21. **BUSCANDO MÁS ALLÁ DE LA SALUD FÍSICA: EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZZETTI”. BARCELONA EDO. ANZOÁTEGUI.** Tibisay Triana, Martha Hernández, Carmen Méndez, César Landaeta. 67
22. **EVOLUCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR LUIS RAZZETTI”. BARCELONA - ESTADO ANZOÁTEGUI. ENERO 1998 – JULIO 2006.** Tibisay Triana, Oscary Méndez, Elizabeth Martínez. 67
23. **ANÁLISIS DE LA MOBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES VIH/SIDA HOSPITALIZADOS EN LA SALA DE INMUNOSUPRIMIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE” DE ENERO A JULIO-2006.** Zenaida Castillo Tovar, Mónica Gutiérrez Uzcátegui, Félix González Pérez, Celeste Cervelli Álvarez, María Gabriela Aponte Zambrano, Katherine García, Margorie Romero Rodríguez, Verónica Vega Bonnet, Grecia López. 68
24. **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORBILIDAD DEL VIH/SIDA EN 3 CENTROS DE ATENCIÓN DE REFERENCIA REGIONAL DEL ESTADO CARABOBO. ENERO A JULIO-2006.** Zenaida Castillo Tovar, Mónica Gutiérrez Uzcátegui, Jennifer Moreno Castillo, Félix González Pérez, Mellan Pacheco, Morelia Montagne Wadskier, Marieta Álvarez, Gloria Molina, Milvida Castrillo, Aracelis Valera de Magdalena, Isabel Diaz, Heidi Mago. 68
25. **HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTES VIH/SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. VALENCIA. JULIO 2004 A JULIO 2006.** Zenaida Castillo Tovar, Jennifer Moreno Castillo, Carina Morello, Ronald Castillo, Mónica Gutiérrez, Félix González, Catherine García, Verónica Vega, Omaira Sifontes. 69
26. **CONTROL DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE PARASITOSIS INTESTINAL EN LABORATORIOS PÚBLICOS. CIUDAD BOLÍVAR. VENEZUELA.** César Argenis Santodomingo Goitia, Francis Moroy. 69
27. **ENFERMEDAD TUBERCULOSA MULTISISTÉMICA. CLÍNICA PUERTO ORDAZ. CIUDAD GUAYANA-VENEZUELA.** Francisco Ramón Castro Ramírez, Kaenia Del Carmen Marcano Romero, Angel Mora, Mary Teodora Velásquez Ordaz, Janett Josefina Galea de Matson, Marta Carolina Granados Socha. 70
28. **PARASITOSIS INTESTINALES EN COMUNIDADES RURALES DEL ESTADO MONAGAS, VENEZUELA.** José Antonio Rivas Chirinos, Ladimar Velásquez. 70
29. **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL VIRUS HTLV I Y II EN DONANTES DEL BANCO DE SANGRE. HOSPITAL VÍCTORINO SANTAELLA. LOS TEQUES. 2005-2006.** Evelyn Mago, Patricia González, Angélica Toro, Senay Yanes. 70
30. **EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA DE PACIENTES CON ESQUISTOSOMIASIS DE ÁREAS ENDÉMICAS VENEZOLANAS. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.** Raiza Josefina Ruiz Guevara, Belkisyolé Alarcón de Noya, Sharon Kay Valero, Oscar Noya. 71
31. **ESQUISTOSOMIASIS EN NIÑOS DE ÁREAS ENDÉMICAS DE BAJA TRANSMISIÓN. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.** Belkisyolé Alarcón de Noya, Raiza Josefina Ruiz-Guevara, Oscar Noya. 71
32. **REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DENGUE QUE ACUDIERON A LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL “Dr. JOSÉ FRANCISCO TORREALBA DURANTE EL AÑO 2005. GUÁRICO – VENEZUELA.** Valentina Herrera, Osmelys Arcia, Norvis Salcedo, Raul Romero, Yelitza Valladares, Carmen González. 72
33. **ELEVADA PREVALENCIA DE *HYMENOLEPIS NANA* EN GUARDERÍAS INFANTILES DEL MUNICIPIO PIAR, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA.** José Antonio Rivas Chirinos, Desirée Santiago Abreu, Janette Carillo. 72
34. **ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TÉCNICAS DE INMUNOABSORCIÓN LIGADA A ENZIMAS E INMUNOBLOTTING EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA HUMORAL FRENTE A *LEISHMANIA* sp. INSTITUTO DE BIOMEDICINA, LABORATORIO DE ESTUDIO DE ANTÍGENOS. CARACAS.** Alberto Enrique Paniz-Mondolfi, Alexandra María Pérez-Álvarez, Vestalia Rodríguez, Olga Zerpa, Marian Ulrich, Jacinto Convit. 72
35. **PREVALENCIA MALÁRICA EN ÁREAS ENDÉMICAS DE VENEZUELA, 1980-2005.** Leopoldo Villegas, Nelly

- Hernández, María Eugenia Guevara, Víctor Pacheco, María Girón, César Fuenmayor, Belem Salazar. 73
36. **MALARIA EN POBLACIÓN INDÍGENA DEL MUNICIPIO SIFONTES, ESTADO BOLÍVAR, 2004-2005.** María Eugenia Guevara, Nelly Hernández, Víctor Pacheco, María Girón, César Fuenmayor, Belem Salazar, Leopoldo Villegas. 73
37. **CROMOBACTERIOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO, HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL "DOCTOR RAÚL LEONI OTERO" CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLÍVAR MARZO 2006.** Lisbeth Goncalves de Freitas, Margarita Echeverría, Juan Meneses, Faysal Raouzana, Rafael Silva. 74
38. **PARAGONIMIASIS PULMONAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. SECCIÓN DE HEMATOLOGÍA. CARACAS-VENEZUELA.** Salha Abdul-Hadi, Zoraida Díaz Bello, Reinaldo Zavala-Jaspe, Marieli del Carmen Rangel Lujano, Erika Gómez, Ivonne Figueira, Belkisyolé Alarcón de Noya. 74
39. **CARACTERIZACIÓN DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO UTILIZADO EN INMUNOTERAPIA CONTRA LA LEISHMANIASIS. INSTITUTO DE BIOMEDICINA, LAB. DE ESTUDIO DE ANTÍGENOS. CARACAS - VENEZUELA.** Alexandra María Pérez Álvarez, Alberto Enrique Paniz Mondolfi, María Argelia Polegre, Ángela Ávila, Jacinto Convit. 74
40. **DOCENCIA EN MEDICINA TROPICAL BASADA EN PUBLICACIONES PERIÓDICAS CON ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. FACULTAD DE MEDICINA. ESCUELAS LUIS RAZETTI Y JOSÉ MARÍA VARGAS. CARACAS-VENEZUELA.** Pedro Alexis Navarro Rojas, Heberto Reyes, Gabriel Sifontes, Eliel Andrade, Carolina Laviosa, Astrid Báez, Liseth Rivero. 75
41. **LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA: TRATAMIENTO CON ANTIMONIATO DE MEGLU-MINA A LA DOSIS DE 3000 MG. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. FACULTAD DE MEDICINA. ESCUELA LUIS RAZETTI. CÁTEDRAS DE MEDICINA TROPICAL Y PARASITOLOGÍA.** Pedro Navarro, Virginia Coraspe, Sylvia Silva, Olinda Delgado, Kedith Palacio, Isabel Trebesth, Liseth Rivero. 75
42. **TRANSMISIÓN Y SEROPREVALENCIA DE FIEBRE DENGUE EN LA PEÑA. JUNIO - OCTUBRE. 2005. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA. LA PEÑA. ESTADO FALCÓN - VENEZUELA.** Coralvia Yaroslagna Villanueva Pérez, Yulimar del Valle Bolívar, José Mancarlos Yépez Hurtado. 76
43. **PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS Y SUS COMPLICACIONES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. VENEZUELA.** Pedro Navarro Rojas, Ana Graciela Angulo Menéndez, Mary Melanie Omaña Gutiérrez, Ana María Pulido Carbonell. 76
44. **LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRÁGICA EN PACIENTE DIABÉTICO CON AFECTACIÓN OCULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO. CUMANÁ ESTADO SUCRE - VENEZUELA.** Maribel Del Carmen Morillo Díaz, Rosibel Sucre, Yesenia Jimenez, Hermes Rivero. 77
45. **FORMÁS DE PRESENTACIÓN DE TOXOCARIASIS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.** Aracelys Valera, Reina Vielma, Yarelis Latouche, Pedro Simón Magdaleno. 77
46. **PREVALENCIA DE ANTICUERPOS IGG ANTI TOXOPLASMA GONDII EN ADULTOS SANOS DE UNA COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO MONAGAS, VENEZUELA.** José Antonio Rivas Chirinos, Desireé Santiago Abreu, José Luis Marchán, Janette Carillo. 78
47. **COINFECCIÓN LEPTOSPIROSIS- VIRUS EPSTEIN BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ESTADO ARAGUA.** María Virginia Rojas Sánchez, Karla Silva, Claudia Rodríguez, Mario Becerra, Carolina Baptista. 78
48. **MALARIA INDUCIDA EN LACTANTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA VENEZUELA.** Romina Nicola, Ana Parra, Odalis Suárez, Laudis Morillo, Olines Núñez, Mónica Navarro, María Rosas. 78
49. **LEISHMANIASIS ¿CUANDO HOSPITALIZAR? UCV, CARACAS.** Pedro Navarro, Jorge Riera, Ana Carvajal, Marisela Silva, María Fernández, Martina Figuera, Virginia Coraspe, Mayin Quintero. 79
50. **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMPLICADA CON PIE DIABÉTICO. HOSPITAL GERVASIO VERA CUSTODIO. UPATA. ESTADO BOLÍVAR. VENEZUELA.** Gualberto Rivero, Eloy Farfán, John Chuquitaípe. 79
51. **CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DEL FENÓMENO DE COLONIZACIÓN CRÍTICA EN ÚLCERAS VENOSAS. UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y VASCULAR. CLÍNICA RAZETTI. BARQUISIMETO, ESTADO LARA. ENERO 2000 - MARZO 2006.** Carlos Alejandro Santos Gyori, Laura María Mendoza Pérez, Leorán Enrique Santoya González. 80
52. **AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SUSCEPTIBILIDAD DE LAS BACTERIAS PROVENIENTES DE SECRECIONES OCULARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS EN EL PERÍODO 2000-2005.** Javier Eloy Rodríguez Padilla, María Graciela Rivas Delgado. 80
53. **MICROORGANISMOS ANAEROBIOS PRESENTES EN PACIENTES CON PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA.** Bárbara Julia Arroyo Salgado, Clara Inés Esmeral, Claudia Díaz, Ketty Mendoza, Jacobo Ramos. 81
54. **DETECCIÓN DE PAPILOMAVIRUS HUMANO POR PCR-RFLP EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CITOISTOLÓGICO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO EN CARTAGENA. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA.** Barbara Julia Arroyo Salgado, Carlos Pérez, César Redondo, Gregorio Young, Lia Barrios. 81
55. **GÉRMESES AISLADOS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL "DR. DOMINGO**

- LUCIANI". CARACAS. ENERO 2004 – JULIO 2006.** Daniel Márquez Contreras, María Amparo Riani Ponce, Carlos Esteban Novoa Torres. 82
56. **GÉRMEANES AISLADOS EN ABSCEOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL "Dr. DOMINGO LUCIANI". CARACAS. ENERO 2004 – JULIO 2006.** Daniel Márquez Contreras, María Amparo Riani Ponce, Carlos Esteban Novoa Torres. 82
57. **VIRUS DE HEPATITIS C EN DROGADICTOS, TRABAJADORAS SEXUALES, HEMODIALIZADOS Y PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE MARACAIBO. VENEZUELA.** Francisca Monsalve Castillo, Liliana Gómez Gamboa, Luciana Costa León, Mary Araujo, Leticia Porto, Ricardo Atencio, Diana Calles. 83
58. **ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, MARACAIBO. VENEZUELA.** Francisca Monsalve Castillo, Lilian Gómez Gamboa, Luciana Costa León, Leticia Porto, Ricardo Atencio, Marina García, Diana Callejas, Mary Araujo. 83
59. **CARACTERIZACIÓN SEROLÓGICA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN LA COMUNIDAD YAPREIRA. SIERRA DE PERIJÁ. ESTADO ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA.** Francisca Monsalve Castillo, Anaís Suárez, Luciana Costa León, Ricardo Atencio, Leticia Porto, Mary Araujo, Marina García, Diana Callejas. 84
60. **BAJA PREVALENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN UNA POBLACIÓN DE RECLUSOS EN MARACAIBO, VENEZUELA.** Francisca Monsalve, Leonor Chacín-Bonilla, Ricardo Atencio, Mary Araujo, Leticia Porto, Luciana Costa León, Diana Callejas. 84
61. **PREVALENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN INDÍGENAS DEL OCCIDENTE DE VENEZUELA. MARACAIBO, VENEZUELA.** Francisca Monsalve-Castillo, Leonor Chacín-Bonilla, Ricardo Atencio, Luciana Costa León, Mary Araujo, Leticia Porto, Diana Callejas. 84
62. **COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEPATITIS VIRAL TIPO "A" EN EL ESTADO VARGAS - VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 2001-2005.** Alex Rincones, Jennifer Vegas, Christopher Beja, Beatriz Lamás, Alejandro Rísquez. 85
63. **DIARREA BACTERIANA EN EDAD PEDIÁTRICA, HOSPITAL "MENCA DE LEONI" SAN FÉLIX, JUNIO-SEPTIEMBRE 2004.** Meliza Josefina Goitía Ruiz, Nyko Rubén Rodríguez Rodríguez, María Hernández. 85
64. **COMPARACIÓN DEL ENSAYO DE SONDAS EN LÍNEAS (INNO-LIPA v2.0) Y DEL ANÁLISIS DEL POLIMORFISMO DE LOS FRAGMENTOS DE RESTRICCIÓN (PRA) PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS. Caracas-Venezuela.** Arantza Rosello Fornos, Luis Eduardo González González, Norma Tovar de Isea, Mercedes Flores, Omaira Da Mata, Jacobus de Waard. 85
65. **ENDOCARDITIS CAUSADA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO. CARACAS- VENEZUELA.** María Eugenia Laucho Contreras, Silvia Molero, María Longhi, Marcel Marcano, María Maldonado. 86
66. **SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN NIÑOS CON SINTOMATOLOGÍA GRIPAL. LABORATORIO DR. HERNÁNDEZ CISNEROS. ESTADO NUEVA ESPARTA.** Gabriel Antonio González Amaiz, Karla María Velásquez Carrión, José Gregorio Betancort. 87
67. **PIE DIABÉTICO. IVSS CÉSAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. PUERTO LA CRUZ – ANZOÁTEGUI.** Karla Agelvis, Milena Arnaboldi, Andreína Ávila, Glenda Cedeño, Zulima El Halaba, Ana Natera. 87
68. **TRICHOMONAS VAGINALIS EN MUJERES DE LA CÁRCEL NACIONAL DE SABANETA. ESTADO ZULIA-VENEZUELA.** Angela María Bracho Mora, Zulbey Rivero, Ricardo Atencio, Diana Callejas, Freddy Alaña, Yenddy Carrero, Mary Araujo, Leticia Porto. 87
69. **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LOS AISLAMIENTOS DE COCOS GRAMPOSITIVOS, PROVENIENTES DE HEMOCULTIVO EN EL HOSPITAL MILITAR "Dr. CARLOS ARVELO".** Yrene Del Valle Vásquez Hurtado, Norma Ruiz, Eduardo Ganoso, María Eugenia Guzmán, Jocays Caldera, Enza Spadola. 88
70. **USO DEL FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GRANULOCITO-MACRÓFAGO PRIMEROS 12 CASOS TRATADOS CON PIE DIABÉTICO HOSPITAL UYAPAR-PUERTO ORDAZ-VENEZUELA.** Nilda Beatriz Avendaño Martínez, Marcos Llovera, Hugo Pino, Angel Solé, Francisco Castro. 88
71. **SEPSIS EN NEONATOS PRETÉRMINO. RIESGOS. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE MATERNIDAD.** Egda Farias, Catherine Valverde, Pedro Navarro, Eliel Andrade. 89
72. **MYCOPLASMA HOMINIS - UREAPLASMA UREALYTICUM Y SU ASOCIACIÓN CON INFERTILIDAD. CLÍNICA EL ÁVILA. LABORATORIO AVILAB. DEPARTAMENTO DE BACTERIOLOGÍA CARACAS-VENEZUELA.** Yeisy León, Herimar Vierma, Marlene Lara, Ingrid Tovar. 89
73. **ANÁLISIS DE EXUDADOS NAALES, FARÍNGEOS Y COPROCULTIVOS EN PERSONAL DE DOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS-VENEZUELA.** Ramón Andrade, Griselda Rodríguez, José Martínez, Tonya Mora, Miriam Bastidas. 89
74. **INTERTRIGO Y CELULITIS RECURRENTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". CARACAS – VENEZUELA.** María Omaña, Eduardo Ganoso, María Guzmán Yrene Vásquez, Norma Ruiz. 90
75. **OSTEOMIELITIS DEL ESTERNÓN: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO", DESDE EL AÑO 1994 HASTA 2003. CARACAS-VENEZUELA.** Arcady Roda, Norma Ruiz, Yrene Vásquez, María Guzmán, María Funes, Eduardo Gayoso, Oswaldo Zuluaga, W González, Omaira Moreno. 90
76. **AISLAMIENTOS EN HEMOCULTIVOS DE PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL VARGAS DE**

- CARACAS, ENERO A JUNIO DE 2006.** Cecil Fandiño, Miguel Morales, Federico Naranjo, Andreína Sánchez, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, María Marín, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán. 91
77. **EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA IN-VITRO DE LA TIGECICLINA EN COMPARACIÓN CON OTROS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN AISLAMIENTOS DE MUESTRAS CLÍNICAS. CENTRO MÉDICO DE CARACAS.** Alfonso Guzmán, Altagracia Merentes, Adele Rizzi, Fatima De Abreu, Alberto Pieretti, Raul Istúriz, Manuel Guzmán. 91
78. **FRECUENCIA DE GÉRMINES PRODUCTORES DE BLEE Y AMP C. CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". 2005.** Yelitza Castillo, E Barela, G Santos, Joel González, Ronald Castillo, Jorge Moreno, Carlos Hartmann, L González, María Inés Marulanda. 92
79. **ASOCIACIÓN ENTRE *HELICOBACTER PYLORI* Y ENTEROPARASITOSIS EN INDÍGENAS AÑO RESIDENTES EN LA LAGUNA DE SINAMAICA, ESTADO ZULIA.** Alisbeth Fuenmayor, Ileana Hernández, América Paz, Kutchynskaya Valero, Iris Díaz, Zulfbey Rivero. 92
80. **PREVALENCIA DE BACTERIAS ENTEROPATÓGENAS POTENCIALES EN GRUPOS FAMILIARES DE INDÍGENAS AÑO DE LA LAGUNA DE SINAMAICA, EN EL ESTADO ZULIA.** Alisbeth Fuenmayor, Kutchynskaya Valero, América Paz, Ileana Hernández, Lissette Sandrea, Nereida Galué. 93
81. ***STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A METICILINA DE LA COMUNIDAD Y NOSOCOMIAL. ENERO - DICIEMBRE 2005.** Yelitza Castillo, G Santos, E Barela, Ineska Freire, Carlos Hartmann, Jorge Moreno, L González, María Inés Marulanda. 94
82. **RESPUESTA PARADÓJICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS*. HOSPITAL MILITAR DR. CARLOS ARVELO.** María Omaña, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso. 94
83. **ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO (BLEE) ENTRE ENERO 2001 – JUNIO 2006 EN EL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS-VENEZUELA.** Carolina Macero, Ana M Cáceres, Xiomara Moreno, María E Guzmán, Rafael N Guevara. 94
84. **ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL CENTRO POBLADO ADÍCORA, ESTADO FALCÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL "FRANCISCO DE MIRANDA", CORO-VENEZUELA.** Joycecarol Tapia, Angel Chirinos, Juan Chassaigne, Leyla García Humbría, Maigualida Pérez Blanco. 95
85. **PNEUMOCISTOSIS EN PACIENTES VENEZOLANOS (2001-2005). DEPARTAMENTO DE MICOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS-VENEZUELA.** María Mercedes Panizo Domínguez, Vera Reviakina. 96
86. **HISTOPLASMOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: SEGUIMIENTO INMUNOEPIDEMIOLÓGICO EN LA POBLACIÓN DE RIESGO DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS, ESTADO FALCÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL "FRANCISCO DE MIRANDA", CORO-VENEZUELA** Natascha Gómez, Ricardo Pumar, Juan Chassaigne, Maigualida Pérez Blanco, Leyla García-Humbría, Carlos Carrillo. 96
87. **DETERMINACIÓN DE UN MEDIO DE CULTIVO APROPIADO PARA ACELERAR EL CRECIMIENTO DE PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS. Sección de Micología Médica. Sección de Biotecnología. Cátedra de Medicina Tropical, Instituto de Medicina Tropical. UCV.** Arantza Rosello Fornos, Julia Boiso, Claudia Hartung de Capriles, Celina Pérez, María Teresa Colella, Carolina Olaizola, Sofía Mata Essayag. 97
88. **ANTÍGENOS LEUCOCITARIOS HUMANOS CLASE I Y CROMOMICOSIS POR *CLADOPHIALOPHORA CARRIONII* EN PACIENTES DEL ÁREA ENDÉMICA DEL ESTADO FALCÓN, VENEZUELA.** Federico José Naranjo Briceño. 97
89. **FRECUENCIA DE LEVADURAS AISLADAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS (2003-2005).** Maribel Esperanza Dolande Franco, Vera Reviakina, Ma. Mercedes Panizo, Carolina Macero, Xiomara Moreno, Alberto Calvo, Juana Papatzikos, María José Mendoza. 97
90. **¿ESTAMOS ANTE LA PRESENCIA DE UN BROTE EPIDÉMICO DE HISTOPLASMOSIS EN EL ÁREA DE LA GRAN CARACAS? SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA. CARACAS-VENEZUELA.** Arantza Rosello Fornos, María Inés Calatroni, Sofía Mata Essayag, María Teresa Colella, Claudia Hartung de Capriles, María Eugenia Landaeta, Celina Perez, Carolina Olaizola, Orlando Jiménez. 98
91. **MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL. A PROPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL MILITAR DR "CARLOS ARVELO". CARACAS - VENEZUELA.** José Álvarez, Edgar Flores, Eduardo Gayoso, Nubys Silvia, María Guzmán, Francisco Morales, Gustavo Parthe, Yrene Vásquez, Norma Ruiz. 99
92. **EPISODIOS DE FUNGEMIA ENTRE ENERO 2002 – JUNIO 2006 EN PACIENTES DEL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA (IMLF). CARACAS – VENEZUELA.** Ana M Cáceres, Carolina Macero, María Guzmán, Rafael N Guevara, Xiomara Moreno, Esther Arbona, Carlos Sucre, Raúl Vera G, Lilian Vivas, Héctor Salazar, Milagros Gutiérrez, Esther Rodríguez. 99
93. **RESISTENCIA BACTERIANA BENTÓNICA A ANTIBIÓTICOS Y DERIVADOS MERCURIALES EN LA COSTA ATLÁNTICA COLOMBIANA. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA.** Octavio Arzuza, Dilia Aparicio, Bárbara Arroyo, Jesus Olivero, Martha Puello, Ketty Mendoza, Gregorio Young. 100
94. **RESISTENCIA A BETA-LACTÁMICOS MEDIADA POR PBP2a EN CEPAS DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* HOSPITAL "Dr. DOMINGO LUCIANI". CARACAS-VENEZUELA.** Yeisy León, Ninoska Montilla, Daniel Marcano, Monsy Paraqueimo, Inés Ramos, Xiomara Ojeda, Daisy Payares. 100
95. **BROTE POR *SALMONELLA SPP.* NOSOCOMIAL MULTIRRESISTENTE EN UNA UNIDAD DE**

- TRASPLANTE RENAL.** Yrene del Valle Vásquez Hurtado, Norma María Ruiz O, Eduardo Gayoso, María Eugenia Guzmán, Jocays Caldera. 101
- 96. EVALUACIÓN DE VITEK ESBL Y DOBLE DIFUSIÓN EN DISCO EN LA DETECCIÓN DE BETA LACTAMASA DE ESPECTRO EXPANDIDO (BLEE) EN ENTEROBACTERIAS. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS – VENEZUELA.** Alberto Calvo, Maryana Morales, Cruz Rodríguez, Luis Torres. 101
- 97. PATRONES DE RESISTENCIA DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO A JUNIO DE 2006.** Cecil Fandiño, Miguel Morales, Federico Naranjo, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Mario Comegna, María Marín, Manuel Guzmán. 102
- 98. PATRÓN DE RESISTENCIA DE ACINETOBACTER BAUMANNII EN EL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ EN EL AÑO 2005.** Lizeth Borrero, Ybed Perdomo, Luisa González, Jennifer Moreno Castillo, Catherine Miqueleno, César Sánchez, Yelitza Castillo Tovar, Omaira Sifontes, Zenaida Castillo Tovar. 102
- 99. EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA A LOS β -LACTÁMICOS Y CARBAPENEMS EN EL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ DE JULIO-2005 A JULIO-2006.** Luisa González, Ybed Perdomo, Lizeth Borrero, Jennifer Moreno, Catherine Miqueleno, Omaira Sifontes. 103
- 100. STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA. ENERO A JULIO 2006.** Ybed Perdomo, Lizeth Borrero, Luisa González, Jorge Moreno, Joel González, Catherine Miqueleno, César Sánchez, Yelitza Castillo, Omaira Sifontes, Zenaida Castillo. 103
- 101. ENCEFALITIS Y NEUMONITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.** Marbelys Hernández, Jorge Riera, Heidi Aguirre, Martín Carballo, Marisela Silva. 104
- 102. ENFERMEDAD DE HANSEN. ¿2000 AÑOS DESPUÉS? PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.** Alida Marlene Navas Contreras, Luis Alberto Borges Tovar, Iraicy Martínez, Euridice Roa, Carlos Coraspe, Mercedes Maican. 104
- 103. ETIOLOGÍA VIRAL DE LAS INFECCIONES AGUDAS DEL TRACTO RESPIRATORIO EN EL ESTADO ZULIA. LABORATORIO DE VIROLOGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA.** Francisco Javier Arocha Sandoval, Nereida Valero, María Morán, Yraima Larreal, Katynna Parra, Annely Bracho, Jennifer Gotera, Alibeth Mavárez, Jhon Bermúdez, Mery Maldonado. 105
- 104. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES SERONEGATIVOS PARA HIV. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA. 2005-2006.** Heidi Mago, Adriana Centeno, Koldo Duarte, Lourdes Montilla, Haydée Oliveros, Raul La Salle Toro. 105
- 105. USO DEL METOTREXATE EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA. REPORTE DE UN CASO. HOSPITAL JM DE LOS RÍOS CARACAS, VENEZUELA.** Emilia Cristina García Campo, Luisa García, Vanesa Padrino, Omar Álvarez, Marcus Swchartz. 105
- 106. INFECCIONES MÁS COMUNES EN PIEL Y ESTRUCTURAS BLANDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE UN ÁREA PERIURBANA DE MATURÍN, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA.** José Antonio Rivas Chirinos, Desiree Santiago Abreu, Esther Morón. 106
- 107. MIOCARDITIS VIRAL A PROPÓSITO DE UN CASO.** Hugo Enderson Pino Sifontes, Joséida Mandacén Segovia, Mary Teodora Velásquez Ordaz, Janett Josefina Galea de Matson. 106
- 108. PARASITOSIS INTESTINAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO I BELLA VISTA, ARAGUA, VENEZUELA. ENERO-ABRIL 2006.** Marielba Franco, Royisbel Farias, Pedro Goncalves, María Hernández, Dariela Pérez. 107
- 109. CITROBACTER FREUNDII COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE OSTEOMIELITIS EN PACIENTES DREPANOCÍTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Erlinda Ávila, Juvenal Rojas, Carmen Marrero, Chesaysna Silva. 107
- 110. LOGROS INMEDIATOS DE UN CURSO DE ENTRENAMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA. HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS. CARACAS. VENEZUELA.** Lisbeth Mercedes Aurenty Font, Miguela Caniza, Marcela Conde, Luigina Siciliano, Diana López, Erick Hernández, Vanesa Téllez, Mariela Rangel, Sonia Rodríguez, Graciela Maggi, Xiomara Guevara, María Laya, María Castillo, Juan Félix García, Gisela Vargas. 107
- 111. INFECCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL MIGUEL PÉREZ CARREÑO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2001-ENERO 2006.** María Carolina Maldonado Pannacci, María E Lauchó, Oswaldo Rodríguez. 108
- 112. INCIDENCIA DE PERITONITIS POSDIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN FASE 5 TRATADOS EN EL HOSPITAL IVSS “DR. CÉSAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ”. AÑO 2005. PUERTO LA CRUZ. ESTADO ANZOÁTEGUI.** Zulima Dayana El Halabi Suárez, Karla Andreína Agelvis, Milena Ávila Pia, Glenda Arnaboldi Cedeño, Ana Carolina Natera Benavides. 108
- 113. INFECCIÓN PERICÁRDICA BACTERIANA EN PACIENTE CON SIDA.** Yrene Del Valle Vásquez Hurtado, Norma Ruiz, María Eugenia Guzmán, María Omaña, Eduardo Ganoso, Hermerson Fuentes, Elias Najas. 109
- 114. SÍNDROME NEFRÓTICO EN UN LACTANTE MENOR COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL DE NIÑOS. MARACAIBO-VENEZUELA.** Nelly Petit de Molero, Víctor Román, Yuniet Virla Molero, Iraliz Fuenmayor. 109

115. **CONOCIMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR ESCUELA LUIS RAZETTI -UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (UCV). CARACAS-VENEZUELA.** Lia Monsalve, Ana Carvajal, María Moreno, Maximiliano Mon. 110 Alberto Ramírez Guillén, María Gabriela Pérez, Rosyris Velásquez, Julio González Parra. 114
116. **ACTITUD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS ESCUELA LUIS RAZETTI UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA.** Lia Monsalve Arteaga, Ana Carvajal, María Moreno, Maximiliano Mon. 110
117. **EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL AGUDO EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS -VENEZUELA.** Ana Carvajal, Gorge Riera, Ernesto Alayo, Marisela Silva, Adayza Figueredo, Napoleón Guevara, Martín Carballo, María Eugenia Landaeta, María Carolyn Redondo. 111
118. **ESTUDIO DE MICOSIS PROFUNDAS SISTÉMICAS EN NECROPSIAS REALIZADAS EN EL INSTITUTO ANATOMOPATÓLOGICO "JOSÉ A. O'DALY" ENTRE LOS AÑOS 1993-2004. INSTITUTO ANATOMOPATÓLOGICO "JOSÉ A. O'DALY" UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.** Ana Dos Santos, Zuleyma Guzmán R, Celina Pérez, María Eugenia Landaeta, Alicia Machado, Arantza Roselló, Carolina Olaizola, María Teresa Colella, Claudia Hartung, Sofía Mata Essayag. 111
119. **COINFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y NOCARDIA ASTEROIDES EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL.** José Álvarez, Rosa Bolaños, María Guzmán, Yrene Vásquez, Eduardo Ganoso, Norma Ruiz. 111
120. **RESPUESTA PARADÓJICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO".** María Omaña, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso. 112
121. **PSEUDOTUBERCULOSIS VERTEBRAL POR LINFOMA EXTRANODAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO".** María Omaña, Eduardo Gayoso, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz. 112
122. **ENDOCARDITIS DE VÁLVULA PROTÉSICA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS ÉXITO TERAPÉUTICO CON AMPICILINA + CEFTRIAJONA CENTRO MÉDICO. CARACAS.** Alfonso José Guzmán Suárez, Harry Aquatella, César Pru, Fatima De Abreu, Alberto Pieretti, Raul Istúriz, Manuel Guzmán. 113
123. **ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL: BLENORRAGIA EN BARCELONA - PUERTO LA CRUZ. ESTADO ANZOÁTEGUI. PERÍODO 2001- 2005.** Chessaysna Silva, Rosalva Velásquez, Ailepsy Rodríguez, Glenda Cedeño, Eduardo González, Manuel Mejías. 113
124. **MENINGOCOCCEMIA POR NEISSERIA MENINGITIDIS SEROTIPO Y. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, 2006.** Gustavo
125. **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN BAR EN HOSPITAL "MOLINA SIERRA", IVSS. PUERTO. CABELLO. 2005.** Pricilla Hernández, Pricilla Hernández, Rubén Darío Terán, Ysabella De Bellis. 114
126. **SEROLOGÍA PARA VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN DONANTES VOLUNTARIOS DEL HOSPITAL "MOLINA SIERRA" IVSS PUERTO CABELLO.** Pricilla Hernández, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Terán. 115
127. **PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO II DE GOAIGOAZA. PUERTO CABELLO. ENERO-JULIO 2006.** Pricilla Hernández, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Darío Terán, Aura Goncalves. 115
128. **PARASITOSIS INTESTINALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO II DE GOAIGOAZA. PUERTO CABELLO. ENERO-JULIO 2006.** Pricilla Hernández, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Darío Terán, Aura Goncalves. 115
129. **ENDOCARDITIS EN VÁLVULA TRICUSPÍDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MARACAY - VENEZUELA.** Julio González Parra, Saydi-Albella Carrasquero Arias, Ana Prieto, Ricardo Mota Leal. 116
130. **VENTRICULITIS POR ESCHERICHIA COLI EN PACIENTE CON SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO -PERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ" CUMANÁ-VENEZUELA.** Rosibel Sucre, José Romero, Maribel Morillo, Linnet Valderrey, Liset Guevara, Yisbeli Salazar. 116
131. **OSTEOMIELITIS AGUDA DEL ESTERNÓN POR E. COLI, A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALA". CUMANÁ-ESTADO SUCRE. FEBRERO 2006.** Johannes Khan, Breida Nathali Hernández Yáñez, Marcos Ramon Betancourt Guiza, Maribel Morillo, Rosibel Sucre. 116
132. **IMPACTO DIAGNÓSTICO DE LA PRIMERA UNIDAD CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS DEL PAÍS. VALENCIA - CARABOBO.** Olga Castillo de Febres, Beatriz Cáceres, Ana Herrera, María Castillo, María Rosas, Miriam Sánchez de Naveda, Giomaris López, Haydee Ochoa, Zoraida Rodríguez, Lennys Macías. 117
133. **RIESGO LABORAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y DE LOS POSGRADOS DE PEDIATRÍA, ODONTOPEDIATRÍA Y NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.** Ivelisse Coromoto Natera Alvizu, Rubén Eduardo Urdaneta Pérez. 118
134. **FUNCIONES DEL INFECTÓLOGO: EVALUACIÓN DE PACIENTES EN CONSULTA INTERDEPARTAMENTAL. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC).** María Eugenia Landaeta, María Dolores Fernández,

- Jorge Riera, Ernesto Alayo, Mayra Quintero, Carlos Pérez, Adayza Figueredo, Ana Carvajal, María Carolyn Redondo, Marisela Silva. 118
- 135. PATRÓN DE RESISTENCIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO - AGOSTO DE 2006 ALERTA EPIDEMIOLÓGICA.** Cecil Fandiño, Miguel Morales, Federico Naranjo, Soriana Correa, José Luis Rodríguez, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, Mario Comegna, Manuel Guzmán. 118
- 136. SÍNDROME FEBRIL HEMORRÁGICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. EDO. ARAGUA.** Karla Silva, María Rojas, Claudia Rodríguez, Mario Becerra, Carolina Baptista. 119
- 137. NOCARDIOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Lemmyt Armarys Peralta Espinoza, Thamairy Yanira Sánchez Mejías, Adriana Centeno de Martínez, Cliceth Tache de Escobar. 119
- 138. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS B EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". JUNIO-2006. VALENCIA, CARABOBO.** Mónica Gutiérrez, Celeste Cervelli, Felix González, Catherine García, María Gabriela Aponte, Zenaida Castillo. 120
- 139. HEMOCULTIVOS TOMADOS DE CATÉTERES EN PACIENTES FEBRILES DESDE ENERO 2000 – JUNIO 2006. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA.** Ana María Cáceres, Carolina Macero, María Guzmán E, Rafael N Guevara, Xiomara Moreno, Esther Arbona, Carlos Sucre, Raúl Vera G, Lilian Vivas, Héctor Salazar, Esther Rodríguez, Milagros Gutiérrez, Sergio Poltnikov, Andrés Hanssen, Manuel Aranguren, Alfredo Mendoza. 120
- 140. FRECUENCIA DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS ENTRE OCTUBRE 2005-AGOSTO 2006 EN EL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA.** María E Guzmán, Ana María Cáceres, Rafael N Guevara, Xiomara Moreno, Carolina Macero. 121
- 141. ENTEROCOCCUS FAECIUM RESISTENTE A VANCOMICINA, GENOTIPO VANA, EN LA CIUDAD DE VALENCIA. REPORTE DEL PRIMER CASO. JULIO 2006.** Ybed Perdomo, Lyzeth Borrero, Sandra González, Zenaida Castillo, Olga Castillo de Febres, César Sánchez. 122
- 142. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE BACIOS GRAMNEGATIVOS NO FERMENTADORES (BGNNF) AISLADOS EN EL SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ" (SAHUAPA), EN CUMANÁ, EDO. SUCRE.** L Abadía Patiño, B Medina, M Marcano, L Rodríguez, S García. 122
- 143. NOCARDIOSIS PERICÁRDICA Y CEREBRAL EN UN PACIENTE CONSIDA.** María Fernández, Adayza Figueredo, José Gregorio Martínez, Maribel Dolande, María Carolyn Redondo, Ernesto Alayo. 123
- 144. ACTIVIDAD HORARIA DE LA FLEBOTOMOFAUNA ASOCIADA LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA POBLACIÓN DE "LA RINCONADA". ESTADO LARA. DECANATO DE MEDICINA. BARQUISIMETO VENEZUELA.** Luis Traviezo Valles, Ricardo Rodríguez, Carel Martos, Yenny Ortega, Daniela Petrucci. 123
- 145. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA TOXOPLASMA GONDII EN GESTANTES DEL MUNICIPIO PALAVECINO. DECANATO DE MEDICINA, BARQUISIMETO-VENEZUELA.** Luis Eduardo Traviezo Valles, María De Jesús Triolo Mieses. 123
- 146. ESTUDIO DEL TROPISMO POR TRYPANOSOMA CRUZI EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN MODELO MURINO, UTILIZANDO TRES AISLADOS OBTENIDOS DE LA ZONA NORTE DEL ESTADO ANZOÁTEGUI. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. BARCELONA – VENEZUELA.** Erlinda Ávila, Regulo Ávila, Antonio Morocoima, Ana Hernández, José Chique. 124
- 147. INFECCIÓN ENDOCERVICAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS COMO CAUSA DE INFERTILIDAD EN MUJERES. CENTRO DE REPRODUCCIÓN HUMANA E INFERTILIDAD DE ORIENTE. AGOSTO - SEPTIEMBRE 2005. ANZOÁTEGUI - VENEZUELA.** Angélica Hong, Yolana Lanz, Carmen Marrero, Elianca Vivas, Mariselis Chejades, Chessaysna Silva. 124
- 148. FRECUENCIA Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA AISLADAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA-VENEZUELA.** Mellan Pacheco, Lenis Urbani, Isabel Díaz, Fabiola González, Yelitza Castillo, Heidi Mago. 125
- 149. FRECUENCIA Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE ACINETOBACTER BAUMANNI AISLADAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA- VENEZUELA.** Meyani Pacheco, Lenis Urbani, Isabel Díaz, Yelitza Castill, Fabiola González, Heidi Mago. 125
- 150. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA DE CANDIDA ESPECIES AISLADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO "GUERRA MÉNDEZ". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA-VENEZUELA.** Mellani Pacheco, E Barela, Ineska Freire, J González, Jorge Moreno, Carlos Hartmann, César Sánchez, María Inés Marulanda, Yelitza Castillo. 125
- 151. AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ. VALENCIA VENEZUELA.** Yelitza Castillo, Joel González, Ronald Castillo, Jorge Moreno, Carlos Hartmann, María Ines Marulanda, Zenaida Castillo. 126
- 152. UTILIZACIÓN DE DIFERENTES MEDIOS DE CULTIVO PARA LA INVESTIGACIÓN DE FUNGIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOONCOLÓGICAS. SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA - INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL-UCV MEDICINA II-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS-UCV.** Arantza Rosello Fornos, María Inés Calatroni, Sofia Mata Essayag, Celina Pérez, María Teresa Colella, Claudia Hartung De Capriles. 126

153. **COLONIZACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA POR *PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS*: A PROPÓSITO DE UN CASO. BOLÍVAR-VENEZUELA.** Héctor Castillo, Tarik Saab, Marisol Sandoval, Carlos Mora, Julman Cermeño, Yetzaida Laya. 127
154. **ENDOCARDITIS FÚNGICA EN VÁLVULA PROTÉ-SICA Y NATIVA EN EL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". A PROPÓSITO DE 2 CASOS.** Rosa Bolaños, Yaneth Camacho, Juan Petit, María Guzmán, Eduardo Gayoso, Asdrúbal Chávez, El Koury Habib, Yrene Vásquez, Norma Ruíz. 127
155. **MODELOS ANIMALES EN EL ESTUDIO DE LAS MICOSIS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS-VENEZUELA.** Saul Quijada, Maríaelena Savino, Antonio Serrano, Hugo Maldonado, Claudia Hartung de Capriles, Sofía Mata-Essayag. 128
156. **ASPERGILOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE IN-MUNOSUPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL JOSÉ IGNACIO BALDÓ.** Lemmyt Armays Peralta Espinoza, Thamairy Yanira Sánchez Mejías, María Auxiliadora Ducharme, Yajaira Roldán. 128
157. **RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL "DR. JESÚS YERENA".** Jocays Del Valle Caldera Ruiz, Yrene Del Valle Vásquez de Azócar, Indira Hernández, Martín Carballo, Iraní Pérez, Orlando Jiménez. 129
158. **FIEBRE POR *RICKETTSIA RICKETTSII*. PRESEN-TACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO. HOSPITAL UNIVER-SITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA.** Marbelys Hernández, Ana Carvajal, María Núñez, Napoleon Guevara. 129
159. **SÍFILIS CONGÉNITA. A PROPOSITO DE UN CASO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL LICEN-CIADO JOSÉ MARIA BENÍTEZ, LA VÍCTORIA, ESTADO ARAGUA.** Greys Jaqueline Álvarez Ovalles, Gloria Gutiérrez, Lisdrelis Hernández, Jacqueline Sar-miento, Carmen Zurita. 130

Resúmenes

1. SARNA NORUEGA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. FUNDACIÓN INNOCENS, SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. VENEZUELA. Arelis Lleras de Torres¹, Torres Reyes², Hector Villalobos¹, Oneida Mata³, Elba Tudares³, Alexandra Romero³, Cecilia Bernardoni¹, Carlos Torres¹, Karla Acero¹.

¹Fundación Innocens. Hospital Universitario de Maracaibo, ²Servicio de Dermatología, ³Departamento de Pediatría, Maracaibo. Edo. Zulia.

La sarna noruega es una forma de presentación clínica severa de la escabiosis, corresponde a una ectoparasitosis cutánea, producida por un ácaro (*Sarcoptes scabiei*). En los últimos años se ha descrito un aumento de la incidencia sobre todo en pacientes inmunocomprometidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), corticoterapia, trasplantes, hemopatías, enfermos con retraso mental y trastornos neurológicos. Se caracteriza por la predominancia de lesiones escamocostrosas y por la gran cantidad de parásitos que albergan, motivo por el cual es altamente contagiosa y difícil de tratar. Se describen cuatro casos de sarna noruega, uno que se presenta en un niño expuesto perinatalmente al VIH y tres niños VIH positivos. Todos presentaban eritema, nódulos, túneles, excoriaciones e hiperqueratosis con fisuras en extremidades. Después de hacerles el diagnóstico parasitológico se les administró tratamiento tópico con ivermectina, observándose mejoría clínica en 24 horas y cura clínica y parasitológica en 1 semana la descripción de estos casos es importante para alertar a la comunidad sobre la presencia de esta variante de la escabiosis y la importancia de su diagnóstico rápido para evitar la aparición de brotes sobre todo intrahospitalarios, así como resaltar el beneficio de la terapia tópica con ivermectina.

2. TUBERCULOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS GANGLIONAR COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SIDA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DE ORIENTE. Alida Marlene Navas Contreras¹, Marisol Sandoval², Luis Navas², Verónica Noriega², Jean

Salazar², Wency Landaeta².

¹Hospital Ruiz y Páez, ²Ciudad Bolívar. Edo Bolívar.

La infección por VIH debe su impacto a la susceptibilidad de estos pacientes a presentar infecciones oportunistas como tuberculosis (TBC) y micosis. En Guayana existen micosis endémicas como la infección por *Paracoccidioides brasiliensis*. En este caso se observó TBC coexistiendo con *Paracoccidioides b.* en ganglio cervical de un paciente con SIDA. Es un paciente masculino, 26 años, homosexual, portador de VIH. Consulta por tumoración en cuello de crecimiento progresivo de 7 semanas de evolución. Adicionalmente refirió fiebre y pérdida de peso significativa. La evaluación física constató lesión tumoral en región lateral izquierda de cuello, de 8 cm de diámetro, con ulceración central que drenaba escasa secreción seropurulenta y eritema perilesional. Las tinciones con Zielhl- Neelsen y KOH evidenciaron bacilos ácido resistentes y levaduras multigemantes de *Paracoccidioides brasiliensis*. Se realizó cultivo para hongos y biopsia, confirmándose el diagnóstico. El recuento de linfocitos mostró una población CD4 de 156/mm³. Se inicia tratamiento con fluconazol, antiTBC y terapia antiretroviral. Con evolución satisfactoria. La asociación entre SIDA y paracoccidioidomicosis es infrecuente. En Brasil, país latinoamericano con la mayor incidencia de SIDA, hasta diciembre de 1999 se habían registrado 44 casos. Para esa misma fecha, se denunciaron 164 065 casos de SIDA en personas mayores de 15 años. La incidencia es de 0,02 %. En comparación, la incidencia de histoplasmosis en SIDA en este país fue del 1,4 % para el mismo período. Según los autores; esto podría explicarse porque el SIDA predomina en áreas urbanas, en tanto que la paracoccidioidomicosis es una enfermedad rural.

3. COCCIDIAS ESPORULADAS Y OTROS PARÁSITOS INTESTINALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LA E.S.E. CLÍNICA ENRIQUE DE LA VEGA CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. Ariel Bello, Barbara Arroyo, Octavio Arzuza, Soraya Rodríguez,

Claudia Díaz, Mirna Jazime.

Universidad de Cartagena. Colombia.

La diarrea crónica es una afección común entre pacientes con SIDA (75,80 %) y es considerada una de las principales causas de malabsorción y desnutrición. En estos pacientes son frecuentes las infecciones por entero parásitos como los protozoarios, donde los más comunes suelen ser oportunistas, incluyendo algunos inusuales que no habían sido reportados previamente en humanos hasta la llegada del SIDA, tales como *Myxospora* y *Sarcosystis*. En el presente trabajo evaluamos la prevalencia de coccidias esporuladas y parásitos intestinales en heces de pacientes que asisten a la consulta externa de la E.S.E. "Clínica Enrique la Vega", Cartagena de Indias, durante el período comprendido entre mayo de 2004 – mayo de 2005. Se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando una encuesta clínico-epidemiológica y consentimiento informado de 61 pacientes diagnosticados con VIH, tratados con terapia antirretroviral, con evaluación LTCD4+. Fueron analizadas 183 muestras de heces seriadas para coprológico dirigido, concentración, realizando coloración de Ziehl -Neelsen modificado y cromotropo modificado (Weber). Para el análisis estadístico se aplicó EPI-INFO 6.0 VERSIÓN 6.04 d. De los 61 pacientes del estudio 46 (75,4 %) fueron masculinos, 15 (24,6 %) femeninos. El rango etario osciló entre 19-56 años (x: 32,9 años), 21 (34,4 %) presentaron diarrea crónica y 40 (65,6 %) sin diarrea. 52,4 % (11/21) tenían recuentos CD4 >100cél/μL. 55,7 % (34/61) fueron clasificados en el estadio C3. 51 (83,6 %) fueron positivos para la presencia de parásitos y se describieron así: *Cryptosporidium parvum* 13,1 %, *Blastocystis hominis* 9,8 %, *Giardia lamblia* 9,8 %, *Entamoeba coli* 8,2 %, *Strongyloides stercoralis* 4,9 %, *Entamoeba nana* 4,9 %, *Ascaris lumbricoides* 4,9 %, *Chylomastix mesnili* 4,9 %, *Sarcosystis hominis* 3,3 %, *Isospora belli* 3,3 %, Microsporidios 1,6 %, *Entamoeba histolitica/dispar* 1,6 %, *Trichuris trichiura* 1,6 %. El 16,4 % (10) fue negativo para parásitos. Se detectaron altas frecuencias de protozoarios esporulados, *Blastocystis hominis* y *Giardia lamblia*. Los primeros pueden explicarse por factores climáticos y ambientales que favorecen la maduración de ooquistes infectantes. No hubo diferencias significativas de parásitos en muestras seriadas. No hubo correlación estadística significativa (P < 0,05) entre la presencia de parásitos y diarrea crónica, parásitos con estadios de la infección, terapia antirretroviral y recuento

de células CD4. El diagnóstico con coloraciones especiales facilita la detección de parásitos que escapan al coprológico tradicional. La terapia antirretroviral no disminuye de manera significativa la aparición de diarrea y parásitos en pacientes con VIH en estadio C3 de infección en Cartagena de Indias, Colombia.

4. TUBERCULOSIS ATÍPICA GANGLIONAR Y ANGIOMATOSIS BACILAR, EXPRESIÓN DE SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN V.I.H. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ – UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR 2006. Mario Rivera, Norka Balliache, Ilen Mata, Luis Navas, María Meo, Maryi Salomón, Henry Fernández, Oscar Machado.

Hospital Universitario Ruiz Y Páez, Udo. Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar.

La terapia antirretroviral de alta eficacia (TARVAE) en el VIH modifica la sobrevida de los pacientes. Algunos (10,20 %), experimentan deterioro clínico luego de iniciada la terapia, que define el síndrome de reconstitución inmune (SRI). Objetivo: Presentar la concurrencia de dos infecciones VIH-relacionadas como expresión del SRI. Paciente y método: Se describen las características clínicas, inmunológicas (CD4+), microbiológicas (Lowenstein-Jensen) y anatomopatológicas de tuberculosis ganglionar atípica, e histopatológicas de angiomas bacilar (A.B.) respectivamente, en un paciente masculino (42 años) VIH positivo (Elisa y WB), con población CD4+ = 12/mm³ al inicio de la TARVAE, (Zidovudina +Didanosina+Lopinavir-ritonavir). Resultados. Ocho semanas luego del inicio de tratamiento, presenta fiebre y aumento de volumen de ganglios laterocervicales bilaterales, predominio derecho, de cuyo aspirado-punción: BK positivo 2+ e informe de aislamiento-crecimiento en medios de Lowenstein-Jensen de colonia de mycobacteria con características de atípico, actualmente en tipificación en centro de referencia en Caracas. Biopsia de tejido ganglionar: proliferación vascular con endotelio prominente, rodeado de infiltrado inflamatorio mixto, predominantemente polimorfonucleares con formación de agregados neutrofílicos, compatibles con histopatología de A.B. No se cultivó para *Bartonella henselae*. Se inicia tratamiento con claritromicina (500 mg VO BID) evolucionando satisfactoriamente las lesiones drenadas, se realiza la exéresis de los abscesos contra-laterales. Cuantificación CD4+ 4 meses después: 397/mm³. Conclusiones: Informamos la presentación concurrente de dos infecciones VIH-relacionadas, ocho semanas después del

TARVAE como expresión del recientemente descrito, síndrome de reconstitución inmune. Se muestran close up, de: lesión clínica e histopatológicas.

5. MORBIMORTALIDAD POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). SERVICIOS DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". AÑO 2005. Dpto de Medicina. Escuela de Ciencias de la Salud Dr. Francisco Batisttini, Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. Marisol Sandoval de Mora¹, Franklin Valenzuela¹, Rosa Mosqueda¹, Lil Dommar de Nuccio²

¹Hospital Ruiz Y Páez. Dpto de Medicina. Escuela de Ciencias de Salud. Udo, ²Departamento de Medicina Preventiva. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Batisttini". Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar.

Objetivo: La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la morbi-mortalidad por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en pacientes que ingresaron a los servicios de medicina del Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Durante el año 2005. Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal, no experimental, en el cual se estudiaron 53 pacientes adultos. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante una ficha de registro. Resultados: Se pudo observar que en promedio ingresan mensualmente 4 casos de infección por VIH en los servicios de medicina, siendo el grupo etario en edad productiva (22 a 31 años) con 37,74 % y el sexo masculino (88,68 %) los más frecuentes. La procedencia de los pacientes era más frecuente del Municipio Heres (60,38 %). Predominó el uso de drogas no parenterales (26,42 %), relaciones heterosexuales en (33,96 %), promiscuidad (32,08 %), transfusiones sanguíneas (15,00 %) y tatuajes (13,21 %). En el espectro clínico, resaltó aparición de fiebre (64,15 %) y pérdida de peso (56,60 %) como síntomas y signos generales más frecuentes; además de diarrea (45,28 %), dolor abdominal (41,51 %) y cefalea (49,06 %). En relación al diagnóstico de ingreso el 75 % de los pacientes fueron ingresados como portadores de enfermedad retroviral, observándose además, alteraciones del tubo digestivo y del sistema nervioso central como órganos mayormente afectados. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron: anemia (79,25 %), leucopenia (37,73 %), leucocitosis (18,87 %), trombocitopenia (11,32 %) y conteo de linfocitos T CD4 con (43,40 %) por debajo de 200 cel/ μ L. Infección

urinaria en (29,30 %), candidiasis orofaríngea (18,87 %) y parasitosis intestinal (20,75 %) fueron las infecciones asociadas más frecuentes. Se encontró la presencia de co-morbilidad: hipertensión arterial en 4 pacientes (7,55 %), diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica en 2 (3,77 %) respectivamente. Se demostró que existe mayor riesgo de desarrollar infecciones oportunistas y tumores cuando el conteo de linfocitos CD4+ es inferior a 200 cel/mm \geq . La tasa de morbilidad fue 15 41 casos por 100 000 habitantes (n = 53) y la tasa de mortalidad de 0 02 defunciones por 1 000 habitantes (n = 7). Recomendaciones: con base en los resultados presentados, se recomienda vigilar la morbi-mortalidad de pacientes VIH-SIDA en los servicios de hospitalización de medicina a fin de planificar un mejor manejo y atención de los pacientes infectados.

6. PREVALENCIA DE COCCIDIOS INTESTINALES EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. BOLÍVAR-VE-NEZUELA. Ixora Requena de Castillo¹, Humberto Añez¹, Eduardo Lacourt¹, Rodolfo Devera¹, Ytalia Blanco¹, Mario Rivera², Hector Castillo³

¹Dpto. de Parasitología y Microbiología. Esc. de Ciencias de La Salud. Udo. Bolívar, ²Dpto. de Ciencias Fisiológicas. Esc. de Ciencias de la Salud. Udo. Bolívar, ³Dpto. de Medicina. Hospital "Ruiz Y Páez". Udo. Ciudad Bolívar Estado-Bolívar.

A pesar de la importancia de las infecciones por coccidios intestinales o pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o con el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), en el estado Bolívar todavía se desconocen muchos aspectos epidemiológicos de estas parasitosis en ese grupo de pacientes. Para determinar la prevalencia de coccidios intestinales, se realizó un estudio con 41 muestras fecales de igual número de pacientes VIH positivos o con SIDA hospitalizados o que acudieron a la consulta especializada en el Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez", durante el año 2004. Las heces fueron sometidas a examen directo, métodos de Kato, formol-éter y coloración de Kinyoun. De los 41 pacientes evaluados el 85,4 % estaba infectado por algún parásito y/o comensal. La prevalencia de coccidiosis intestinal fue de 63,4 %, siendo la criptosporidiosis la más común con 34,2 %. Se diagnosticaron 10 casos de *Isospora belli* (24,4 %) y 8 casos de *Cyclospora cayetanensis* (19,5 %). No hubo diferencias en cuanto al sexo (P > 0,05) y la edad de los pacientes infectados con coccidios. El

65,4 % de los casos estaba asociado a otros parásitos, destacando *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana*. En conclusión, se determinó una elevada prevalencia de coccidiosis intestinal en pacientes HIV positivos o con SIDA siendo la criptosporidiosis la más común.

7. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. NUEVAS PRESENTACIONES. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR. BOLÍVAR. 2006. Mario Rivera, Norka Balliache. Ilen Mata, Francisco Degouveia, Wuency Landaeta, Maryi Salomón, Henry Fernández

Hospital Universitario "Ruiz Y Páez" .Udo. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar

La terapia antirretroviral de alta eficacia (TARVAE), mejora la sobrevivencia de los pacientes VIH-infectados. Sin embargo algunos (10,25 %) presentan deterioro clínico paradójico, que define al síndrome de reconstitución inmune (SRI) con amplia variedad de presentación clínica. Objetivos: Presentar las características clínicas, inmunológicas, tipo de TARVAE, y tiempo del SRI en pacientes que cumplieron los criterios de definición. Pacientes-Métodos: Se realizó una evaluación retro y prospectiva de los pacientes que acuden regularmente a la consulta del programa VIH-MS, y que cumplieron con los criterios de definición establecidos para SRI. Asimismo: tiempo de presentación luego de la terapia, cuantificación del CD4+ al inicio, y tipo de TARVAE. Los datos se analizaron con estadísticos clásicos porcentajes y desviación alrededor del promedio. Resultados: Once (N= 11) pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 7 masculinos, 4 femeninos. SRI se presentó a 7,1 semanas (SD 3 +-18) del inicio de TARVAE. Tres (3/11) presentaron CD4+ menor de 50 células/mm³ al inicio. Las entidades clínicas del SRI: Herpes zoster (4/11) y H. simplex genital (2/11) TBGP (1/11). TB ganglionar por *Mycobacterium atípico* (1/11). Angiomatosis bacilar (1/11). Condilomatosis genital (2/11). Cryptococcosis meníngea: (1/11) cinco (5/11) pacientes recibieron un esquema de INTR + INNTR con efavirenz y cuatro (4/11) un esquema con IP, con lopinavir/ritonavir. Dos (2/11) esquema con saquinavir/ritonavir. Conclusiones: el SRI se presentó a las 7 semanas promedio del inicio de TARVAE. En pacientes con severo deterioro de la inmunidad CD4+: 12 células/mm³. Las manifestaciones más frecuentes: piel y mucosa genital.

8. INCIDENCIA DEL VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS EN DONANTES DE SANGRE. MATURÍN. ESTADO. MONAGAS. Yurizan Del-valle Agreda Subero¹, Loida Zulay Bastardo Gutiérrez², Yiselmi Avelin Jimenez Tenia³, Del Valle Gerardina Mazzola Sánchez²

¹Hospital "Simón Bolívar", ²Hospital "Manuel Nuñez Tovar", ³Ipasme. Maturín. Edo Monagas.

Objetivos: Conocer la incidencia del virus linfotrópico de células T humanas en donantes de sangre que acudieron al Servicio de Banco de Sangre del Hospital Universitario Dr. "Manuel Nuñez Tovar". Durante enero – diciembre 2005. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y la información fue obtenida de las historias médicas del Servicio de Banco de Sangre del Hospital Universitario Dr. "Manuel Nuñez Tovar". La población estuvo representada por aquellos pacientes que asistieron a este servicio en calidad de donantes de sangre. Resultados y Conclusiones: Se procesaron 4 750 muestras de donantes de sangre, 542 mujeres y 4 208 hombres, con edades comprendidas entre 17 y 61 años que acudieron en forma espontánea y voluntaria al Servicio de Banco de Sangre del Hospital Universitario Dr. "Manuel Nuñez Tovar" durante enero – diciembre 2005. Resultando reactivos 72 casos por el método ELISA (1,52 %), encontrándose distribución variable. El sexo masculino representó la población con mayor número de casos reactivos (n = 64; 88,8 %). Se observó mayor frecuencia en edades entre 22 – 26 años (n = 18,25 %). El sexo femenino fue menos afectado, representó el 11,2 % (n = 8) del total de los casos. En conclusión debido a las vías de transmisión del virus la transfusión sanguínea es importante conocer humanas es a través de los datos aportados en este trabajo. A que una linfotrópico de células

9. CONOCIMIENTO DE VIH EN ESCOLARES DE SEXTO GRADO, ESCUELA BÁSICA LEONARDO INFANTE. MATURÍN- ESTADO MONAGAS. Yurizan del Valle Ágreda Subero, Loida Zulay Bastardo Gutiérrez², Yiselmi Avelin Jiménez Tenia³, Del Valle Gerardina Mazzola Sánchez²

¹Hospital "Simón Bolívar", ²Hospital "Manuel Nuñez Tovar", ³Ipasme- Maturín. Estado Monagas.

Objetivo: Obtener el nivel de conocimiento sobre VIH en escolares de sexto grado de la Escuela Básica Leonardo Infante durante septiembre – diciembre 2004. Materiales y Métodos: Es un estudio de tipo descriptivo. Se tomó como muestra

el 30 % (n = 75) del universo de 150 escolares, seleccionada al azar, 36 hembras y 39 varones, en edades comprendidas entre 10 a 14 años. La técnica utilizada fue un instrumento tipo encuesta que consta de 12 ítems, dirigida a explorar y medir los conocimientos que tienen los escolares sobre el concepto de SIDA, las vías de transmisión, los grupos vulnerable, prueba diagnóstica, medidas de prevención, conocimiento sobre la curación, aspecto laboral y relaciones interpersonales como besar, abrazar y compartir la mesa con su familia y la fuente de información. Resultados y Conclusiones: Se encontró que el concepto de SIDA está presente en el 72 % (n = 54) de ellos, conocimiento bueno según la escala realizada por el autor, la definen como una enfermedad sexual; el 80 % (n = 60) no tienen conocimiento sobre los grupos vulnerables de contraer VIH/SIDA, erradamente afirman que sólo hombres adultos pueden contraer la enfermedad, el 80 % (n = 60) tienen buen conocimiento de las vías de transmisión, manifiestan que la mayor parte de los casos de VIH es a través de relaciones sexuales; el 62,7 % (n = 47) desconocen la existencia de una prueba de laboratorio para diagnosticar VIH/SIDA al igual que las medidas preventivas; el 65,3 % (n = 49) conoce la no curación de la enfermedad; el 60 % (n = 45) opina que los enfermos con SIDA no pueden trabajar y en cuanto a las relaciones interpersonales el 85,3 % (n = 64) afirman que el portador de VIH/SIDA no puede besar, abrazar ni comer con ninguna persona; el 94,7 % (n = 71) están conscientes de que no se deben compartir objetos cortantes con personas HIV reactivas. La fuente de información más importante fue la escuela con un 68 % (n = 51), seguida por los padres con un 64 % (n = 48), la TV con un 30,7 % (n = 23), la prensa 21,3 % (n = 16), los amigos 16 % (n = 12) y en último lugar la radio con un 9,3 % (n = 7).

10. CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE- NÚCLEO BOLÍVAR. PERÍODO I-2006. Mario Salvado Rivera Prospero¹, Karin Josefina Puente Arocha², Angel Ramón Gil De La Cruz², Andrés Ramón Gil De La Cruz², María Eugenia Barrios Sánchez², Mariani Del Valle Salazar León.

¹Hospital Universitario (UDO) Ruiz y Páez, ²Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar

Los estudiantes de medicina, idealmente deben poseer los conocimientos necesarios acerca de la infección por VIH así como de las características del resto de las infecciones de

transmisión sexual (ITS). Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento sobre la infección por VIH y otras ITS en estudiantes de medicina. Metodología: Se realizó una investigación aplicada descriptiva-transversal mediante la aplicación de una encuesta semi-estructurada, voluntaria y anónima a 250 estudiantes del 3º semestre al último año de medicina de la Universidad de Oriente-Bolívar. El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete tipo Sigma Stat V.2.03 de SPSS Microsoft. Resultados: La muestra estuvo constituida por 93(37,23 %) estudiantes del 3º-6º semestre, 91(36,4 %) del 7º -10º semestre y 66(26,4 %) del 11º semestre al último año. Reconocieron al condón como método de prevención de las ITS 219(87,6 %) estudiantes. Reconocieron que aumenta el riesgo de contraer VIH al mantener relaciones sexuales sin protección 219(87,6 %). La frecuencia de identificación de las ITS fue: VIH 238(94,8 %) estudiantes, blenorragia 223 (89,2 %), herpes 212(85,2 %), sífilis 216(86,4 %), condiloma acuminado 147 (58,8 %), linfogranuloma venéreo 156(62,4 %), trichomoniasis 149(59,6 %); el conocimiento en este aspecto fue en promedio de 48,09 % del 3º-6º semestre; 77,44 % del 7º-10º semestre y de 87,10 % entre el 11º semestre y el último año. Respondieron que no pueden reconocer a simple vista a un portador de VIH 224(89,6 %) y que no todos los portadores de VIH lucen enfermos 218(87,23 %) estudiantes. Afirmaron que el tratamiento en la pareja en caso de contraer una ITS es importante 231(92,4 %) estudiantes. Conclusiones: Los estudiantes están capacitados, en relación progresiva a su grado académico, para identificar las diferentes ITS, no así en cuanto al conocimiento de métodos de prevención.

ITS conocidas/	VIH	Ble	Her	Sif	Cond	LGV	Tric
Semestre cursante	%	%	%	%	%	%	%
3º-6º semestre	91,4	78,5	72,0	69,9	18,3	33,3	37,6
7º-10º semestre	97,8	95,6	90,1	100	76,9	74,7	68,1
11º semestre- UA	98,5	96,9	98,5	92,3	92,3	87,7	80,0
Total	95,2	89,2	85,2	86,4	58,8	62,4	59,6

Ble= blenorragia; Her= herpes; Sif= sífilis; Cond= condiloma; LGV= linfogranuloma venéreo; Tric= trichomoniasis.

11. OPORTUNIDADES PERDIDAS EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Elinor Garrido, Ana Carvajal, Ángela Troncote, Gidder Benitez, Amando Martín.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Introducción: La infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida desde 1994 es una enfermedad prevenible en el niño, diferentes estrategias en la embarazada VIH+ reducen a menos del 2 % la transmisión vertical, muchas gestantes no se benefician porque se pierden oportunidades en la prevención. **Objetivo:** Determinar las (ops) de profilaxis antirretroviral en el prenatal en la prevención de la transmisión vertical del VIH. **Materiales y Métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en el HUC (enero 1999-julio 2006) en 55 pares (madre-niño), cuyas madres no recibieron profilaxis antirretroviral, de 160 neonatos o lactantes menores de 1 año de la consulta de PMI, se analizan características de las embarazadas, causas de las OPs y estatus serológico de los niños, los datos fueron analizados en Excel. **Resultados:** La edad materna promedio fue 25 años, 67 % más de casa, 60 % se controlaron el embarazo, la mayoría (80 %) extra HUC, el diagnóstico de VIH en las madres se realizó en el posparto inmediato en 53 %. Las OPs más frecuentes fueron: embarazo no controlado 40 %; diagnóstico tardío de VIH 12 %, ELISA VIH+ pero no indicación de profilaxis: 10 %, demora en el confirmatorio: 7 %. Parto vaginal fue la modalidad de nacimiento en 56 %, peso promedio al nacer 2,8 kg. Sesenta por ciento de los recién nacidos recibieron zidovudina posnatal; estatus serológico de los niños: negativos al VIH 30,9 %, indeterminados con un DNA-PCR negativo 16,3 %, SIDA 18,8 %, pendiente realizar 34,5 %. **Conclusión:** Las oportunidades perdidas en la embarazada VIH+ están asociadas al SIDA pediátrico por lo cual deben minimizarse.

12. COINFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS- VENEZUELA. Ana Carvajal¹, Alberto Ache², Ana Ferreira³, José Lopez Mora³, Marisela Silva.

¹Hospital Universitario de Caracas-Universidad Central de Venezuela, ²Instituto de Altos Estudios "Dr Arnoldo Gabaldón"/UCV, ³HUC/UCV. Caracas.

Introducción: Las ITS pueden causar considerable morbilidad en la madre, el feto y el recién nacido, pudiendo incrementar el riesgo de transmisión vertical del VIH, por ello es importante su prevención, identificación y tratamiento

Objetivo: Determinar en embarazadas VIH+ coinfección con otras ITS. **Métodos:** Estudio descriptivo, realizado en el HUC desde el año 1999-2005 en 110 embarazadas seropositivas al VIH, se analizan: edad, estatus social, número de parejas sexuales, momento del diagnóstico del VIH, niveles de CD4, carga viral y coinfección con otras ITS. Los datos fueron procesados en EpiInfo. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de 24,3 años (S.D-6,01); 67 % amas de casa, 61 % tenían 2 ó más parejas sexuales, el diagnóstico del VIH se realizó en el pre-natal en 62 % de los casos, el promedio de linfocitos CD4/mm³ antes de la profilaxis antirretroviral fue de 406 y el de carga viral de 891 copias/mm³. Coinfección con otras ITS se encontró en un 17,9 %. Las infecciones de transmisión sexual más frecuentes fueron: infección por VPH (33 %) y sífilis (28 %). Una importante magnitud de asociación fue observada entre la coinfección de VIH y otras ITS con: niveles de CD4 bajos (P< 0,00001, edad menor de 24 años (P< 0,00001) y 2 ó más parejas sexuales (P< 0,00001). **Conclusiones:** Coinfección de ITS y VIH se presenta con relativa frecuencia en embarazadas VIH+, asociándose con: menor edad, niveles bajos de linfocitos CD4 y mayor número de parejas sexuales.

13. INCIDENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN DONANTES DE SANGRE. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NUÑEZ TOVAR MATURÍN-MONAGAS-VENEZUELA.

Loida Zulia Bastardo Gutiérrez, Yurisan Del Valle Agreda, Gerardina Mazzola, Yiselmi Jiménez.

Hospital Universitario "Dr. Manuel Nuñez Tovar" Maturín Estado Monagas.

Objetivos: Determinar la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana en donantes de sangre que acudieron al Servicio de Banco de Sangre del Hospital Universitario "Dr. Manuel Nuñez Tovar", durante enero-diciembre 2004. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y la información fue obtenida de las historias médicas del Servicio de Banco de Sangre del Hospital Universitario "Dr. Manuel Nuñez Tovar". La población estuvo representada por aquellos pacientes que asistieron a este servicio en calidad de donantes de sangre. **Resultados y Conclusiones:** Se procesaron 4 861 muestras de donantes de sangre, 520 mujeres y 4 341 hombres, con edades comprendidas entre 17 y 61 años, que acudieron en forma espontánea y voluntaria al Servicio de Banco de Sangre del

Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar" desde enero-diciembre 2004. Resultando reactivo 33 casos por el método de ELISA (0,66 %), encontrándose distribución variable. El sexo masculino representó la población con mayor número de casos reactivos (n = 32, 97 %). Se observó mayor frecuencia en edades entre 27 - 31 años (n = 8; 24,2 %). El sexo femenino fue el menos afectado representó el 3 % (n = 1) del total de los casos. En comparación con los casos reactivos registrados en el año 2003 (n = 47; 1,08 %) han disminuido y una de las causas es el reforzamiento en el interrogatorio que se les hace a los donantes para ser seleccionados. Cabe resaltar que no todos los casos reactivos fueron confirmados por la técnica de Western Blot, ya que estos en su mayoría donan y no vuelven a buscar su resultado, por lo que no se les puede volver a tomar una nueva muestra para realizar esta prueba confirmatoria. En conclusión debido a que la trasfusión sanguínea es una de las vías de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es importante el conocimiento de los datos de este trabajo.

14. POLIMIOSITIS Y RABDOMIÓLISIS EN UN PACIENTE CON SIDA. HOSPITAL "DR. JESÚS YERENA". CARACAS VENEZUELA. Jocays Del Valle Caldera Ruiz¹, Isi Rondón¹, Yrene Del Valle Vásquez de Azócar², Martín Carballo³, Orlando Jiménez⁴, Jesús Herrera¹.

¹Hospital "Dr. Jesús Yerena", ²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", ³Hospital Universitario de Caracas, ⁴Cátedra Microbiología Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Polimiositis y rabdomiólisis son complicaciones inusuales descritas en pacientes con tratamiento antirretroviral. Paciente masculino, 27 años, con síndrome diarreico durante 3 meses, náuseas, vómitos, hiporexia, pérdida 5 kg y diaforesis nocturna, 6 meses antes del ingreso. Presenta cefalalgia progresiva, global predominio occipital, limitación para movilización cuello, fiebre, episodios de lipotimia y escalofríos, de 3 semanas de evolución. Ingresó 21/09/05: malas condiciones, TA=141/70mmHg, FC=80x', FR=22x', T=37° C, P=50Kg, T=1,75m, IMC=16,3, deshidratado, palidez cutánea, rigidez cervical, lesiones blanquecinas elevadas en oro-faringe, lesiones lineales blanquecinas regiones laterales de lengua, máculas violáceas en tórax, cuello y pie izquierdo, pápulas umbilicadas en hipogastrio, genitales externos, muslos, FDO: borramiento borde nasal D.O. Izq. Resto DLN. Laboratorio: GB:9 100, N: 73 %, VSG:63 mm, Hb:14,5,

Plq:332 000, TGP:62 7, LDH:137, GGT:140, úrea:9.7, creat:1.0, K:3,38, ph:7.51, PCO₂:34,PO₂: 76,S:96,4 %, PCR:0,8,VIH:(+), VDRL:NR, Rx tórax:D.L.N, TAC:LOE?, RMN:sinusopatía maxilar, sin LOE. LCR:cél:67,L:81 %,Pr:74,gluc:13,Pandy:++, T.China:blastosporas encapsuladas abtes, Criptolátex:1:819, CD4+:13xmm³, CargaV:13-276 cop.RNA/ml, Biop.piel: S.kaposi. Diagnósticos: SIDA C3, Criptococosis meníngea, Sarcoma Kaposi cutáneo, candidiasis oro-faríngea, leucoplasia vellosa, infección molusco contagioso, sínd diarreico crónico. Tratamiento: hidratación, anfotericinaB, TMT/SMX+ clindamicina+ difenilhidantoina + dexametasona (omitido 6todía), omeprazol, vit.C, complejo B, KCL diario, profenid, nistatina. El 20/10/05 se inicia: ABC, 3TC, kaletra; oxacilina (celulitis muslo izq), ranitidina. El 28/10/05 (1 500 mg acumulados Anf. B), presenta mialgias predominio glúteos/Msls, parestesias en pies, limitación para deambulacion, elevación de cuello y extremidades, FMIII/V simétrica, dolor con compresión muscular. Poliuria, edema en pies. Descenso: GB,HB,Prot. y K+:2.1, TGO:569,TGP:422, LDH:1015,ALP:144, Amil:157,CPK:20.900,Proteinuria2+,Hb:2+. úrea/creat/depuración:DLN, EMG: Proceso miosítico difuso. Biop. Músculo: miositis. Se omiten ARV y anfotericinaB. Inicio: fluconazol, prednisona: 50 cm/día esquema descenso. Evolución satisfactoria. Importancia: escasos reportes de polimiositis/rabdomiólisis asociada al tratamiento en pacientes con SIDA.

15. INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. CUMANÁ. Rosibel del Carmen Sucre Guzmán¹, Maribel Morillo Díaz, Vladimir Mago, Samantha López, Liset Guevara, Yordi Guevara, Johan Khan.

¹Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná. Estado Sucre.

En paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida el citomegalovirus es el patógeno viral más frecuente. La retinitis es la forma más usual de la enfermedad, observándose también afectación gastrointestinal y sistema nervioso central. Esta infección se presenta con recuento de CD4 por debajo de 50 cel/mm³. El diagnóstico se realiza mediante biopsia y los cultivos de citomegalovirus a partir del material de biopsia. Caso 1: masculino, 45 años de edad, VIH/SIDA

positivo en tratamiento antirretroviral, CD4 13cel/mm³ y carga viral mayor de 500 mil copias. El 10-03-06 presenta dolor en epigastrio de fuerte intensidad tipo urente irradiado a región retroesternal concomitantemente disfagia a sólidos y líquidos. El 12-03 se realiza endoscopia digestiva superior reportando úlcera esofágica activa se toma biopsia con resultado de infección por citomegalovirus. Se inicia tratamiento con ganciclovir 350 mg endovenoso por 21 días se realiza control endoscópico que reporta lesión residual y nuevo CD4 con 76 cel/mm³. Caso 2: masculino, 41 años de edad, VIH/SIDA positivo en tratamiento antirretroviral, CD4 30cel/mm³ y carga viral mayor de 500 mil copias. En octubre de 2005 presenta evacuaciones líquidas con coprocultivo y Kinyoun negativo, se realiza endoscopia digestiva inferior que reporta lesiones ulcerosas en colon se toma biopsia con resultado de infección por citomegalovirus. Se inicia tratamiento con Valganciclovir 900 mg cada 12 horas por 21 días con evolución tórpida. Discusión. La infección por CMV adquiere mayor significación clínica en pacientes trasplantados, oncológicos sujetos a quimioterapia, con infección VIH o con otros estados de inmunodepresión. La afectación digestiva, la segunda en frecuencia después de la retinitis, es un proceso erosivo o ulcerativo que cursa con una presentación clínica que guarda relación con la zona afectada, pudiendo ello ocurrir en cualquier tramo del tracto gastrointestinal. La afectación colónica es la más frecuente, aconteciendo aproximadamente en la mitad de los casos de infección gastrointestinal por CMV (47 %). Estómago (17,4 %), esófago (8,7 %), duodeno (21,7 %) y resto de intestino delgado (4,3 %) son tramos afectados en menor grado. Meza y col. revisaron 10 casos de la literatura de perforación intestinal por CMV, todos los casos asociados a infección VIH. La infección por CMV es siempre una enfermedad diseminada y el principal factor que puede modificar el mal pronóstico de esta entidad en pacientes inmunodeprimidos es un amplio abordaje diagnóstico basado en un rastreo que permita identificar la infección a otros niveles más habituales (retinitis y esofagitis). Conclusión. Se presentan dos casos de pacientes con VIH/SIDA con afectación gastrointestinal por citomegalovirus con evolución clínica diferentes debido al abordaje terapéutico de inicio, observándose una mejoría clínica significativa en el paciente que recibió ganciclovir como primera elección.

16. PREVALENCIA DE SÍFILIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. Federico Naranjo¹, Cecil Fandiño, Miguel Morales, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, María Marín, Manuel Cortesía.

¹Hospital Vargas de Caracas. Caracas.

La sífilis es una infección sistémica de evolución crónica transmitida por contacto sexual ocasionada por el *Treponema pallidum*. Estudios han demostrado que las úlceras genitales incrementan la probabilidad de adquirir y transmitir la infección por VIH. La coinfección VIH sífilis oscila entre poblaciones de riesgo y países, siendo aproximadamente entre 15 % a 36 %. Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron 1 400 historias de la consulta de VIH-SIDA del Hospital Vargas de Caracas investigándose el antecedente de sífilis y los resultados del VDRL solicitado en la primera consulta y en las sucesivas. De 1.400 pacientes analizados 158 (11,2 %) tuvieron diagnóstico de sífilis. La infección fue mayor en hombres (98,1 %) que en mujeres (1,9 %) siendo el grupo más afectado el de hombres que tienen sexo con hombres en el 77,2 %. El momento del diagnóstico se distribuyó de la siguiente manera: sífilis como antecedente en 39,2 %, diagnóstico simultáneo de infección por VIH y sífilis en 41,8 % y diagnóstico de sífilis posterior al de VIH en 19 % de los casos. La prevalencia de sífilis en la población estudiada fue de 11,2 % realizándose el diagnóstico hasta en un 19 % de los casos en pacientes ya conocidos con infección por VIH. Se debe solicitar el VDRL en la primera consulta y hacer el seguimiento respectivo de acuerdo al resultado y enfatizar el uso de prácticas sexuales seguras en nuestros pacientes.

17. HEPATITIS B Y C EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL DE NIÑOS "J.M DE LOS RÍOS". CARACAS - VENEZUELA. María Graciela López¹, Luigina Siciliano, Mariela Rangel¹, Vanesa Téllez, Diana López¹, Rafael Navas, Susan Ramírez, Francisco Valery, Lisbeth Aurenty, Lourdes Morillo, Juan García.

¹Hospital de Niños "Dr. J. M de Los Ríos". Caracas.

Muchos pacientes con infección VIH presentan coinfección con el virus de hepatitis B (VHB) y C (VHC). Se desconocen datos sobre evolución de la hepatitis B y C en niños con infección VIH vertical y horizontal. Objetivos: Determinar

características de la infección por VHB y VHC en niños con infección VIH. Métodos: Estudio clínico, longitudinal y comparativo, incluyendo pacientes pediátricos con infección VIH controlados en el Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos", desde 1984 hasta junio 2006, con seguimiento > de 6 meses, serologías para VHB y VHC, registrándose datos de evolución de infección por VHB, VHC y VIH. Se establecieron dos grupos. Grupo I: Pacientes VIH de transmisión vertical; grupo II: pacientes VIH de transmisión horizontal. Resultados: Incluidos con serologías VHB, n = 90. grupo I 75,55 %, grupo II 24,44 %. Del total de pacientes 18,89 % presentaron coinfección VIH-VHB, Grupo I 13,23 %, Grupo II 36,36 %, sin diferencias significativas. Del grupo I 55,56 % presentaron infección aguda por VHB y 44,44 % infección crónica, Grupo II 62,5 % infección aguda y 37,5 % crónica, evolución sin diferencias. No hubo progresión de la infección VIH en coinfectados de ambos grupos. Incluidos con serologías VHC, n = 84. Grupo I 77,4 %. Grupo II 22,6 %. Presentaron coinfección VIH-VHC 7,14 % de todos los pacientes, grupo I 4,62 %, grupo II 15,79 % diferencia no significativa. Conclusiones: La hepatitis B es frecuente en niños con infección VIH siendo ambas, infecciones prevenibles. La evolución de la infección por VHB fue similar en niños con infección VIH vertical y horizontal. Un 7,14 % presentó coinfección VIH-VHC.

18. MORTALIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO – DICIEMBRE 2005. Miguel Morales¹, Cecil Fandiño, Federico Naranjo, Mario Comegna, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán, María Marín.

¹Hospital Vargas de Caracas. Caracas.

Antes de la aparición de la terapia antirretroviral de alta eficacia, el VIH/SIDA se caracterizó por una alta mortalidad, afectando predominantemente grupos jóvenes, con una clara repercusión social y económica. El propósito de este trabajo es establecer la tasa de mortalidad, causas y características de los pacientes VIH-SIDA hospitalizados en el Hospital Vargas de Caracas (HVC) entre el período de enero-diciembre del año 2005. De un total de 8 571 pacientes hospitalizados con 544 defunciones, 208 ingresos fueron por VIH/SIDA (2,4 %) con 33 defunciones por esta causa, representando globalmente 6,3 % y 15,8 % dentro del grupo que ingresa específicamente por esta patología. Se

calculó un promedio de hospitalización de 27,5 días. El 52 % eran controlados por el Servicio de Infectología del HVC. La relación hombre/mujer fue de 8:1, predominando edades entre 25 a 44 años (68 %). El diagnóstico de ingreso fue infección respiratoria baja (36 %), infección del sistema nervioso central (28 %), pancitopenia febril (20 %), síndrome adenomegálico (8 %) y otros. En relación a los valores de CD4 de los 25 pacientes fallecidos 13 (52 %) A la mitad de estos se realizó CD4 teniendo el 50 % de ellos menos de 50 ce/mm³. A pesar de que existe la disponibilidad gratuita del tratamiento antirretrovirales, muchos pacientes fallecen por esta causa y con niveles bajos de CD4, tanto por omisión del tratamiento como por falla en la detección temprana de la enfermedad. Es necesario optimizar las campañas de prevención, adherencia y seguimiento en estos pacientes.

19. MICOSIS PROFUNDAS SISTÉMICAS EN PACIENTES QUE VIVEN CON EL VIH, INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA A DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "Dr. ENRIQUE TEJERA". ENERO-JULIO 2006. Heidi Mago, Lenis Urbani, Mellan Pacheco, Fernando Gómez, Isabel Díaz.

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

Objetivo: Determinar la incidencia de micosis profunda en pacientes que viven con el HIV ingresados en el servicio de Medicina A en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en enero-junio 2006. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental, donde se estudiaron las historias de pacientes HIV que ingresaron en el servicio de Medicina A de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" entre enero y junio 2006, para determinar la incidencia de micosis profunda en esta población utilizando criterios clínicos y paraclínicos como serología, cultivo de médula ósea o PCR para confirmación. Resultados: De 968 pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina A. 41(4,2 %) tenían infección por VIH, de estos 13 presentaron diagnóstico de micosis profunda (29 %), siendo su distribución por orden de frecuencia: histoplasmosis, 6 pacientes (46,1 %). Paracoccidiodiomycosis, 4 (30,7 %) criptococosis 3 (23 %). El método confirmatorio fue: Serología: 6 (46,1 %). Cultivo de médula ósea: 5 (38 4%) PCR 2 (15 3%). Conclusiones: Los resultados indican que la histoplasmosis es la micosis profunda con mayor incidencia en los pacientes que viven con el virus del VIH, estudiados, seguida de la paracoccidiodiomycosis, tomando en conside-

ración que el Estado Carabobo es considerado zona endémica para esta micosis.

20. RESPUESTA SATISFACTORIA DEL ENFUVIRTIDA (T-20) Y OTROS ANTIRRETROVIRALES EN TERAPIA OPTIMIZADA EN NIÑA CON SIDA Y VALORES EXTREMADAMENTE BAJOS DE CD4. CASO ILUSTRATIVO. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZZETTI". BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI. Tibisay Triana, Martha Hernández, Elizabeth Martínez, Antonia Camero.

Hospital Universitario Luis Razetti.

El tratamiento con antirretrovirales (ARVs) en niños con infección por el virus de inmunodeficiencia humana /síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/ SIDA) ha experimentado avances importantes en nuestro estado. Desde el uso de doble terapia en 1998 hasta terapia de alta actividad (TARAA) y recientemente enfuvirtida (T-20) perteneciente a un nuevo grupo, los inhibidores de la fusión en combinación con ARVs en terapia optimizada (TO) de acuerdo a test de resistencia. Enfuvirtida (T20) actúa inhibiendo la fusión del VIH con las células humanas evitando que el virus penetre en ellas e inicie su proceso de replicación. Estudios clínicos T20-204 y T20-310 reportan seguridad y tolerabilidad de T20 en niños. Presentamos caso de preescolar femenino de 5 años de edad, madre serología positiva para VIH a las 23 semanas de gestación, recibió ARV y recién nacida recibió zidovudina por 6 semanas; con diagnóstico de infección VIH marzo 2001 por criterios clínicos , PCR ARN VIH 750 copias/mL, con progresión a SIDA C3. Recibió múltiples esquemas de ARVs con falla en la respuesta al tratamiento dada por disminución de CD4 a 2 cel/mL y carga viral de 273 000 copias/mL. Se realiza test de resistencia para optimizar tratamiento: múltiples resistencia y se inicio enfuvirtida. Conclusión: Buena aceptación y seguridad del tratamiento a la semana 24 con pocas reacciones locales leves superadas sin asistencia médica y evolución clínica satisfactoria: no episodios de morbilidad ni hospitalización, eficacia virológica por disminución de carga viral (33 200 copias/mL), aumento discreto de CD4+ (48 cel/mL).

21. BUSCANDO MÁS ALLÁ DE LA SALUD FÍSICA: EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR.

LUIS RAZETTI". BARCELONA EDO. ANZOÁTEGUI. Tibisay Triana¹, Martha Hernández, Carmen Mendez, César Landaeta.

¹Hospital Universitario Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui.

La pandemia del VIH/SIDA no sólo amenaza la salud física y la supervivencia de millones de niños en todo el mundo, sino que destruye a sus familias y les priva de amor, atención y protección de sus padres. El estigma y la discriminación que provoca la infección por VIH pueden ser motivo de exclusión y aislamiento de los niños. Situación nacional (Venezuela), el número total de casos VIH/SIDA registrados hasta el 2005 es 50 000 casos con total de 17 000 recibiendo tratamiento antirretroviral. Según los últimos anales de epidemiología nacional hasta marzo 2006, han estimado 110 000 personas viviendo con VIH/ SIDA se presenta trabajo de investigación descriptivo retrospectivo con la finalidad de determinar cuantos niños y niñas con VIH/SIDA, están registrados en la consulta de infectología pediátrica, del Hospital Universitario "Dr. Luis Razzetti", cuantos huérfanos de padres, madres, Doble abandono, y conocer la causa de abandono. El universo poblacional está determinado por 26 pacientes que viven con VIH/SIDA, se obtuvo realizando revisión de historias clínicas de la consulta de infectología pediátrica. Los resultados son, 26 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, de los cuales 22 pacientes con infección por VIH con tratamiento 1 Infección por VIH sin tratamiento, 1 SIDA y 2 fallecidos; 14 niños sufren de algunas de las siguientes situaciones: abandono materno, paterno, ambos u orfandad, representando el 53,84 %, del total del universo; estos niños y niñas huérfanos que viven con VIH/SIDA están bajo el cuidado de tíos, abuelos, padres adoptivos o "casas hogares".

22. EVOLUCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR LUIS RAZETTI". BARCELONA - ESTADO ANZOÁTEGUI. ENERO 1998 – JULIO 2006. Tibisay Triana, Oscary Méndez, Elizabeth Martínez.

Hospital "Luís Razetti" Barcelona-Estado Anzoátegui.

El tratamiento antirretroviral en las infecciones por VIH inició con monoterapia, siendo la zidovudina aceptada en niños en 1990, la didanosina en 1991. En 1997 surge la doble terapia (zidovudina-didanosina); luego aparecen

otros grupos de antirretrovirales (inhibidores de la transcriptasa no análogos de nucleósidos y de la proteasa), triple terapia de alta eficacia y recientemente terapia optimizada con inhibidores de la fusión (enfuvirtida). Objetivo: Determinar los diferentes esquemas de tratamiento antirretroviral administrados en orden cronológico desde 1998 hasta 2006. Material y métodos: Se revisaron 150 historias; obteniendo una muestra de 26 pacientes con infección por VIH y 3 pacientes con diagnóstico de SIDA, realizándose análisis descriptivo de cada esquema de tratamiento y evolución del paciente. RESULTADOS: 21 pacientes activos (2 sin tratamiento), 3 desertores, 2 fallecidos y 3 trasladados. De 3 pacientes con diagnóstico: SIDA, 1 activo con esquema de enfuvirtida - saquinavir/ ritonavir - AZT-nevirapina en terapia optimizada y 2 fallecieron el 2001, estos iniciaron AZT - DDI en 1998 en estadio clínico avanzado agregándose ritonavir, rotado a nelfinavir en uno por vómitos. Activos con infección VIH 18: Reciben nelfinavir-d4T-DDI : 3 (N1:2 - A1:1), nelfinavir-3TC-d4T: 9 (A2: 6 - B2:1- N1:1-N2:1), lopinavir/ritonavir_3TC-d4T: 5 (A1:2 - N2:1 - A2:2), lopinavir/ritonavir- AZT-DDI: 1(A1) Conclusión: La terapia antirretroviral en esta consulta ha evolucionado desde doble terapia con AZT - DDI hasta la combinación de 1 inhibidor de la proteasa potenciado más inhibidores de la transcriptasa reversa en terapia optimizada según resultados de test de resistencia, más 1 inhibidor de la fusión VIH/SIDA - evolución Terapia antirretroviral.

23. ANÁLISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES VIH/SIDA HOSPITALIZADOS EN LA SALA DE INMUNOSUPRIMIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" DE ENERO A JULIO- 2006. Zenaida Castillo Tovar, Mónica Gutiérrez Uzcátegui, Félix González Pérez, Celeste Cervelli Álvarez, María Gabriela Aponte Zambrano, Katherine García, Margorie Romero Rodríguez, Verónica Vega Bonnet, Grecia Lopez.

Hospital Universitario-"Dr. Angel Larralde". Valencia Estado Carabobo.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se mantiene como una pandemia desde hace más de 20 años, constituyendo un grave problema de salud pública a nivel mundial. En nuestro país, la situación es cada día más grave, con un alto índice de hospitalización. Objetivos: determinar el número de pacientes VIH/SIDA, que ingresaron a la sala de Inmunosuprimidos del Hospital Universitario

"Dr. Angel Larralde" (HUAL), de enero a julio 2006. Metodología: Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años, con VIH/SIDA, que ingresaron al HUAL, durante el primer semestre de 2006. Resultados: ingresaron 44 pacientes, 32 hombres(72,7 %) y 12 mujeres (27,3 %), edad promedio 35 años, 27 pacientes nuevos (61,4 %), 17 pacientes (38,6 %) que recibían terapia antirretroviral, con fallas terapéuticas o abandono de terapia. Síndrome febril se observó en 28 pacientes (63,6 %), infección respiratoria baja en 25(56,8 %), síndrome diarreico en 20(45,5 %), neuroinfección en 18(40,9 %), candidiasis orofaríngea y síndrome consuntivo se presentó en 17 (38,6 %); el diagnóstico de egreso más frecuente fue histoplasmosis diseminada(40,9 %), toxoplasmosis cerebral (34,1 %), neumonía por *Pneumocystis jirovecii*(29,5 %), infección diseminada por citomegalovirus (27,3 %). En- 40 pacientes (90,9 %) tenían CD4 menor de 50xmm³ 8 pacientes fallecieron (18,2 %). La principal causa de muerte fue insuficiencia respiratoria aguda (62,5 %). Conclusión: El síndrome febril e infección respiratoria baja fueron la causa más frecuente de admisión de nuestros pacientes. Histoplasmosis y toxoplasmosis las infecciones oportunistas más frecuentes. La mayoría de los pacientes estaban en estadio C3. La mortalidad ha disminuido en comparación a los años anteriores.

24. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORBILIDAD DEL VIH/SIDA EN 3 CENTROS DE ATENCIÓN DE REFERENCIA REGIONAL DEL ESTADO CARABOBO. ENERO A JULIO- 2006. Zenaida Castillo Tovar¹, Mónica Gutiérrez Uzcátegui¹, Jennifer Moreno Castillo¹, Felix González Pérez¹, Mellan Pacheco², Morelia Montagne Wadskier³, Marieta Álvarez³, Gloria Molina³, Milvida Castrillo³, Aracelis Valera de Magdaleno¹, Isabel Diaz², Heidi Mago².

¹Hospital.Universitario-"Dr. Ángel Larralde". ²Ciudad. Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Centro de Atención Integral de Infección de Trasmisión Sexual. Valencia Estado Carabobo.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana, continúa siendo un grave problema de salud pública, con un número creciente de nuevos casos, a nivel mundial, que se pone de manifiesto ante las cifras cada vez más altas de pacientes infectados. En nuestro país, la situación es bastante grave y el Estado Carabobo presenta un crecimiento acelerado en los últimos años. Objetivos: Determinar el número de pacientes VIH/SIDA, atendidos en 3 Centros de atención de VIH/SIDA del Edo. Carabobo: Unidad de Infectología Hospital Universitario "Dr. Ángel

Larralde" (HUAL), Unidad de Infectología Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET) y el Centro de atención integral de infecciones de transmisión sexual y SIDA (CAI-SIDA/ITS), de enero a julio de 2006. Metodología: Se incluyeron pacientes adultos, VIH +, que asistieron a la consulta de infectología del HUAL, CHET y CAI, durante el primer semestre del 2006. Resultados: Se atendieron 255 nuevos pacientes VIH (+), 32 (12,5 %) con SIDA, 166 hombres (65 %) y 89 mujeres (35 %), edad promedio 38 años; 80 % de los pacientes con SIDA requirió hospitalización. Distribución de pacientes: HUAL mujeres hombres total sida casos nuevos 21 48 69 18 CHET Casos nuevos 23 26 49 10 CAI Casos Nuevos 45 92 137 14 Conclusión: La incidencia de la infección por VIH, continúa ascendiendo, a pesar de las campañas de prevención diseñadas por el Ministerio de Salud como se pone de manifiesto en la morbilidad de los 3 centros especializados estudiados. El número de mujeres infectadas es cada vez mayor.

25. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTES VIH/SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO 2004 A JULIO 2006. Zenaida Castillo Tovar¹, Jennifer Moreno Castillo, Carina Morrello, Ronald Castillo, Monica Gutiérrez, Félix González, Catherine García, Verónica Vega, Omaira Sifontes.

¹Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Valencia Estado Carabobo.

Introducción: En el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se observa depleción progresiva de los linfocitos CD4, que conlleva a la aparición de infecciones oportunistas, siendo la histoplasmosis diseminada, una de las más frecuentes. Objetivo: Se evaluó la presentación clínica, paraclínica, evolución y tratamiento de la Histoplasmosis diseminada, en pacientes VIH/SIDA, ingresados al Hospital "Dr. Ángel Larralde" entre julio 2004 - 2006. Metodología: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de histoplasmosis diseminada y SIDA. Se realizó hematología completa, química sanguínea, deshidrogenasa láctica (DHL), inmunofenotipaje y cultivo y/o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre y/o médula ósea. Resultados: En 35 pacientes se demostró *Histoplasma capsulatum*, 26 hombres (74 %) y 9 mujeres (26 %), edad promedio 39 años. 100 % presentó fiebre, síndrome de desgaste y síntomas respiratorios (98 %), DHL >500 U en 29 (83 %). El 89 % con

CD4 < 50xmm³. Coinfección con citomegalovirus en 28 (80 %) 100 % de los coinfectados presentó Hb < 11 y conteo absoluto de linfocitos (CAL) < 1 000; DHL > 1 000 no se asoció a mortalidad. Todos los pacientes recibieron itraconazol. Se observó falla terapéutica en 2 (6 %), quienes recibieron anfotericina B. Conclusión: La histoplasmosis diseminada en pacientes con SIDA, se presentó con fiebre en el 100 % de los casos, manifestaciones respiratorias, anemia y linfopenia (98 %). La mayoría presentó valores de DHL > 500 y CD4 < 50xmm³. Es frecuente la coinfección con CMV, lo cual se asoció con valores más altos de DHL. El itraconazol fue efectivo y seguro en el tratamiento de histoplasmosis diseminada y SIDA.

26. CONTROL DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE PARASITOSIS INTESTINAL EN LABORATORIOS PÚBLICOS. CIUDAD BOLÍVAR. VENEZUELA. César Argenis Santodomingo Goitía¹, Francis Moroy².

¹Ambulatorio Soledad, ²Ciudad Bolívar Estado Bolívar.

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo para evaluar el control de calidad en el diagnóstico de parasitosis intestinales en 7 laboratorios públicos de Ciudad Bolívar, Municipio Heres del Estado Bolívar, entre febrero y junio de 2006. El procedimiento se basó en la entrega de 20 muestras fecales frescas y 2 muestras preservadas a cada laboratorio. Un total de 154 muestras de heces entre frescas y preservadas fueron procesadas por los laboratorios participantes. Se les aplicó una encuesta basada en las tres fases del proceso de análisis coproparasitológico de la norma COVENIN ISO 15189:2004. Se encontró que los protozoarios que presentaron mayor dificultad para ser identificados en muestras de heces frescas fueron, *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* (85,7 %), *Chilomastix mesnillii* (85,7 %) y *Blastocystis hominis* (82,1 %). Entre los helmintos destacaron, *Trichuris trichiura* (100 %) y *Taenia sp* (78,5 %). En cuanto a los principales errores en el diagnóstico coproparasitológico en muestras de heces frescas fueron; Diagnóstico incompleto (58,7 %) y cambios en el diagnóstico (40 %). Referente a la escala de puntuación desarrollada por González y col., 1998 se encontró que un laboratorio realizó diagnóstico bueno (18,1 %), dos regular (31,81 %) y 4 realizaron mal diagnóstico (50 %). Por los resultados en la encuesta aplicadas a los licenciados de los laboratorios participantes, se demostró que los mismos no cumplen con algunos ítemes de las fases preanalítica, analítica y postanalítica del

diagnóstico coproparasitológico establecidos en la norma COVENINISO 15189:2004. Se concluye, que los resultados de este estudio demostraron la necesidad de aplicar control de calidad, en el diagnóstico de parasitosis intestinales, en virtud de que los laboratorios evaluados no participan en programas de evaluación.

27. ENFERMEDAD TUBERCULOSA MULTISISTÉMICA. CLÍNICA PUERTO ORDAZ. CIUDAD GUAYANA -VENEZUELA. Francisco Ramón Castro Ramírez¹, Kaenia Del Carmen Marcano Romero¹, Angel-Mora², Mary Teodora Velásquez Ordaz³, Janett Joséfina Galea de Matson³, Marta Carolina Granados Socha².

¹Hospital Uypar IVSS, Clínica Puerto Ordaz, ²Clínica Puerto Ordaz, ³Hospital Uypar IVSS Puerto Ordaz Estado Bolívar.

Objetivos: Resaltar la importancia de incluir la tuberculosis en el diagnóstico diferencial de las patologías que a diario manejamos en la práctica médica. Proponer la utilización del término enfermedad tuberculosa multisistémica. Destacar la necesidad de mejorar el diagnóstico bacteriológico de tuberculosis en la zona. **Materiales y métodos:** Evaluación clínica del paciente, estudios radiológicos, tomográficos, bacteriológicos, histopatológicos y de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa), tratamiento, evolución y revisión de la literatura. **Resultados:** Paciente de 51 años de edad, inmunocompetente, sometido a intervención quirúrgica por sospecha de tumor testicular, con ulterior cuadro convulsivo, infiltrado pulmonar y ascitis. Se describe presencia de granulomas tuberculosos en la biopsia. Confirmación por reacción en cadena de la polimerasa del bacilo tuberculoso. Se evidencia siembra cerebral, pulmonar y en epidídimo por estudios imaginológicos. **Conclusión:** La tuberculosis es una enfermedad reemergente que debemos considerar en el diagnóstico de la patología que manejamos a diario. Existe un subregistro por omisión del diagnóstico clínico y epidemiológico sumado a la carencia de una infraestructura para la ejecución de los procedimientos bacteriológicos y diagnósticos actuales necesarios para la pesquisa en forma rutinaria. Para el 2005 se presentaron 196 casos (subregistro) en el distrito Caroní, Estado Bolívar. El concepto de enfermedad tuberculosa multisistémica se define cuando ocurre simultáneamente compromiso de varios sistemas.

28. PARASITOSIS INTESTINALES EN COMUNIDADES RURALES DEL ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. José Antonio Rivas Chirinos, Ladimar Velásquez.

Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar", Maturín, Estado Monagas.

El objetivo de este estudio fue establecer la prevalencia de parasitosis intestinales en comunidades rurales del Estado Monagas, enero de 2005 a enero de 2006. Fueron evaluados mediante examen directo de heces, 8 577 individuos, de ambos sexos y todas las edades, seleccionados al azar. La prevalencia de parasitosis intestinal fue de 85,49 %. El patógeno más observado fue *A. lumbricoides*, con una prevalencia de 40,97 %. Otros patógenos: *G. lamblia* (39,99 %), *E. histolytica/E. dispar* (12,00 %), *H. nana* (7,99 %), *B. hominis* (3,00 %), *T. trichiura* (3,03 %), *E. vermicularis* (2,01 %), uncinarias (1,87 %) y *T. solium* (0,10 %). La más alta prevalencia se observó en las comunidades indígenas del Municipio Maturín (91,96 %), seguido por Piar (91,16 %), Uracoa (89,94 %), Acosta (79,95 %), Cedeño (79,98 %) y Aguasay (75,05 %). Esta alta prevalencia se ve justificada por el inadecuado saneamiento ambiental presente en cada una de las comunidades, reflejando una mayor frecuencia de exposición con heces humanas.

29. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL VIRUS HTLV I Y II EN DONANTES DEL BANCO DE SANGRE. HOSPITAL VÍCTORINO SANTAELLA. LOS TEQUES. 2005-2006. Evelyn Mago, Patricia González, Angélica Toro, Senay Yanes.

Hospital "Dr. Víctorino Santaella" Los Teques, Estado Miranda.

Introducción: El virus linfotrópico de células humanas (HTLV I y II) ha sido detectado como causa de infección en humanos en Latinoamérica y el Caribe, y se asocia a la paraparesia espástica tropical se desconoce su incidencia en el Distrito sanitario No. 1 del Estado Miranda. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de seropositividad para el virus HTLV tipos I y II en donantes del Banco de Sangre del Hospital "Dr. Víctorino Santaella" y evaluar los conocimientos del personal médico asistencial acerca de este tipo de infección. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo de los resultados de serología realizada mediante método ELISA de 3 457 donantes de sangre atendidos desde enero del 2005 hasta febrero de 2006, y se realizó una encuesta a 60 miembros personal sanitario asistencial para evaluar el nivel

de conocimientos acerca de la infección por este agente infeccioso. Los resultados se resumieron en tablas y gráficos, y se analizaron en base a criterios estadísticos descriptivos. Resultados: la seroprevalencia para HTLV I y II fue de 1,42 %. El 72 % correspondió al sexo masculino. El grupo etario más afectado fue el de 18 a 28 años (37 %). El 50 % de los encuestados desconocía la existencia de patología asociada a este virus en Venezuela. Menos del 30 % reflejaron algún conocimiento acerca de forma de transmisión, diagnóstico y medidas terapéuticas. 92 % de la población encuestada consideró prioritario establecer programas divulgativos acerca de este tipo de infección. Conclusiones y recomendaciones: La seroprevalencia del HTLV tipos I y II es de 1,42 % en la población estudiada. Existe importante desinformación con relación a la infección por este agente y a las patologías asociadas. Se recomienda la pesquisa serológica en todos los bancos de sangre, y la educación del personal médico asistencial con relación a esta infección.

30. EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA DE PACIENTES CON ESQUISTOSOMIASIS DE ÁREAS ENDÉMICAS VENEZOLANAS. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Raiza Joséfina Ruiz Guevara¹, Belkisyolé Alarcón de Noya¹, Sharon Kay Valero², Oscar Noya¹.

¹Instituto de Medicina Tropical Universidad Central de Venezuela, ²Hospital Universitario de Caracas.

La caracterización clínica y ecográfica de la esquistosomiasis es un aspecto muy debatido y pobremente evaluado en áreas de baja prevalencia e intensidad de la infección. El objetivo del trabajo fue caracterizar clínica y ecográficamente los pacientes venezolanos con esquistosomiasis. En este trabajo transversal, evaluamos 323 casos de esquistosomiasis en Vargas, Carabobo y Aragua entre 1999-2004. Consideramos datos clínicos sugestivos de fibrosis hepática la dureza del hígado, su superficie nodular, lóbulo izquierdo prominente y esplenomegalia. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo al cuadro clínico en fase asintomática, intestinal, hepato-intestinal y hepato-esplénica. Para la evaluación ecográfica se empleó el protocolo Niamey-Belo Horizonte. De los evaluados, 173 tenían edad pediátrica (≤ 18 años). El lóbulo izquierdo era prominente en 23 (13,3 %) niños y 9 (5,6 %) adultos. El hígado era duro solamente en 1 (0,6 %) adulto. Nadie presentó

hígado nodular. Se encontró esplenomegalia en igual proporción en ambos grupos (0,2 %). En cuanto a formas clínicas, diagnosticamos respectivamente en adultos y niños, 42 %-43 % asintomáticos, 53 %-56 % hepato-intestinales y 1,2 %-1,3 % hepato-esplénicos. Por ultrasonido abdominal encontramos fibrosis periportal en 25 (14,5 %) niños y 25 (16,7 %) adultos. En niños predominaron grados leves de fibrosis, en adultos, avanzadas. En áreas de baja transmisión el ultrasonido es más sensible para el diagnóstico de fibrosis periportal en comparación al examen físico. El lóbulo izquierdo prominente puede ser considerado como un marcador clínico temprano de fibrosis en nuestro medio. Los resultados sugieren que la fibrosis se inicia en la infancia y en este grupo deben concentrarse los esfuerzos para diagnóstico y tratamiento precoz. Proyecto FONACIT 2000001878.

31. ESQUISTOSOMIASIS EN NIÑOS DE ÁREAS ENDÉMICAS DE BAJA TRANSMISIÓN. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Belkisyolé Alarcón de Noya, Raiza Joséfina Ruiz-Guevara, Oscar Noya

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

Debido a la dificultad diagnóstica de esquistosomiasis, en Venezuela la búsqueda activa de casos se basa en la serología. Como objetivo nos planteamos evaluar pruebas parasitológicas y serológicas en niños venezolanos con esquistosomiasis. Entre 1997-2004 visitamos 7 comunidades venezolanas con esquistosomiasis (3 con transmisión) en Carabobo, Aragua y Vargas. Para la búsqueda de huevos de *Schistosoma mansoni* se realizó Kato-Katz. De una muestra de suero se evaluó ELISA modificada por el metaperiodato de sodio (ELISA-MPS), inmunoensayo de la fosfatasa alcalina (IEFA) y prueba de precipitación circumoal (PPCO). Se consideraron tres categorías de pacientes con esquistosomiasis basados en los resultados de laboratorio y con infección activa aquellos con Kato-Katz y/o PPCO positiva. En edad pediátrica (≤ 18 años) ELISA-MPS fue positiva en 300/1608 examinados (18,7 %), IEFA en 191/1415 (13,5 %), PPCO en 191/1326 (14,4 %) y Kato-Katz en 79/1325 (6,0 %). La positividad de todas las pruebas aumentó al aumentar la edad. La prevalencia general de casos de esquistosomiasis fue 17,2 % (449/2607) y en niños fue 7,7 % (200/2607). De estos, 79 eliminaban en promedio 116 huevos/gramo/heces de *S. mansoni*, todos ellos

procedentes de áreas con transmisión. En áreas emergentes y re-emergentes, la población de ≤ 18 años es la que elimina huevos de *S. mansoni* en heces. Los niños representan un grupo de especial interés en los programas de control a nivel de las escuelas y liceos de áreas endémicas del país. Proyecto FONACIT 2000001878

32. REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DENGUE QUE ACUDIERON A LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL "Dr. JOSÉ FRANCISCO TORREALBA DURANTE EL AÑO 2005. GUARICO - VENEZUELA. Valentina Herrera¹, Osmelys Arcia, Norvis Salcedo, Raul Romero, Yelitza Valladares, Carmen González.

¹Hospital "Dr. José Francisco Torrealba".

El dengue y sus variedades (fiebre dengue, dengue con manifestaciones hemorrágicas y dengue hemorrágico) constituye un grave problema de salud pública en regiones tropicales y subtropicales; y por el grado de morbimortalidad que provoca, se considera la más importante de las enfermedades arbovíricas que afectan al hombre, especialmente en la edad pediátrica, razón por la cual se realizó una revisión clínica que consistió en un estudio prospectivo, descriptivo y de campo, tipo serie de casos de 22 pacientes pediátricos con diagnóstico de dengue que acudieron a la emergencia pediátrica del Hospital "Dr. José Francisco Torrealba" durante el año 2005. De los casos revisados se demostró que las manifestaciones clínicas más frecuentes son: fiebre, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos, erupción, escalofríos, prueba del torniquete (+) y hemorragias. De acuerdo a los criterios clínicos y de laboratorio prevaleció la fiebre dengue. El grupo etario más afectado fueron los Escolares. La mayoría de los casos estudiados requirieron para su mejoría hospitalización y de acuerdo a los cambios hematológicos predominó la leucopenia y trombocitopenia. Por tal razón es importante el conocimiento del personal de salud acerca de esta enfermedad, con la finalidad de optimizar la atención y calidad de vida del paciente pediátrico con dengue.

33. ELEVADA PREVALENCIA DE HYMENOLEPIS NANA EN GUARDERÍAS INFANTILES DEL MUNICIPIO PIAR, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. José Antonio Rivas Chirinos¹, Desireé Santiago Abreu², Janette Carillo³.

¹Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar",
²Escuela de Ciencias de la Salud- Udo, ³Ar li La Toscana.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de *Hymenolepis nana* y otras enteroparasitosis en niños que asistían a cinco guarderías infantiles de La Toscana, Municipio Piar, Estado Monagas. De marzo a mayo de 2005, fueron evaluados mediante examen directo de heces 53 niños aparentemente sanos, entre 0 y 6 años. El 79,24 % de las muestras estaban parasitadas por algún agente patógeno o comensal, estando el 45,1% poliparasitadas. La prevalencia de *H. nana* fue 9,43 %. La infección no tuvo predilección por sexo ($P > 0,05$), siendo más frecuente en la edad preescolar. Otros patógenos observados: *G. lamblia* (35,84 %) *A. lumbricoides* (24,52 %), *B. hominis* (20,75 %), *T. trichiura* (7,54 %), *E. vermicularis* (3,77 %), uncinarias (2,82 %), *E. histolytica/E. dispar* (1,88 %). En conclusión existe una elevada prevalencia de himenolepiasis en hogares de cuidado diario del Municipio Piar, lo cual sugiere que estas instituciones reúnen las condiciones que facilitan la transmisión de este cestodo.

34. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TÉCNICAS DE INMUNOABSORCIÓN LIGADO A ENZIMAS E INMUNOBLOTTING EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA HUMORAL FRENTE A LEISHMANIA sp. INSTITUTO DE BIOMEDICINA, LABORATORIO DE ESTUDIO DE ANTÍGENOS. CARACAS. Alberto Enrique Paniz-Mondolfi, Alexandra María Pérez-Álvarez, Vestalia Rodríguez, Olga Zerpa, Marian Ulrich, Jacinto Convit.

Instituto de Biomedicina-Caracas.

El objetivo del presente trabajo fue comparar dos técnicas rutinarias de inmunodiagnóstico con el fin de determinar su utilidad en la evaluación de respuestas IgG antígeno-específicas para el desarrollo de nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas. Se estudió el reconocimiento de IgG total así como los isotipos IgG1 e IgG4 en pacientes con formas polares de Leishmaniasis tegumentaria americana: difusa (LCD) y forma localizada (LCL). En el caso de ELISA en donde se utilizó un antígeno en condiciones nativas (parásitos fijados con formaldehído) se pudo observar una diferencia altamente significativa entre ambos grupos de pacientes, siendo la reactividad a IgG1 dominante en la forma LCL y la IgG4 en la forma LCD, tal y como está reportado en la literatura. Sin embargo, al comparar estos resultados con el Western Blott (utilizando un homogenato del parásito) observamos un alto reconocimiento por parte del grupo de pacientes con LCD a la IgG1 y un pobre reconocimiento a proteínas menores de 50 kDa para esta IgG en el

grupo de pacientes LCL. Estos resultados sugieren el importante rol de otros determinantes antigénicos expresados en el interior del parásito como responsables del reconocimiento de la IgG1 en pacientes con LCD, así como el posible rol de determinantes antigénicos lineales en esta respuesta diferencial. Finalmente se resalta la importancia del inmunoblotting en el establecimiento de patrones específicos de reconocimiento de especies antigénicas que pudieran ser de utilidad para el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

35. PREVALENCIA MALÁRICA EN ÁREAS ENDÉMICAS DE VENEZUELA, 1980-2005.

Leopoldo Villegas¹, Nelly Hernández¹, María Eugenia Guevara², Víctor Pacheco³, María Girón³, César Fuenmayor³, Belem Salazar³.

¹Asocis. ²Hospital José Gregorio Hernández, Tumeremo, ³Dirección Nacional de Salud Ambiental, Maracay, Estado Aragua.

Objetivo: Evaluar la endemidad malárica a nivel nacional para la selección de áreas de alto riesgo basado en evidencias. **Materiales y métodos:** Área de estudio: Estados endémicos de todo el país. Tipo de estudio: estudio retrospectivo, descriptivo. **Procedimientos:** Revisión de datos nacionales de cortes transversales de evaluación de prevalencia malárica (publicados y no publicados) entre los años 1990 y 2005. Los criterios de inclusión para la selección de los estudios incluyeron: a) toma masiva de muestras a nivel comunitario, b) realizado entre los años 1990 y 2005, c) reporte de grupos etarios de interés (ej. 2-9 años, etc.) d) información disponible de especies parasitarias, e) estación cuando se realizó el estudio (lluviosa, seca, etc.) y f) diagnóstico de la malaria mediante gota gruesa y extendido y/o pruebas diagnósticas rápidas. La prevalencia fue calculada siguiendo la definición epidemiológica: número de eventos (casos de malaria) entre la población evaluada durante el corte transversal. Se identificaron las coordenadas (longitud y latitud) de los lugares en donde se realizaron los estudios para la presentación visual de la distribución geográfica. **Resultados y discusión:** Entre 1990 y 2005, 29 estudios de tipo corte transversal fueron identificados de los cuales 19 cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios fueron realizados en el Estado Amazonas (11/19, 57,8 %) y seguido del Estado Bolívar (8/19, 42,1 %). Un solo estudio se realizó a finales de la década de los 80s. Ocho estudios fueron realizados en los 90s y nueve estudios se llevaron

a cabo entre en el último quinquenio 2000-2005. La mayoría de los estudios (10/19, 52,6 %) fueron realizados por nuestro equipo de investigación. Casi todos los estudios, excepto uno, realizaron gota gruesa como método de diagnóstico. La prevalencia de la malaria presentó fluctuaciones entre ambos estados con valores mayores en los años 90s y una clara tendencia al descenso en los últimos 5 años. La zona del Alto Orinoco del estado Amazonas fue la responsable de las mayores prevalencias reportadas a nivel nacional siendo estas inclusive dos veces mayores a las reportadas en el Estado Bolívar.

36. MALARIA EN POBLACIÓN INDÍGENA DEL MUNICIPIO SIFONTES, ESTADO BOLÍVAR, 2004-2005.

María Eugenia Guevara¹, Nelly Hernández², Víctor Pacheco³, María Girón³, César Fuenmayor³, Belem Salazar³, Leopoldo Villegas².

¹Hospital José Gregorio Hernández, Tumeremo, ²Asocis, ³Dirección Nacional de Salud Ambiental, Maracay, Estado Aragua.

Objetivo: Describir el perfil de la malaria en la población indígena del Municipio Sifontes del Estado Bolívar entre 2004-2005. **Materiales y métodos:** Área de estudio: Municipio Sifontes, estado Bolívar. Tipo de estudio: Estudio prospectivo, descriptivo. **Procedimientos:** Utilización de cuestionario prediseñado para evaluación de malaria en grupos étnicos, en Tumeremo (centro centinela del Municipio Sifontes). Sólo pacientes indígenas que acudieron pasivamente al Centro de Investigación "Dr. Francesco Vitanza" para diagnóstico de la malaria fueron seleccionados. **Resultados y discusión:** Durante 2004 y 2005, a 2 396 indígenas se les realizó una gota gruesa y extendido para malaria contándose con la información de resultados en 2 197 de ellos (91,7 %). En general, el grupo Kariña representó la mayoría (79,7 %) seguidos de la etnia Pemón (19,8 %) y otros grupos indígenas no originarios de la región (0,5 %). Fueron diagnosticados 704 casos de malaria (42,5 % en 2004 y 57,5 % en 2005). Los Kariña, Pemón y otros sufrieron 569 (80,8 %), 131 (18,6 %) y 4 (0,5 %) casos de malaria respectivamente. El perfil de la malaria reflejo un 38,6 % de los indígenas con fiebre al momento del diagnóstico con una mediana (min-max) de duración de la fiebre de 3 días (1-30); la mediana de la edad de 12 años (1 mes hasta 89 años); el sexo masculino ligeramente mayor al femenino M (53 %): F (47 %); más de la mitad de los indígenas tenían antecedentes de malaria; los

Kariña fueron más afectados que los otros grupos (K80,8 % > P18,6 % > Otros 0,5 %); una mayoría de casos debidos a *Plasmodium vivax* (53,7 %), *P. falciparum* (43,5 %), *P. malariae* (1,3 %) e infecciones mixtas 1,4 % y un 3,74 % de las embarazadas con malaria. La población indígena del Municipio Sifontes presenta un alto riesgo a la malaria además de tener dificultades en el acceso a los servicios de salud y diagnóstico de la malaria. Este estudio reporta detalladamente la situación malárica en grupos indígenas vulnerables en el Estado Bolívar y plantea recomendaciones para el control.

37. CROMOBACTERIOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO, HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL "DOCTOR RAÚL LEONI OTERO" CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLÍVAR MARZO 2006. Lisbeth Goncalves de Freitas, Margarita Echeverría, Juan Meneses, Faysal Raouzana, Rafael Silva.

Hospital "Dr. Raúl Leoni", Estado Bolívar.

Se presenta el caso clínico de una paciente quien desarrollo una sepsis fulminante y cuyos resultados finales arrojaron la presencia de la bacteria *Chromobacterium violaceum* como responsable del mismo. Se realizó una investigación retrospectiva utilizando la historia clínica, extrayéndose la información del caso clínico, e información adicional a través de entrevista a los familiares. El primer caso humano fue descrito en Malasia por J.E. Lesslar en 1927 y menos de 150 casos han sido reportados a nivel mundial. Se trata de paciente femenino de 25 años de edad natural de Cumaná Edo. Sucre y procedente de San Félix Edo. Bolívar-Venezuela, la cual presentó fiebre, vesículas que evolucionaron progresivamente a úlceras hiporexia, malestar general y dolor abdominal. Paraclínicos leucocitos 31 900 cel/mm³, segmentados 90,1 %, Linfocitos 1,2 %, plaquetas 48 000 cel/mm³. Recibió vancomicina, amikacina, metronidazol, hidrocortisona, enoxaparina, cefotaxime, cefepime, linezolid, gentamicina y fluconazol. Tomografía de abdomen y pelvis: pleuroneumonía basal bilateral con sepsis abdominal y siembras infecciosas hepáticas con múltiples abscesos piógenos, psoitis bilaterales y líquido libre sin masas abdominales ni pélvicas. Hemocultivo: tanto en el primer como en el segundo frasco crecimiento puro de *Chromobacterium violaceum*. Por último es importante acotar que no se han reportado casos de sepsis por cromobacteriosis en Venezuela por lo que este se convierte en el primer caso en el país.

38. PARAGONIMIASIS PULMONAR. DESCRIPCION DE UN CASO. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. SECCIÓN DE HEMATOLOGIA. CARACAS-VENEZUELA. Salha Abdul-Hadi¹, Zoraida Diaz-Bello¹, Reinaldo Zavala-Jaspe¹, Marieli del Carmen Rangel Lujano², Erika Gómez¹, Ivonne Figueira¹, Belkisyolé Alarcón de Noya¹.

¹Instituto de Medicina Tropical, ²Hospital JM de Los Ríos, Caracas.

Objetivos: Describir el caso de un niño con paragonimiasis pulmonar. La paragonimiasis pulmonar es causada por un tremátode del género *Paragonimus*. Se produce en humanos como consecuencia de la ingesta de cangrejos crudos o poco cocidos; encurtidos en vino, vinagre o limón, y a causa de utensilios de cocina contaminados con metacercarias o formas infectivas del parásito. Cuando el parásito emigra desde el intestino hacia los pulmones, el helminto adulto se enquista y produce la enfermedad. Paciente y metodología: Paciente preescolar masculino de tres años de edad, procedente del Estado Guárico quien fue traído a consulta por presentar tos seca, fiebre y pérdida de peso; al examen hepatomegalia y nódulos subcutáneos migratorios. El hemograma evidenció leucocitosis con eosinofilia marcada. En RX de tórax se observó neumoatelectasia con un extenso derrame pleural derecho tabicado, derrame pleural izquierdo. Meses antes de la consulta el niño había ingerido cangrejos poco cocidos en Ecuador. El paciente fue tratado con praziquantel, 25 mg/kg TID por tres días, con desaparición de la sintomatología. Se realizó un estudio seriado con muestras de suero antes y después del tratamiento y se evaluaron la presencia de anticuerpos específicos anti-*Paragonimus* con ELISA y Western blot. Resultados: Los resultados serológicos mostraron títulos de 1/8192 antes y 1/512 después del tratamiento y reconocimiento de 8 moléculas del antígeno por western blot antes del tratamiento y 4 moléculas después de ser tratado, disminución de la eosinofilia. Conclusiones: A todo paciente con lesiones pulmonares, eosinofilia y antecedentes de ingesta de crustáceos o peces de agua dulce, crudos o poco cocidos, se debe descartar infección parasitaria por *Paragonimus spp.*

39. CARACTERIZACIÓN DE UN PRODUCTO BIOLÓGICO UTILIZADO EN INMUNOTERAPIA CONTRA LA LEISHMANIASIS. INSTITUTO DE BIOMEDICINA, LAB. DE ESTUDIO DE ANTÍGENOS. CARACAS-VENEZUELA. Alexandra María Pérez-Álvarez, Alberto Enrique Paniz-Mondolfi, María Argelia

Polegre, Ángela Ávila, Jacinto Convit.

Instituto de Biomedicina, Caracas.

La leishmaniasis cutánea americana es una enfermedad causada por parásitos pertenecientes al género *Leishmania*, la cual puede presentar diferentes manifestaciones clínicas dependientes tanto del estado inmunológico del paciente como de la especie infectante. Desde hace 18 años se ha utilizado en Venezuela con resultados favorables, la inmunoterapia con promastigotes de *Leishmania* sp muertos por autoclavado, y más recientemente, promastigotes muertos por pasteurización, ambas conjugadas al BCG, como una alternativa más económica y con menos efectos desfavorables en los pacientes, en comparación con la quimioterapia convencional. En este trabajo se analizaron algunas propiedades bioquímicas, inmunológicas y estructurales de las vacunas utilizadas como inmunoterapia contra la leishmaniasis, mediante la caracterización del proteoma de éstas por electroforesis en una y dos dimensiones, Western Blot y microscopía, comparados con los promastigotes intactos provenientes de cultivo. Se demostró la diferencia entre los mapas del proteoma de los parásitos intactos, los muertos por autoclavado y los muertos por pasteurización, principalmente en las proteínas de peso molecular superior a los 50 kDa, más representadas en la vacuna pasteurizada que en la autoclavada, la cual actualmente ya no es utilizada como inmunoterapia. Con el uso de estas técnicas, se observó una mayor integridad del antígeno en la vacuna pasteurizada en comparación con la autoclavada. A diferencia de la vacuna autoclavada, el proceso de pasteurizado ofrece la posibilidad de obtención de un antígeno más íntegro, lo cual ha repercutido favorablemente en el proceso de curación de los pacientes afectados por esta enfermedad.

40. DOCENCIA EN MEDICINA TROPICAL BASADA EN PUBLICACIONES PERIÓDICAS CON ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. FACULTAD DE MEDICINA. ESCUELAS LUIS RAZETTI Y JOSÉ MARÍA VARGAS. CARACAS-VENEZUELA. Pedro Alexis Navarro Rojas¹, Heberto Reyes, Gabriel Sifontes, Eliel Andrade, Carolina Laviosa, Astrid Báez, Liseth Rivero.

¹Cátedra de Medicina Tropical UCV, Caracas.

Propósito: Narrar, revisar, evaluar y analizar la experiencia de la Cátedra de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela, con los estudiantes del curso regular, durante los últimos

cinco años, para motivar la investigación clínica, docente y de actualización bibliográfica. Su organización y redacción en artículos médicos para publicación. Método: Mediante el trabajo en equipo: estudiante/profesor se planificaron, elaboraron, concluyeron y publicaron en revistas médicas venezolanas artículos médicos. La motivación se iniciaba con la exposición en una cartelera de los artículos de años anteriores, efectuados con estudiantes de Medicina Tropical. Se elaboraba una planificación al inicio del año académico y se distribuía el trabajo. Resultados: Participaron 17 estudiantes, tres profesores de la Facultad de Medicina y se publicaron 26 artículos médicos: Nueve de investigación clínica, once de actualización bibliográfica y seis de investigación docente. Discusión: La productividad obtenida con los 26 artículos, en cinco años, tiene su explicación en el trabajo en equipo de la interacción estudiante/profesor (binomio indivisible de la docencia). Los artículos publicados se utilizan como material bibliográfico en la enseñanza de Medicina Tropical de las Escuelas Luis Razetti y José María Vargas y en el Posgrado de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas. Tienen como finalidad motivar la investigación y aportar bibliografía para la docencia en medicina.

41. LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA: TRATAMIENTO CON ANTIMONIATO DE MEGLUMINA A LA DOSIS DE 3000 MG. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. FACULTAD DE MEDICINA. ESCUELA LUIS RAZETTI. CÁTEDRAS DE MEDICINA TROPICAL Y PARASITOLOGÍA. Pedro Navarro, Virginia Coraspe, Sylvia Silva, Olinda Delgado, Kedith Palacio Isabel Trebesth, Liseth Rivero.

Propósito: Evaluar los resultados del tratamiento de leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) con antimonio de meglumina (AM) a la dosis diaria de 3000 mg. Método: Estudio de vigilancia terapéutica de LTA, en la consulta de Endemias Rurales de Medicina Tropical. A los pacientes atendidos con diagnóstico presuntivo de la parasitosis (clínica y epidemiología) se les efectuó diagnóstico de certeza (leishmanina, anticuerpos fluorescentes antileishmania y visualización de amastigotes en frotis teñidos con Giemsa) se les trató con ciclos terapéuticos de antimonio de meglumina a la dosis de 3 000 mg. i m /día/10 días, un reposo de igual número de días y un segundo ciclo del antimonio. El tratamiento fue supervisado de manera ambulatoria. Resultados: Se estudiaron 192 pacientes (59 % sexo masculino, 82 % adultos, 69 % del estado Miranda,

62 % con úlceras en miembros inferiores, 98 % con leishmaniasis tegumentaria cutánea y 2 % mucosa. A los treinta días 92 % tenían cicatrizadas completamente las úlceras. A 12 pacientes se les repitió un tercer ciclo (diabéticos, inmunosuprimidos y con úlceras gigantes y sangrantes) Discusión: Las series terapéuticas de antimonio, a las dosis administradas de diez días, demuestran su eficacia en esta enfermedad y permiten el control clínico y bioanalítico de manera ambulatoria, durante el tratamiento y el reposo entre los ciclos. La parasitosis continúa como problema rural venezolano y amerita periódicamente la revisión de sus alternativas terapéuticas.

42. TRANSMISIÓN Y SEROPREVALENCIA DE FIEBRE DENGUE EN LA PEÑA. JUNIO - OCTUBRE. 2005. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA. LA PEÑA. ESTADO FALCÓN – VENEZUELA. Coralvia Yaroslagna Villanueva Pérez, Yulimar del Valle Bolívar, José Mancarlos Yépez Hurtado.

Hospital Militar, Universidad Nacional Exp Francisco de Miranda. Coro, Estado Falcón.

El dengue es un problema de salud pública de amplia distribución mundial que afecta a países del trópico entre ellos Venezuela, donde se ha agudizado en las últimas décadas, transformándose en hiperendémico. En el Estado Falcón la casuística ha aumentado significativamente en los últimos años. Por ello, se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar factores de riesgo para la transmisión de fiebre dengue y seroprevalencia para virus dengue en la población de La Peña entre los meses de junio y octubre del 2005. Este estudio es de tipo prospectivo, descriptivo, transversal no experimental, el cual se realizó en la población de La Peña del Estado Falcón durante el período de junio – octubre de 2005. En el cual, se indagó sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación al dengue para lo cual se aplicó un cuestionario. Así como, se realizó la vigilancia entomológica e instalación de larvitrapas en la población para determinar niveles de infestación por *Aedes aegypti* e inspeccionó las viviendas de la comunidad en busca de criaderos del *Aedes aegypti*. Se determinó índices de infestación: índice aélico a vivienda (IAV), índice aélico a recipiente (IAR) y de Breteau (IB). También se analizó el suero de 99 individuos mediante la técnica de Umelisa dengue plus para determinar seroprevalencia. Se obtuvo los resultados siguientes: el 14 % de la

población tenía información sobre los síntomas del dengue y sólo un 35 % sobre el agente causal. Se encontró un 21,87 % (21/99) de individuos seropositivos para IgM contra virus dengue, siendo asintomático el 76,16 % (16/21) de estos; el grupo etario más afectado fue el comprendido entre 0 – 10 y 11 - 20 años con un 19,04 % (4/21) respectivamente. Así como, se obtuvo que el 79,16 % poseía un índice de calidad de la vivienda moderado para infestación por *Aedes aegypti*. Durante la vigilancia entomológica a través de larvitrapas se halló un 100 % de positividad para larvas del vector. A su vez en 100 % de las viviendas el suministro de agua potable era interdiario lo que condicionaba el almacenamiento intra y extradomiciliario y la presencia de criaderos productivos. De los criaderos encontrados a nivel extradomiciliario el 68,39% corresponde a tanques y a nivel intradomiciliaria el 51,2 % corresponde a pipotes. Igualmente se obtuvo un IAV del 93,75 %, un IAR del 81,19 % e IB de 2. Concluyéndose que la comunidad La Peña posee tanto macro y microfactores para la transmisión del virus dengue así como un nivel de subregistro elevado por parte de los organismos de salud y queda demostrado que el vector *Aedes aegypti* no es exclusivo de las zonas densamente poblado de las ciudades.

43. PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS Y SUS COMPLICACIONES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. VENEZUELA. Pedro Navarro Rojas, Ana Graciela Angulo Menéndez, Mary Melanie Omaña Gutiérrez, Ana María Pulido Carbonell.

Hospital Universitario de Caracas, Caracas.

Las parasitosis intestinales, muy frecuentes en los países subdesarrollados, tienen baja mortalidad, pero ocasionan importantes problemas sanitarios. Caso 1 femenina de 9 años con enfermedad de 48 horas: vómitos, evacuaciones líquidas, dolor abdominal y expulsión de vermes por boca. Elevación de amilasas, Eco y TAC: dilatación de conducto de Wirsung y aumento del páncreas. CPRE: ascariasis masiva, extrayéndose áscaris. Tratamiento: piperazina y albendazol. Caso 2 Femenina de 16 meses, con expulsión de parásitos, disnea y distensión abdominal, hospitalizada, iniciándose tratamiento antiparasitario. Rx: sin alteración Eco: Dilatación de asas intestinales, imágenes alargadas en su interior. Caso 3: Femenina de 2 años, enfermedad de 12 días: fiebre de 39° C, dolor y distensión abdominal. Ruidos respiratorios disminuidos en

base derecha, borde hepático a 10 cm del reborde costal. Elevación de aminotrasferasas. Eco: imagen hiperecoica en el lóbulo hepático derecho. TAC abdominal imagen hiperdensa de aproximadamente 7 por 9 cm de diámetro, compatible con Absceso hepático. Drenaje percutáneo guiado por TAC, examen al fresco: trofozoítos de Entamoeba histolytica. ELISA para ameba positiva. Tratamiento: metronidazol. Ascariasis es la helmintiasis más común. La pancreatitis se produce por el paso del helminto al conducto pancreático, o por la obstrucción del conducto biliar común. La CPRE permite el diagnóstico y tratamiento. El absceso hepático amibiano es una de las presentaciones más graves de la amebiasis tisular. Presentándose con: fiebre, dolor abdominal y hepatalgia. Las pruebas de laboratorio no son de ayuda diagnóstica. Coprológico positivo sólo en el 10,40 %. Pruebas serológicas tienen buena sensibilidad y especificidad.

44. LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRÁGICA EN PACIENTE DIABÉTICO CON AFECTACIÓN OCULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO. CUMANÁ ESTADO SUCRE - VENEZUELA. Maribel Del Carmen Morillo Díaz¹, Rosibel Sucre², Yesenia Jimenez², Hermes Rivero².

¹Hospital Antonio Patricio de Alcalá² Cumaná Estado Sucre.

La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, causada por espiroquetas del género Leptospira. En países en vías de desarrollo produce brotes epidémicos, mientras que en países industrializados tiene un comportamiento endémico. La penicilina es el antibiótico de elección, aun en estados avanzados de la enfermedad. Caso: paciente masculino de 43 años de edad, diabético, quien consulta al Hospital de Cumaná por fiebre de 8 días, 39-40°C con escalofríos, ictericia, mialgias, cefalea. Al examen físico, TA: 100/80, FC: 122 x', FR: 18 min y temperatura axilar de 39°C, tinte icterico en piel y mucosas, hepatomegalia. El laboratorio al ingreso reportó: hemoglobina, 12g/dL; hematocrito, 33 %; creatinina: 2.3 mg/dL; PT: 148 seg; ALT: 194 U; AST 133 U; CK 133; campo oscuro positivo y serología en suero agudo positiva. leucocitos 19 900, neutrófilos 91 %; BT: 11 4mg/dL; BD: 6 9 mg/dL; BI: 4,2 mg/dL; plaquetas: 32 000. Se inició penicilina cristalina, presentando evolución tórpida por secreción purulenta en ojo izquierdo, edema bipalpebral, eritema, exoftalmo, progresando a congestión y quemosis conjuntival severa, midriasis, edema

corneal. Se inicio tratamiento con hialuronidasa intraocular, trazidix, vígamos. Presenta reacción alérgica a la penicilina caracterizada por erupción e hipotensión, por lo que se cambia por ceftriaxona, la cual recibe por 14 días; egresa con pérdida de la visión del ojo izquierdo. Discusión. La leptospirosis tiene manifestaciones clínicas muy variadas y como resultado es frecuentemente mal diagnosticada. Aproximadamente el 90 % de los pacientes presentan la forma anictérica de la enfermedad, y apenas 5,10 % desarrollan la forma severa, con ictericia, conocida como enfermedad de Weil (2). En nuestro estudio la afectación ocurrió a nivel ocular, en la revisión de la literatura, se describe afectación conjuntival y ojo rojo, esto ocurre entre el 4º y el 7º día, la leptospira puede invadir el humor acuoso donde puede persistir por meses (3,4). De las alteraciones oculares, la uveitis (2,10 %) puede desarrollarse temprana o tardíamente, la hemorragia subconjuntival es la complicación ocular más común de la leptospirosis, presentándose en el 92 % de los pacientes. Conclusión: Se presenta un caso de leptospirosis complicada con panuveitis en un paciente diabético sin alteración ocular previa.

45. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE TOXOCARIASIS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. Aracelys Valera¹, Reina Vielma², Yarelis Latouche², Pedro Simón Magdaleno³.

¹Hospital Universitario Dr. Angel Larralde, ²Hospital Universitario Dr. Angel Larralde, ³pmagdaleno@Gmail.Com

La prevalencia de toxocariasis en el humano se desconoce. Se presenta como larva migrans visceral (LMV), cursa con eosinofilia, fiebre y hepatomegalia y larva migrans ocular (LMO), causa neuroretinitis subaguda difusa y disminución de agudeza visual. Caso N° 1 Escolar femenina, 9 años, quien presenta ojo rojo, con pérdida de la visión y cefalea. Evaluado por oftalmólogo e infectología. Antecedentes. Cefalea frontal. Expulsión de áscaris examen físico cefalea frontal, dolor y enrojecimiento ocular, pupilas isocóricas, normorreactivas, disminución de la agudeza visual y protusión de globo ocular derecho. Hematología con leucocitos en 9 000 mm³, eosinofilia 19 %. Serología para toxocara positivo 1:256, y de control a los 4 meses 1:128, angiografía con fluorescencia de ojo derecho: uveítis posterior. Tratamiento albendazol 400 mg BID 5 días. Caso N° 2 Escolar femenina 7 años, presenta vómitos intermitentes, incontables. Posteriormente dolor ojo izquierdo,

aparición brusca, fuerte intensidad, mejoría parcial con administración de analgésicos. Referida a este hospital ingresando con diagnóstico: hipertensión endocraneana, LOE Para selar izquierdo. Exámenes complementarios: evaluación neurooftalmológica normal. EEG reporta disrritmia cerebral. RMN de cráneo evidencia imagen compatible con LOE extra axial a nivel temporal a la izquierda de la silla turca, plantea diagnóstico de lipoma o meningioma. Arteriografía cerebral: LOE sugestivo meningioma. Realizándose biopsia y exéresis parcial del tumor y coloraciones para hongos y micobacterias resultando negativas. Reporta proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante de causa no determinada evaluada por Infectología, indica practicar pruebas inmunoenzimáticas realizadas Instituto Medicina Tropical. Reportando para toxoplasmosis negativa. Prueba inmunoenzimática para toxocariasis positivo 1:256. Diagnóstico de Toxocariasis Cerebral Tratamiento: albendazol 400 mg BID 7 días, más metilprednisolona.

46. PREVALENCIA DE ANTICUERPOS IGG ANTI TOXOPLASMA GONDII EN ADULTOS SANOS DE UNA COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. José Antonio Rivas Chirinos¹, Desiré Santiago Abreu², José Luis Marchán³, Janette Carillo⁴.

¹Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, ²³Escuela de Ciencias de La Salud – Udo, ⁴ar II La Toscana, Maturín Estado Monagas.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de toxoplasmosis y su asociación con factores socio-sanitarios, en habitantes de una comunidad rural del Municipio Piar, Estado Monagas, enero – julio 2005. Se evaluó una muestra de 177 individuos, de ambos sexos, mayores de 18 años, aparentemente sanos. De cada participante se obtuvo una muestra de sangre para la determinación de anticuerpos IgG anti-*T. gondii* a través de la técnica de hemaglutinación indirecta. Se tomó como título diagnóstico diluciones >1:64. Se realizó una encuesta que incluyó variables personales, sociales y ambientales para determinar factores de riesgo de infección. La asociación se realizó mediante chi cuadrado. La seroprevalencia de toxoplasmosis fue de 33,33 %. La infección fue más frecuente en mujeres jóvenes. Los siguientes factores fueron considerados de riesgo de infección ($P < 0,05$): contacto con gatos, manipulación de tierra contaminada con heces de gato, malas condiciones sanitarias de las viviendas e inadecuada higiene personal.

47. COINFECCIÓN LEPTOSPIROSIS- VIRUS EPSTEIN BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ESTADO ARAGUA.

María Virginia Rojas Sánchez¹, Karla Silva¹, Claudia Rodríguez², Mario Becerra¹, Carolina Baptista².

¹Hospital Central de Maracay, ²IVSS Carabaño Tosta, Maracay Estado Aragua.

Introducción: La leptospirosis es causada por espiroquetas del género *Leptospira* caracterizada por una vasculitis generalizada. Comprende 2 especies: *L. interrogans*, patógena para los animales y el hombre, *L. biflexa*, que es de vida libre. El virus de Epstein Barr es un virus DNA perteneciente a la familia de los herpesvirus. Produce la mononucleosis infecciosa. Objetivo: Presentación de coinfección leptospirosis- Virus Epstein Barr. Método: Descripción de caso clínico y revisión de literatura. Resultados: Paciente femenina 50 años quien inició enfermedad actual 7 días previos a ingreso con fiebre no cuantificada y cefalea punzante intensa, persistiendo sintomatología hasta 2 días previos a ingreso cuando se asoció tinte icterico en piel y epigastralgia intensa; ingresando con diagnóstico de síndrome icterohemorrágico; al examen físico deshidratación moderada, ictericia en piel y mucosas, inyección conjuntival, sin adenopatías ni visceromegalias palpables. Entre los paraclínicos trombocitopenia, neutrofilia, elevación de azoados séricos e hiperbilirrubinemia a expensas de la directa. Se le solicita técnica de aglutinación microscópica (TAM) para leptospira, Reacción en cadena de polimerasa (PCR) para citomegalovirus y virus de Epstein Barr (VEB), gota gruesa, serología para dengue, hepatitis A, B y C. Paciente permanece hospitalizada recibiendo hidratación parenteral, antipiréticos, Penicilina cristalina, evolucionando satisfactoriamente; reportando TAM positivo para *Leptospira interrogans*, PCR para VEB positivo. Discusión: El estudio del síndrome icterohemorrágico en Venezuela debe incluirse como diagnósticos diferenciales paludismo, dengue, hepatitis viral; leptospirosis, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica venezolana, VEB y citomegalovirus. En este caso la paciente resultó positiva para leptospirosis y VEB. En la actualidad no existen datos publicados en la literatura de coinfección leptospirosis- VEB.

48. MALARIA INDUCIDA EN LACTANTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA, VENEZUELA. Romina Nicola¹, Ana

Parra¹, Odalis Suárez², Laudis Morillo¹, Olines Núñez¹,
Mónica Navarro¹, María Rosas².

¹Insalud, ²Insalud-UC, Valencia Estado Carabobo.

La malaria o paludismo es una enfermedad sistémica ampliamente difundida, causada por el *Plasmodium spp.* Existe un estimado de 300 a 800 millones de casos anuales, con 1 a 3 millones de muertes por año en países tropicales y subtropicales. Clásicamente la infección es adquirida posterior a la picada de un anopheles hembra infectado, sin embargo, también se ha descrito la transmisión inducida (Mandell 2003) posterior a transfusiones o agujas compartidas. A continuación se presentan dos casos de lactantes menores de tres meses, procedentes de una zona no endémica del país, en los cuales ocurrió dicho fenómeno. Se tratan de lactantes menores, de 2 meses de vida, femenino uno y masculino el otro, quienes consultaron por fiebre con escalofríos sin otra sintomatología ni hallazgos al examen físico, decidiéndose su ingreso. En paraclínicos se apreció anemia severa en ambos casos y trombocitopenia sólo en el segundo. Como antecedentes, ambos estuvieron hospitalizados juntos en la misma área de hospitalización durante el primer mes de vida. La hembra (primer caso) por sepsis neonatal temprana y recibió 2 concentrados globulares; el niño (segundo caso) por absceso mamario y no fue transfundido. En última hospitalización ambos fueron evaluados por hematología quienes evidencian en frotis de sangre periférica trofozoitos de *Plasmodium vivax*, siendo confirmado por gota gruesa y extendido por epidemiología. Banco de sangre localiza donante de sangre del primer caso, haciendo diagnóstico de malaria en el mismo e indicaron tratamiento. Ambos lactantes recibieron cloroquina con control ELISA negativo. Se concluye que el contagio del primer lactante fue transfusional y el del segundo probablemente por agujas contaminadas, al compartir la misma área de hospitalización. En ambos casos la signo-sintomatología apareció entre los 20 y 25 días posgreso de primera hospitalización.

49. LEISHMANIASIS ¿CUANDO HOSPITALIZAR? UCV. Caracas. Pedro Navarro, Jorge Riera, Ana Carvajal, Marisela Silva, María Fernández, Martina Figuera, Virginia Coraspe, Mayin Quintero.

Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela (Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto y Cátedra de Medicina Tropical). Propósito: Revisar las circunstancias

médicas que obligan la hospitalización de pacientes con leishmaniasis. La enfermedad sigue presentándose en nuestros hospitales, lo que hace necesario revisar los criterios de hospitalización. Método: Mediante un programa de vigilancia de leishmaniasis, se hospitalizaron nueve pacientes con criterios presuntivos (diagnóstico clínico y epidemiológico) y de certeza (leishmanina, anticuerpos fluorescentes antileishmaniasis y frotis por aposición teñido con Giemsa). Fueron hospitalizados por considerar que su resolución debería ser de ésta manera. Tratados con antimonio de meglunida a dosis de 3 000 y 4 500 mg intramuscular en series terapéuticas de diez días, un reposo por la misma duración y un segundo o tercer ciclo, según la respuesta clínica obtenida. Resultados: Se incluyeron nueve pacientes: 7 pacientes con leishmaniasis tegumentaria americana (5 cutánea y 2 mucocutánea) y 2 pacientes con kalazar, con edades entre 14 y 82 años (promedio 50,8 años), cinco procedentes del edo. Miranda. Siete masculinos y 2 femeninos. Cinco se hospitalizaron por ser mayores de 62 años, 2 por presentar kalazar y 2 por recaer con anfotericina B. Completaron su tratamiento y egresaron por mejoría. Discusión: La parasitosis continúa siendo un problema de salud en el medio rural venezolano y en ocasiones puede ser adquirida por viajes a áreas endémicas. La mayoría de las veces se resuelve con tratamiento ambulatorio supervisado cuando se indica antimonio de meglunida intramuscular. Los pacientes de edad avanzada requieren hospitalización por los efectos cardiovasculares de los antimonios. Pacientes con recaída de la enfermedad y con leishmaniasis visceral también son criterios de hospitalización.

50. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMPLICADA CON PIE DIABÉTICO. HOSPITAL GERVASIO VERA CUSTODIO. UPATA. ESTADO BOLÍVAR. VENEZUELA. Gualberto Rivero, Eloy Farfán, John Chuquitaípe.

Hospital Gervasio Vera Custodio, Estado Bolívar.

El pie diabético es un síndrome que engloba las alteraciones anatómicas y/o funcionales que ocurren en los pies de las personas con diabetes como consecuencia de su enfermedad metabólica. Cualquier herida en el diabético constituye una puerta de entrada a la infección y esto constituye un grave problema que pone en peligro la viabilidad de la extremidad. Objetivo: Determinar la prevalencia de microorganismos

detectados en cultivos de secreción de pie diabético de pacientes hospitalizados. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, analizando los datos epidemiológicos y microbiológicos recolectados en pacientes hospitalizados a quienes se les realizó cultivo de secreción de pie diabético. Servicio de Medicina Interna. Hospital Gervasio Vera Custodio. Upatá. Bolívar. Año 2005. Resultados: Se registraron 30 pacientes diabéticos tipo 2 complicados con pie diabético a los cuales se les practicó cultivo de secreción, predominando el sexo femenino (56,67 %), en edad comprendida entre 50-59 años (44 %). Los microorganismos *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella sp*, *Escherichia coli*, *Proteus sp*, *Candida sp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus sp* y *Acinetobacter*, fueron detectados en el 33,33 %, 20 %, 13,33 %, 10 %, 6,67 %, 6,67 %, 6,67 % y 3,33 % de los cultivos respectivamente. Conclusión: Este estudio ha permitido identificar los microorganismos más frecuentes en los cultivos de secreción de pie diabético para la posterior terapéutica antimicrobiana y así mejorar la calidad de vida del paciente.

51. CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DEL FENÓMENO DE COLONIZACIÓN CRÍTICA EN ÚLCERAS VENOSAS. UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y VASCULAR. CLÍNICA RAZETTI. BARQUISIMETO, ESTADO LARA. ENERO 2000 – MARZO 2006. Carlos Alejandro Santos Gyori¹, Laura María Mendoza Pérez¹, Leorán Enrique Santoya González².

¹Unidad de Cirugía General y Vascular - Clínica Razetti.

Con el objetivo de caracterizar el fenómeno microbiológico de colonización crítica en úlceras venosas de miembros inferiores en los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía General y Vascular de la Clínica Razetti de Barquisimeto, se realizó una investigación descriptiva de corte transversal. Se delimitó y analizó en su totalidad una población constituida por 387 pacientes que presentaron diagnóstico de úlcera venosa con sospecha clínica de colonización crítica, atendidos en el servicio durante el período enero 2000 - marzo 2006. El instrumento empleado registró los siguientes datos de cada paciente: identificación (codificada); presencia de diabetes mellitus; procedencia; número y nombre de los microorganismos aislados en su cultivo. Para el análisis de los datos se utilizó frecuencia y porcentaje, obteniéndose los siguientes resultados: El 87,08 % de la población presentó diagnóstico de colonización crítica confirmado

por cultivo. El microorganismo más frecuentemente aislado en los cultivos fue *Staphylococcus aureus* (en 37,69 % de los pacientes) y el menos frecuente fue *Aeromona hydrophila* (0,30 %); los pacientes diabéticos mostraron frecuencias de colonización superiores a las de los no diabéticos en 14 de las 21 especies microbiológicas comunes para ambos grupos. Los pacientes rurales mostraron frecuencias de colonización superiores a las de los urbanos en 17 de las 21 especies microbiológicas comunes entre ellos. La subcategoría afectada por mayor variedad de especies microbiológicas fue la de diabéticos/urbanos (90,91 % del total de especies) y los afectados por menor variedad fueron los NO diabéticos/rurales (45,45 %). El 32,64 % de los pacientes con cultivo positivo presentó colonización polimicrobiana de sus lesiones, observándose su máxima incidencia en los diabéticos/rurales (72,22 % de estos pacientes) y la mínima en la categoría de no diabéticos/urbanos (13,71 %). Se espera que la presente investigación constituya una orientación diagnóstica para médicos de cualquier nivel que deseen tratar ambulatoriamente las úlceras venosas de miembros inferiores complicadas con colonización crítica.

52. AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SUSCEPTIBILIDAD DE LAS BACTERIAS PROVENIENTES DE SECRECIONES OCULARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS EN EL PERÍODO 2000-2005. Javier Eloy Rodríguez Padilla¹, María Graciela Rivas Delgado.

¹Hospital de Niños J.M de Los Ríos.

Introducción: Las infecciones oculares que se atienden en la atención primaria son las que afectan a las estructuras externas del ojo como: conjuntivitis, queratitis o infecciones externas. Estas infecciones suelen producir inflamación y enrojecimiento del párpado, de la piel que rodea al ojo y del área localizada dentro de la cavidad ocular. La patogénesis de estas infecciones está determinada por: virulencia intrínseca del germen, respuesta natural del huésped así como la estructura anatómica, fisiológica y bioquímica del ojo. El contagio va a depender en gran parte de las condiciones de salubridad e higiene del paciente, así como del contacto con personas o animales portadores de gérmenes, en pacientes recién nacidos los gérmenes presentes en la vagina de la madre para el momento del parto son potenciales contaminantes. Objetivos: determinar los aislamientos y su sensibilidad

antimicrobiana en las muestras de secreción ocular en pacientes que fueron atendidos en el Hospital de Niños. Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo no experimental, en el cual se revisaron los registros de los cultivos de secreciones oculares del laboratorio de bacteriología en el período 2000-2005. Los cultivos, identificación y antibiogramas se realizaron siguiendo los métodos y protocolos tradicionales así como las recomendaciones del manual de la NCCLS. Resultados: Se realizaron un total de 327 cultivos de las cuales 82 muestras fueron tomadas en ambos ojos. Se obtuvo un total de 101 cultivos sin desarrollo bacteriano (30,8 %). De los cultivos positivos El germen prevalente fue *Staphylococcus coagulasa* negativa con 100(30,6 %), seguido de *Staphylococcus aureus* con 70 aislamientos (21,4 %) *Streptococcus pneumoniae* 47(14,3 %) y *Haemophilus influenzae* con 34(10,3 %). Hubo un total de 18 cultivos polimicrobianos y en 44 pacientes los cultivos fueron positivos en ambos ojos. En cuanto a la sensibilidad antimicrobiana *Staphylococcus aureus* mostró los siguientes porcentajes: oxacilina 85 %, tobramicina 82 %, cloranfenicol 100 %, gentamicina 85 %, ciprofloxacina 100 %. Para *Streptococcus pneumoniae* estos fueron los resultados de sensibilidad: Azitromicina 77 %, levofloxacina 100 %, cloranfenicol, 90 %, Trimetoprim sulfa 100 % y Penicilina 79 %. Por último *Haemophilus influenzae* presentó estos resultados: Azitromicina 100 %, levofloxacina 100 %, Cefuroxima 100 %, chloramphenicol 100 %, ampicilina 100 % y trimetoprim sulfa 85 %. Conclusiones: Los cultivos positivos representan el 69,2 %, sin embargo el elevado número de aislamientos de *Staphylococcus coagulasa* negativa pueden relacionarse con contaminantes de piel o flora habitual del área, por lo que podríamos afirmar que *Staphylococcus aureus* es el principal patógeno aislado en los cultivos de secreciones oculares. La sensibilidad a los antimicrobianos de las cepas aisladas tanto de *Staphylococcus aureus* como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* fue bastante buena con porcentajes por encima del 70 % y en muchos casos hasta 100 %

53. MICRORGANISMOS ANAEROBIOS PRESENTES EN PACIENTES CON PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA. Bárbara Julia Arroyo Salgado, Clara Ines Esmeral, Claudia Díaz, Ketty Mendoza, Jacobo Ramos.

Universidad de Cartagena, Colombia.

La periodontitis apical crónica polimicrobiana esta asociada con *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Prevotella loescheii*, *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides forsythus*, *Campylobacter rectus*, *Eikenella corrodens* y *Treponema sp.*, las cuales han sido implicadas con la periodontitis y son consideradas como indicadores de riesgo para la progresión de dicha enfermedad. El objetivo del presente trabajo es mostrar la relación entre los microorganismos anaerobios y la etiología de la periodontitis. Once muestras de pacientes de la consulta externa de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, con antecedentes clínicos de lesión periapical crónica, cuyo diagnóstico fue periodontitis apical crónica no supurativa, fueron sometidos a exodoncia. Las muestras dentales fueron trasladadas al laboratorio de microbiología para análisis microbiológico e identificación fenotípica de anaerobios. Cada diente extraído fue depositado en vial prefabricado de vidrio con tubuladura lateral que contenía BHI (Oxoid), con incubación en jarras anaeróbicas (Anaerobic System, BR 38; Oxoid Ltd., Hampshire, England) para su identificación. Este crecimiento bacteriano fue inoculado en Shaedler (Oxoid) por agotamiento e incubadas en anaerobiosis 24-48 horas a 37 °C. Las cepas aisladas recuperadas fueron identificadas utilizando BBL CRYSTAL. Las bacterias aisladas fueron *Streptococcus intermedius* (25 %), *Peptostreptococcus tetraedum* (20 %), *Peptostreptococcus prevotti* (10 %); *P. mágnum* (5 %), *Lactobacillus acidophilus* (10 %), *Fusobacterium nucleatum* (10 %), *Bacteroides ovatum* (5 %), *Eubacterium lentus* (5 %), *Streptococcus constellatus* (5 %) y *Actinomyces viscosus* (5 %). El aislamiento e identificación precisa de bacterias anaerobias en canales radiculares favorece el diagnóstico y eficacia del tratamiento de las infecciones periodontales, dada la diversidad de especies bacterianas anaerobias involucradas.

54. DETECCIÓN DE PAPILOMAVIRUS HUMANO POR PCR-RFLP EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CITOISTOLÓGICO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO EN CARTAGENA. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA. Barbara Julia Arroyo Salgado¹, Carlos Pérez², César Redondo¹, Gregorio Young¹, Lia Barrios¹.

¹Universidad de Cartagena, ²Universidad de San Buenaventura. Colombia.

Papillomavirus (VPH) es considerado la primera causa de cáncer cervical y neoplasia cervical

intraepitelial a nivel mundial, con 470 000 nuevos casos diagnosticados y 250 000 muertes por año (Parkin y col., 2001). En Colombia es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres (Molano y col., 2002). Para Cartagena aparece asociado a morbilidad por cáncer y como segunda causa de mortalidad después del cáncer mamario (Registro Poblacional de Cáncer, Cartagena. 2004). El presente estudio permitió detectar por PCR-RFLP (HPV fast 2.0) genotipos de VPH involucrados en 40 mujeres, entre 15 y 35 años, con diagnóstico citológico e histológico de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE B G), en la Unidad de Patología de la E.S.E. Clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena. La prevalencia del VPH fue de 48 % (19/40), discriminados según clasificación de riesgo oncogénico (Muñoz y col., 2003), 3 alto riesgo oncogénico (15,78 %), 1 probablemente alto riesgo (5,26 %), 5 bajo riesgo (26,31 %), 3 sin clasificar riesgo (15,78 %) y 1 indeterminado (5,26 %). Asimismo 6 genotipos fueron de patrón desconocido. El 21,04 % de las infectadas poseen en cervix VPH de alto riesgo oncogénico (16,33,82) y se observó ausencia de VPH tipo 18. Hubo multiinfecciones por dos o más tipos. Los resultados anteriores son acordes con la alta incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer cervical en nuestro país. VPH-fast 2 0 es una herramienta útil en el diagnóstico de VPH de alto riesgo en mujeres con citología y diagnóstico histopatológico de lie de bajo grado.

55. GÉRMENES AISLADOS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL “Dr. DOMINGO LUCIANI”. CARACAS. ENERO 2004 – JULIO 2006. Daniel Márquez Contreras, María Amparo Riani Ponce, Carlos Esteban Novoa Torres.

Hospital Domingo Luciani, Caracas.

Introducción: Asociadas a la condición de embarazo, son múltiples las adaptaciones fisiológicas que ocurren en el organismo femenino, cuya base hormonal y anatómica condicionan un mayor éstasis urinario, disminución del peristaltismo ureteral, compresión extrínseca por el útero grávido, menor capacidad de llenado vesical, entre otras. Estas modificaciones conllevan a un incremento en la posibilidad de desarrollar procesos infecciosos urinarios altos, complicación médica frecuentemente asociada al estado de gravidez. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, de corte longitudinal, exploratorio, mediante

revisión de las historias clínicas correspondientes a pacientes con diagnóstico de infección urinaria alta, que ingresaron a nuestro Servicio durante el lapso enero 2004 – julio 2006. Los resultados fueron expresados mediante distribución porcentual. Resultados: Se totalizaron 118 casos de pielonefritis aguda. El germen más frecuentemente aislado fue *E. coli* (48,3 %); seguido de *Enterobacter agglomerans* (12,71 %) y *S. aureus* (11,86 %). Consecutivamente fueron reportados *K. pneumoniae* (7,62 %), *Proteus mirabilis* (5,93 %), *Enterococcus sp.* y *Streptococcus viridans* (3,38 %), *Staphylococcus coagulasa* positivo y *Klebsiella oxytoca* (2,54 %); y *Enterobacter chloacae* (1,69 %). **Discusión:** Los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron similares a los reportados en la literatura, donde los microorganismos aerobios gram-negativos, generalmente provenientes de flora intestinal son los responsables de la colonización del tracto urinario, inicialmente bajo, y por continuidad, con afección renal. La *E. coli* representa el agente patógeno de mayor prevalencia en los urocultivos analizados, similar a los estudios de Gilstrop (1996), González (2002) y Harris (2003), siendo tanto su capacidad migratoria como los cambios fisiológicos propios del embarazo los principales elementos de predisposición a la infección urinaria alta. **Conclusión:** El urocultivo constituye la principal herramienta diagnóstica de pielonefritis aguda luego de la clínica, siendo imperativa su solicitud a la hora de garantizar la instauración de una antibióticoterapia adecuada, disminuyendo la tasa de recurrencia y por consecuencia, de resistencia bacteriana.

56. GÉRMENES AISLADOS EN ABSCESOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL “Dr. DOMINGO LUCIANI”. CARACAS. ENERO 2004 – JULIO 2006. Daniel Márquez Contreras¹, María Amparo Riani Ponce¹, Carlos Esteban Novoa Torres².

¹Hospital Domingo Luciani, Caracas².

Introducción: Las infecciones de la herida quirúrgica complican un 5 % – 7 % de las intervenciones ginecológicas y obstétricas en el post operatorio mediato, incidencia vinculada en forma directa con antecedentes de ruptura prematura de membranas ovulares, tactos vaginales repetidos, mayor tiempo quirúrgico, uso de terapia esteroidea, diabetes, obesidad y antisepsia inadecuada. Esta complicación conlleva al reingreso hospitalario y la clave en su manejo consiste en un diagnóstico precoz y un

tratamiento antimicrobiano inmediato, en lo posible sustentado en el reporte del cultivo de la secreción y el antibiograma. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, de corte longitudinal, exploratorio, mediante revisión de las historias clínicas correspondientes a pacientes en posoperatorio de cirugía ginecológica u obstétrica complicado con absceso de pared abdominal, que ingresaron a nuestro servicio durante el lapso enero 2004 – julio 2006. Los resultados fueron expresados mediante distribución porcentual. Resultados: Fueron registrados 87 casos de abscesos de herida operatoria, de los cuales se aisló *S. aureus* en un 35,63 %, seguido de *S. coagulasa* positivo (24,13 %) y *E. coli* (9,19 %). Por su parte, 5 casos (5,74 %) reportaron *Enterococcus sp.* Consecutivamente se identificó *Enterococcus agglomerans* y *Staphylococcus viridans* en un 4,59 % de los casos; mientras que el 3,44 % de los mismos fueron secundarios a colonización por *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*. *Morganella morganii* y *Klebsiella oxytoca* se encontraron en 2,29 % de las heridas, mientras que un solo caso (1,14 %) reportó *Pseudomona aeruginosa*. Discusión: Los gérmenes grampositivos de piel representan la estirpe bacteriana mayormente vinculada a las infecciones de heridas quirúrgicas, datos compatibles con los trabajos de Hakkiluoto y Ellis (2000). Asimismo, Schein (2002) y Rotondo (2003) reportaron que el segundo grupo en orden de frecuencia aislado en abscesos de pared abdominal está representado por los gramnegativos de flora intestinal. Estos resultados son compatibles con los arrojados por nuestro estudio, donde además consideramos que no debemos dejar de lado las infecciones por gérmenes nosocomiales como *P. aeruginosa*, no tanto por su incidencia sino por lo agresivo del proceso y la frecuente asociación a resistencia a los fármacos antibioterápicos. Conclusión: Resulta indispensable el conocimiento de las complicaciones posoperatorias en cualquier servicio de actividad quirúrgica, donde generalmente las infecciones juegan un papel preponderante. El aislamiento de los gérmenes mayormente involucrados, así como su sensibilidad y resistencia a los antibióticos de uso empírico permiten adaptar las decisiones terapéuticas en forma más racional, lo que garantiza no solo la resolución de la complicación, sino que a la vez se traduce en menos abuso de la antibioterapia de amplio espectro.

57. VIRUS DE HEPATITIS C EN DROGADICTOS, TRABAJADORAS SEXUALES, HEMODIALIZADOS Y PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE MARACAIBO. VENEZUELA.

Francisca Monsalve Castillo¹, Liliana Gómez Gamboa, Luciana Costa León¹, Mary Araujo¹, Leticia Porto¹, Ricardo Atencio, Diana Calles.

¹Universidad del Zulia, Laboratorio Regional de Referencia Viroológica.

Para determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en el área geográfica de la ciudad de Maracaibo, Venezuela se seleccionaron 4 poblaciones consideradas a riesgo de adquirir esta infección; drogadictos(100), trabajadoras sexuales (47), hemodializados (50) pacientes a ser sometidos a actos quirúrgicos (300). Para la detección de anticuerpos contra el VHC (anti-VHC) se utilizó la técnica de inmunoensayo enzimático (ELISA) de cuarta generación (INNOTEST HCV Ab IV), toda muestra reactiva se confirmó por el método de inmunoblot recombinante de tercera generación (INNOLIA HCV Ab III de INNOGENETICS N. V.), ambos de Innogenetics Lab. La detección del genoma del VHC (ARN) se realizó por la técnica en reacción de la polimerasa (PCR), HCV-fast de Pharma Gen. Los resultados obtenidos indican una prevalencia del VHC de 1,0 % en la población de drogadictos, ausencia de infección o contacto previo con el virus en la población de trabajadoras sexuales, pacientes en hemodiálisis y pacientes a ser sometidos a tratamientos quirúrgicos. El presente estudio infiere que la infección por el VHC no es un problema de salud en las poblaciones estudiadas de la ciudad de Maracaibo, Venezuela.

58. ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, MARACAIBO. VENEZUELA.

Francisca Monsalve Castillo, Lilian Gómez Gamboa, Luciana Costa León, Leticia Porto, Ricardo Atencio, Marina García, Diana Callejas, Mary Araujo.

Con el fin de determinar la incidencia del virus de la hepatitis C (VHC) en poblaciones de alto riesgo se seleccionaron 2 poblaciones; hemodializados (29) y pacientes a ser sometidos a actos quirúrgicos (210), del Hospital Universitario de y Hospital Noriega Trigo, Maracaibo, Venezuela. Para la detección de anticuerpos contra el VHC (anti-VHC) se utilizó la técnica de inmunoensayo enzimático (ELISA) de cuarta generación

(Innotest Hcv Ab Iv), en aquellas pruebas reactivas por ELISA se utilizó el método de inmunoblot recombinante de tercera generación (Innolia Hcv Ab III de Innogenetics N. V.), ambos de la casa comercial Innogenetics N.V. Los resultados obtenidos señalan ausencia de la infección por el VHC. La carencia de fuentes de infección y por ende la baja prevalencia de anticuerpos frente al virus en la población general, la toma de medidas de precauciones universales, entre otros, posiblemente hayan sido determinantes en los resultados arrojados en este estudio.

59. CARACTERIZACIÓN SEROLÓGICA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN LA COMUNIDAD YAPREIRA. SIERRA DE PERIJÁ. ESTADO ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA. Francisca Monsalve-Castillo, Anais Suárez, Luciana Costa-León, Ricardo Atencio, Leticia Porto², Mary Araujo², Marina García², Diana Callejas.

Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

Objetivo: Caracterizar seroepidemiológicamente los virus de la hepatitis B y C en la comunidad indígena japreira. Materiales y métodos: Por muestreo no probabilístico intencional fueron seleccionados 150 individuos, de un total de 300 pertenecientes a la comunidad indígena japreira. Para la detección de marcadores serológicos de la infección por el VHB y VHC, se empleo el ensayo inmunoenzimático (ELISA). Resultados: La presencia de anti-cHB y AgsHB fue encontrada en un 78 % y 79,49 % respectivamente. Se detectó una mayor prevalencia de infección crónica (61 %), con respecto a la infección aguda (1,3 %). Discusión: Los resultados encontrados en la comunidad muestran una elevada prevalencia (78 %) de la infección por el VHB, especialmente en la población más joven (10-39 años), pudiendo estar implicada la transmisión por contacto sexual en los jóvenes y adultos y la transmisión vertical en los niños. No se encontró infección por el VHC. Conclusión: La infección por VHB es un problema en la comunidad japreira semejante a otras comunidades indígenas de Venezuela. La elevada tasa de portadores en la comunidad representa un riesgo para la diseminación y mantenimiento de la infección en la misma. Las prácticas sexuales a temprana edad, la movilización fuera de la comunidad la carencia de servicios de salud y otros servicios básicos influyen en el mantenimiento de la infección en la comunidad.

60. BAJA PREVALENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN UNA POBLACIÓN DE RECLUSOS EN MARACAIBO, VENEZUELA. Francisca.Monsalve¹, Leonor Chacín-Bonilla², Ricardo Atencio³, Mary Araujo³, Leticia Porto³, Luciana Costa-León⁴, Diana Callejas³.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

Introducción: En instituciones penitenciarias de todo el mundo se han reportado altas prevalencias del virus de hepatitis C (VHC). Objetivos: Establecer la prevalencia del VHC y los factores de riesgo involucrados en una población de reclusos de la Cárcel Nacional de Sabaneta de Maracaibo, Estado Zulia. Pacientes y Métodos: Durante el año 2001 se estudió una población de 200 reclusos de una población total de 1 000 individuos. Las edades estaban comprendidas entre 18-69 años (media \pm DS: 31 62 9 93 años). Para la detección de anticuerpos contra el VHC (anti-VHC) se utilizó el método inmunoenzimático (ELISA) de IV generación. Para la confirmación de las muestras reactivas se utilizó el método INNOLIA, ambos de lab Géminis (Estado Miranda, Venezuela) La detección de ARN viral se evidenció por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Resultados: Los resultados obtenidos muestran un 6 % (12/200) de prevalencia total anti-VHC por ELISA, y 1,5 % (3/200) de prevalencia confirmada con el método INNOLIA. En dos de estas muestras se detectó el ARN viral. Conclusión: La prevalencia (1,5 %) de anticuerpos al VHC obtenida fue muy baja, lo que sugiere que los factores de riesgo evaluados para la transmisión del virus en esta prisión no juegan un papel importante.

61. PREVALENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN INDÍGENAS DEL OCCIDENTE DE VENEZUELA. MARACAIBO, VENEZUELA. Francisca Monsalve-Castillo, Leonor Chacín-Bonilla, Ricardo Atencio, Luciana Costa-León, Mary Araujo, Leticia Porto, Diana Callejas.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

Estudios anteriores no han encontrado infección por el virus de hepatitis C (VHC) en indígenas del occidente de Venezuela. Se estudiaron 254 indígenas de la etnia Bari y Yukpa entre 10-60 años (35 ± 5 4) pertenecientes a cuatro comunidades, a fin de determinar la presencia de anticuerpos contra el VHC (anti-CHC). Muestras de suero fueron analizadas inicialmente para anti-HCV por la técnica de inmunoenzayo enzimático (ELISA) de IV generación. Aquellas muestras reactivas fueron confirmadas por

métodos suplementarios de inmunoblot recombinante INNO-LIA de III generación. El RNA viral fue analizado mediante el método de Reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los resultados encontrados indican una prevalencia de 0,8 % (2/254) en el total de la población evaluada, correspondiendo un 2,1% (1/47) a la comunidad Yukpa y 2,2 % (1/45) a la comunidad Bari. Se considera que la transmisión iatrogénica pudo desempeñar un papel importante en la adquisición de la infección. Los resultados indican una baja endemicidad de la infección por el VHC, compatible con la baja exposición de estos individuos al virus. Posteriores estudios son necesarios a fin de determinar factores de riesgo que pudiesen estar operando en la transmisión del VHC en estas comunidades.

62. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEPATITIS VIRAL TIPO "A" EN EL ESTADO VARGAS - VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 2001-2005. Alex Rincones¹, Jennifer Vegas², Christopher Beja³, Beatriz Lamás⁴, Alejandro Rísquez⁵.

¹Ambulatorio Carlos Soubllette de Caraballeda, ²Ambulatorio Lic Aura Pinto de Guaracarumbo, ³Ambulatorio de Marapa, ⁴Ambulatorio Dr. J.L Ávila de Macuto, ⁵Vacuven.

La hepatitis viral Tipo "A" es considerada como un problema de salud pública a nivel nacional. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Servicio de Epidemiología del Ambulatorio de La Guaira – Edo. Vargas, donde se revisaron los registros estadísticos de hepatitis viral; obteniéndose una muestra de 1 767 casos correspondientes al período 2001-2005, con la finalidad de conocer el comportamiento epidemiológico de la hepatitis viral "A" durante el quinquenio. La distribución de la muestra fue: 728 casos de hepatitis "A" (tasa 45x104 hab), 274 casos de hepatitis "B" (17x104 hab), 34 casos de hepatitis "C" (2x104 hab) y 711 casos de hepatitis inespecífica (44x104 hab), haciéndonos pensar que estamos ante la presencia de casos de hepatitis "A" mal clasificados como inespecíficos, ya que ambas presentaron un comportamiento similar y una correlación de 0,61. Se evidenció que la hepatitis "A" no presentó preferencia por ningún sexo en particular, ya que el comportamiento de la enfermedad en ambos es muy similar, con una correlación de 0,93. Las edades más afectadas fueron las pediátricas (<14 años), siendo más frecuente en el grupo etario de 5-9 años (tasa quinquenal 148x104hab), seguido por el de 10-14 años (92x104hab), y el de 0-4 años

(51x104hab). La distribución de la enfermedad a nivel estatal se concentró en las zonas urbanas. Los brotes de la enfermedad no tuvieron relación con los períodos estacionales del año durante el quinquenio. La tasa quinquenal de hepatitis viral tipo "A" del Estado Vargas fue de 45x104 hab, por lo que es considerado como un estado hiperendémico a nivel nacional.

63. DIARREA BACTERIANA EN EDAD PEDIÁTRICA, HOSPITAL "MENCA DE LEONI" SAN FÉLIX, JUNIO-SEPTIEMBRE 2004. Meliza Joséfina Goitia Ruiz¹, Nyko Ruben Rodríguez Rodríguez², María Hernández³.

¹Hospital José Gregorio Hernández Tumeremo, ², ³Hospital Universitario Ruiz y Páez.

Objetivo: Identificar los microorganismos bacterianos causantes de enfermedad diarreica aguda (EDA) en pacientes pediátricos del Hospital "Menca de Leoni", San Félix-Estado Bolívar, junio-septiembre 2004. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal prospectivo. La muestra seleccionada es probabilística al azar, conformada por 50 pacientes. El universo en estudio está conformado por pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: menores de seis años, diarrea de menos de 3 días de evolución, no haber recibido antibioterapia o antiparasitario durante el curso del cuadro diarreico y no presentar otra enfermedad subyacente. Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el método descriptivo de frecuencia, absolutas y relativas. Resultados: El grupo etario más afectado fue el 0 a 11 meses con 21 (42 %) casos. El sexo masculino fue más afectado 30 (60 %) que el femenino 20 (40 %) por EDA. En el estudio en el 80 % de los casos no se aisló ningún agente bacteriano. Las bacterias aisladas en los pacientes pediátricos fueron: *Escherichia coli* enteropatógena 3 (30 %), *Salmonella* "O" polivalente 3 (30 %), *Shigella flexneri* 3 (30 %) y *Escherichia coli* enteroinvasiva 1 (10 %). Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encontraron la diarrea acuosa 36 (72 %) y diarrea sanguinolenta 14 (28 %). Conclusiones: Desde el punto de vista epidemiológico el presente estudio permitió identificar cuáles agentes causales prevalece en esta área, la distribución según edad y sexo así como las características particulares del cuadro clínico que producen.

64. COMPARACIÓN DEL ENSAYO DE SONDAS EN LÍNEAS (INNO-LIPA v2.0) Y DEL ANÁLISIS DEL POLIMORFISMO DE LOS FRAGMENTOS DE RESTRICCIÓN (PRA) PARA LA IDENTIFICACIÓN

DE MICOBACTERIAS. CARACAS-VENEZUELA.

Arantza Rosello Fornos¹, Luis Eduardo González González¹, Norma Tovar de Isea¹, Mercedes Flores¹, Omaira Da Mata², Jacobus De Waard².

¹Laboratorio Avilab, ²Laboratorio de Tuberculosis.

Los laboratorios de bacteriología deben unir esfuerzos con los departamentos de biología molecular con la finalidad de brindar resultados fiables y rápidos en el diagnóstico de las infecciones por micobacterias, basándose en el examen directo, aislamiento por cultivo, identificación fenotípica y una nueva batería de técnicas moleculares. El INNO-LIPA Micobacterias v2.0 amplifica la región espaciadora del ARNr 16S-32S del género *Mycobacterium* por PCR y mediante una hibridación reversa permite la identificación de especies, mientras el PRA se basa en la amplificación por PCR de un fragmento de 440 pb del gen que codifica para una proteína de choque térmico de 65kDa presente en todas las micobacterias y la posterior digestión del amplificado con dos enzimas de restricción BstEII y HaeIII. El patrón fragmentos de restricción separados por electroforesis en un gel de agarosa se compara con los algoritmos publicados, pudiéndose identificar la mayoría de las especies aisladas. Se procesaron un total de 16 muestras provenientes de cultivos de pacientes del Laboratorio de Tuberculosis, del Instituto de Biomedicina, UCV. Entre las especies de Micobacterias identificadas se encontraron *M. tuberculosis* (3), *M. fortuitum* (3), *M. abscessus* (2), *M. gordonae* (2), *M. chelonae* (2), *M. haemophilum* (1), *M. marinum* (1) y *M. kansasii* (1). Se obtuvo un 100 % de correlación entre las dos técnicas empleadas para la identificación de especies, así como entre el resultado obtenido por ambas técnicas y las características fenotípicas y de crecimiento de las colonias obtenidas en cultivo. La prueba comercial INNO-LIPA V2.0 permite la identificación a nivel de especies de aislados de micobacterias obtenidas de muestras clínicas con una elevada especificidad cuando se compara con técnicas de biología molecular más avanzadas como el PRA.

65. ENDOCARDITIS CAUSADA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO. CARACAS- VENEZUELA. María Eugenia Laucho Contreras, Silvia Molero, María Longhi, Marcel Marcano, María Maldonado.

Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Caracas.

Objetivo: Nosotros describimos un caso de endocarditis en válvula nativa, por *Staphylococcus lugdunensis*, un comensal de la flora perineal clasificado entre los *Stafilococos coagulasa* negativo y que es un patógeno que causa destrucción valvular. Se trata de paciente masculino de 66 años que presenta, dos semanas antes de su ingreso signos clínicos de insuficiencia cardíaca y fiebre recurrente, como antecedente presenta enfermedad renal crónica en hemodiálisis por catéter femoral. Para el momento del ingreso tiene ruidos respiratorios abolidos en 2/3 de hemitórax derecho, con soplo de insuficiencia aórtica y mitral y hemorragias en astilla en lechos ungueales. Hemoglobina: 7,5 g%, hematocrito: 24 %, cuenta blanca: 17 000 x mm³. Seg: 92 %, plaquetas: 242 000 x mm³. Rayos X de tórax muestra cardiomegalia y e imagen sugestiva de derrame pleural en dos tercios de hemitórax derecho. Se realiza toracocentesis que reporta líquido pleural compatible con trasudado y ecocardiograma transtorácico con imágenes de verrugas endocardíticas en válvula mitral y válvula aórtica con signos de insuficiencia de moderada a severa. Se realiza tres hemocultivos que reportan negativos. Se inicia tratamiento con vancomicina y gentamicina. Se repite hemocultivo siete días después y se reporta *Staphylococcus lugdunensis* susceptible a vancomicina, teicoplanina, linezolid, quinupristin/dalfopristín. Se realiza ecocardiograma transesofágico control 20 días posteriores y se evidencia aumento de vegetación en válvula mitral. Se realiza reemplazo valvular aórtico y mitral, presenta disfunción ventricular que desencadena insuficiencia cardíaca global sin respuesta a inotrópicos y fallece. Discusión: El *S. lugdunensis* es capaz de causar infecciones fulminantes en pacientes inmunocompetentes incluyendo septicemia, endocarditis, infecciones en tejidos blandos, tiene predilección por las válvulas nativas, su tasa de mortalidad asciende a más del 50 %. El fallo en identificar el *S. lugdunensis* como agente causal influye de manera directamente proporcional en retraso del tratamiento y en un incremento en la mortalidad y la morbilidad, esto ocurre ya que es considerado como contaminante de la muestra por ser un estafilococo coagulasa negativo. El tratamiento debe ser basado en el antibiograma, debe iniciarse con beta lactámico, más rimfampicina/gentamicina, pero la naturaleza agresiva de este patógeno hace necesaria la intervención quirúrgica en la mayoría de los casos.

66. SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN NIÑOS CON SINTOMATOLOGÍA GRIPAL. LABORATORIO DR. HERNÁNDEZ CISNEROS. ESTADO NUEVA ESPARTA. Gabriel Antonio González Amaiz¹, Karla María Velásquez Carrion, José Gregorio Betancort.

¹Laboratorio "Dr. Hernández Cisneros". Porlamar. Edo. Nva. Esparta

La presente investigación tuvo como objetivos, evaluar la seroprevalencia de infección por *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) en niños con sintomatología gripal en Porlamar, estado Nueva Esparta y determinar relación con las variables edad, sexo, condición socio-económica, tipo de vivienda, número de habitantes por vivienda, y número de convivientes con sintomatología gripal. Materiales y Métodos: La población en estudio estuvo conformada por 30 individuos con edades comprendidas entre 1 mes y 10 años de edad, sin distingo de sexo con sintomatología gripal y como grupo control participaron igual número de individuos aparentemente sanos. A los dos grupos en estudio se les tomaron muestras sanguíneas por punción venosa para la determinación cualitativa de IgM anti *M. pneumoniae* empleando un ensayo inmunoenzimático (EIA) inmunocard®, disponible comercialmente. Además a ambos grupos se les aplicó una encuesta epidemiológica mediante el método de Graffar modificado. Resultados: En el grupo de niños sintomáticos, se evidenció una seroprevalencia de IgM anti *M. pneumoniae* de 36,6 % y de 0 % en el grupo control. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad ($X^2 = 3,76$; $P > 0,05$), sexo ($X^2 = 0,00$; $P > 0,05$), condición socioeconómica ($X^2 = 0,57$; $P > 0,05$), tipo de vivienda ($X^2 = 0,84$; $P > 0,05$), número de habitantes por vivienda ($X^2 = 1,08$; $P > 0,05$), número de pacientes convivientes con sintomatología gripal ($X^2 = 1,08$; $P > 0,05$) y la seroprevalencia de IgM anti *M. pneumoniae*. Conclusiones: Existe una seroprevalencia de infección por *M. pneumoniae* en niños con sintomatología gripal de 36,6 %, no encontrándose asociación estadísticamente significativa con las variables epidemiológica sexo, edad, condición socioeconómica, tipo de vivienda, número de habitantes por vivienda, y número de pacientes convivientes con sintomatología gripal.

67. PIE DIABÉTICO. IVSS CÉSAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. PUERTO LA CRUZ - ANZOÁTEGUI. Karla Agelvis, Milena Arnaboldi, Andreína Ávila, Glenda Cedeño, Zulima El Halaba, Ana Natera.

El pie diabético es una alteración clínica de base etiopatogénica multifactorial, donde el factor básico es la hiperglicemia mantenida, los factores primarios: la neuropatía y microangiopatía, los desencadenantes: traumatismos y los agravantes: la infección. Por su alta incidencia de morbi-mortalidad se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 48 pacientes con diagnóstico de pie diabético, con el objeto de establecer por grupos etarios y generó la prevalencia de dicha patología, identificar los microorganismos aislados por cultivos y determinar la sensibilidad de los mismos para establecer la terapia antimicrobiana más efectiva. Evidenciándose un predominio del sexo masculino en un 69 %. La quinta y sexta década de la vida se establecieron como los grupos de edad de mayor prevalencia. De los pacientes estudiados sólo el 58 % contaba con cultivo, siendo los gérmenes aislados más frecuentes: *Candida albicans* y *Escherichia coli*, con terapias antimicrobianas adaptadas a la sensibilidad del germen en el antibiograma, utilizando fluconazol y ciprofloxacina en dosis ajustadas según los requerimientos de cada paciente. En el 42 % restante, sin cultivo, la antibióticoterapia empírica de elección fue ciprofloxacina+clindamicina; sustituyéndose por imipenem en aquellos pacientes que mostraron evolución tórpida. El 60 % del grupo estudiado requirió tratamiento quirúrgico (limpieza o desarticulación) en combinación con terapia antimicrobiana. Los resultados serán discutidos.

68. TRICHOMONAS VAGINALIS EN MUJERES DE LA CÁRCEL NACIONAL DE SABANETA. ESTADO ZULIA-VENEZUELA. Angela María Bracho Mora¹, Zulbey Rivero¹, Ricardo Atencio², Diana Callejas¹, Freddy Alaña³, Yenddy Carrero¹, Mary Araujo², Leticia Porto².

¹La Universidad Del Zulia, ²Laboratorio Regional de Referencia Virologica, ³Servicios Médicos Odontológicos.

La trichomoniasis vaginal es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por un parásito unicelular llamado *Trichomonas vaginalis* que afecta tanto a hombres como a mujeres. La trichomoniasis representa un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que 120 – 180 millones de personas se infectan anualmente en el mundo. El objetivo de este estudio fue dar a conocer la frecuencia de infección por este parásito en mujeres de la Cárcel Nacional de Sabaneta. El médico obtuvo una muestra de hisopado vaginal de cada mujer al cual posteriormente se le realizó un frotis para exa-

men al fresco con SSF al 0,85 % para evidenciar microscópicamente la presencia de trofozoítos de *T. vaginalis*. Del total de pacientes estudiadas (n = 36) el 100 % resultó negativo para la presencia de trofozoítos de *T. vaginalis*. El 100 % de negatividad en la población estudiada puede explicarse por múltiples factores involucrados; tales como la ausencia de visitas conyugales en las mujeres que se encuentran recluidas en esta cárcel la cual es la principal vía de transmisión y/o la sensibilidad del método empleado. El frotis directo simple del exudado vaginal y la observación al microscopio de la motilidad del protozoario es el método más empleado. La sensibilidad de esta técnica varía desde un 38 % a 82 %.

69. PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LOS AISLAMIENTOS DE COCOS GRAMPOSITIVOS, PROVENIENTES DE HEMOCULTIVO EN EL HOSPITAL MILITAR "Dr. CARLOS ARVELO". Yrene Del Valle Vásquez Hurtado, Norma Ruiz, Eduardo Ganoso, María Eugenia Guzmán, Jocays Caldera, Enza Spadola.

Hospital Militar, Caracas.

La resistencia bacteriana es un problema grave y creciente de salud pública en el mundo, que aumenta en forma alarmante tanto en hospitales como en la comunidad. Las bacterias eran sensibles a los agentes antimicrobianos durante décadas, ahora han desarrollado resistencia no sólo a las terapias clásicas sino también a los nuevos, y a una velocidad cada vez mayor. La presión selectiva ejercida por el uso indiscriminado de antimicrobianos es una fuerza que impulsa el desarrollo de la resistencia antibiótica. Para reducir este problema los esfuerzos deben concentrarse en el uso apropiado de antibióticos y en las medidas de control y prevención de infecciones. Objetivo: Estudiar el patrón de sensibilidad de los cocos grampositivos aislados en hemocultivos entre el período de enero 2005 a enero 2006 en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de registro de cultivos de los cocos grampositivos aislados en sangre y la sensibilidad a los antibióticos realizados en la sección de bacteriología. Resultados: Se aislaron 211 cocos grampositivos en hemocultivo, la distribución fue: *Estafilococo coagulasa* neg 140, *S.aureus* 41, *enterococcus spp* 12, *Streptococcus pneumoniae* 5. La identificación y la sensibilidad fueron evaluadas utilizando el método de difusión por disco (Kirby – Bauerd). El aislamiento de *S.*

coagulasa negativo en mayor número puede deberse a contaminación, a uso de catéteres o inmunosupresión, seguido por *S. aureus*. Se mantienen los patrones desensibilizados a los glicopéptidos en estos dos géneros no así con otros grupos de ATB. Conclusión: Este tipo de trabajo aporta una valiosa información para garantizar el empleo de los antibióticos sobre la base del conocimiento de los niveles de su resistencia, permitiendo seleccionar el agente antimicrobiano a utilizar en terapias empíricas, así como recomendar que un determinado antibiótico sea sometido a períodos de reposo cuando presenta bajos niveles de susceptibilidad.

70. USO DEL FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GRANULOCITO-MACRÓFAGO PRIMEROS 12 CASOS TRATADOS CON PIE DIABÉTICO HOSPITAL UYAPAR-PUERTO ORDAZ-VENEZUELA. Nilda Beatriz Avendaño Martínez¹, Marcos Llovera, Hugo Pino, Angel Solé, Francisco Castro.

¹Hospital Uyapar. Puerto Ordaz, Estado Bolívar.

Uso del factor estimulante de colonia granulocito-macrófago (GM-CSF Primeros doce pacientes tratados con pie diabético. Hospital Uyapar-Puerto Ordaz-Venezuela. Nilda Avendaño, Francisco Castro, Carlota Ferrer, Yanet Galea, Angel Solé, Marcos Llovera. Los desórdenes neurológicos y vasculares en pacientes con diabetes melitus aumentan el riesgo para desarrollar úlceras crónicas en extremidades inferiores. Este tipo de lesiones son la causa más común para la hospitalización. El factor estimulante de colonia granulocito-macrófago (GM-CSF) promueve la proliferación, la diferenciación y la activación de las células hematopoyéticas y las células no-hematopoyéticas. Existe evidencia experimental y clínica que indica un efecto potencial curativo de úlceras, estimulando la neovascularización, mejorando la inmunorrespuesta, queratinización y acelerando el proceso de reparación. Para evaluar el potencial del GM-CSF en el tratamiento de pie diabético, tratamos inicialmente 12 pacientes diabéticos tipo 2, a los cuales se les había propuesto amputación supra e infracondilia, con edad media de 60 años (37-80 años) y lesiones de gangrenas abscedadas extensas, áreas de exposición ósea, muscular, tendinosa. El GM-CSF fue diluido en solución salina y mantenido refrigerado en jeringa plástica hasta su utilización, las lesiones eran desbridadas y limpiadas con solución fisiológica, la dosis de infiltración fue de 1 a 10 µg/cm² diario, siendo aplicados en sitios equidistantes de la úlcera. La antibióticoterapia se basó en la epidemiología y resultado del

antibiograma. La respuesta clínica fue detectada después del tercer día de tratamiento. Una reducción del 15,20 % de la lesión fue observada después de los 10 días. Un 25 % de los pacientes recibieron injerto autólogo de piel con aceptación del 100 %. Un promedio de 61 días se necesitaron para la cura completa. No se realizó amputación supra e infracondilia. Esta terapia ofrece una nueva perspectiva en el manejo de pacientes diabéticos tipo 2 con pie diabético III-IV-V.

71. SEPSIS EN NEONATOS PRETÉRMINO. RIESGOS. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE MATERNIDAD. Egda Farias¹, Catherine Valverde², Pedro Navarro³, Eliel Andrade⁴.

¹Universidad Central de Venezuela, ²Hospital J M de Los Ríos, ³Hospital Clínico Universitario, ⁴Escuela de Medicina Dr J M Vargas UCV.

La sepsis es un síndrome inflamatorio tóxico sistémico con proliferación de microorganismos en sangre y respuesta mediada por síntesis con liberación de productos celulares que causan: hipotensión, *shock* y muerte en neonatos pretérmino. Esta investigación tuvo como objetivo estudiar riesgos, diagnóstico y tratamiento incriminados en la aparición de la sepsis en 60 neonatos y sus respectivas madres, entre marzo-mayo año 2005 en la Maternidad Concepción Palacios. Utilizamos sistema prospectivo, descriptivo, transversal. Se calculó media y desviación estándar en variables numéricas; porcentajes a las nominales, Chi cuadrado a asociaciones, intervalos de confianza se consideraron significativos si $P < 0,05$ y altamente significativo si $P < 0,01$. Los resultados mostraron edad gestacional inferior a 34 semanas 85,0 %; peso al nacer menor a 2 000 gramos 68,0 %; predominio del sexo masculino 65,0 %; disfunción cardiorrespiratoria 100,0 %, enterobacterias aisladas de hemocultivos 47,8 %; *Estafilococo coagulasa* negativo, *Pantoea agglomerans*, *Candida spp* y *Serratia spp* 17,4 %; *Streptococo agalactiae* 8,7 %. Infección urinaria materna 46,7 %, pre-eclampsia 25,0 %, embarazo mal controlado 70,0 %, ruptura prematura de membranas > 18 horas 35,0 %, corioamnionitis 23,3 %. Se utilizó ampicilina, gentamicina, vancomicina, carbapenems, cefalosporinas, anfotericina B, fluconazol y metronidazol como tratamiento. La morbilidad fue 41,66 % y mortalidad 58,33 % lo cual reafirma el carácter grave de la sepsis. La tasa de morbilidad concuerda con Naciones Unidas quienes estiman 300 000 nuevos casos de sepsis por año en países en vías de desarrollo.

72. MYCOPLASMA HOMINIS - UREAPLASMA UREALYTICUM Y SU ASOCIACIÓN CON INFERTILIDAD. CLÍNICA EL ÁVILA. LABORATORIO AVILAB. DEPARTAMENTO DE BACTERIOLOGÍA CARACAS-VENEZUELA. Yeisy León, Herimar Vierma, Marlene Lara, Ingrid Tovar.

Clínica El Ávila. Laboratorio Avilab. Departamento de Bacteriología.

Las enfermedades infecciosas del tracto reproductivo se han convertido en un serio problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a hombres y mujeres. En los últimos años se ha reconocido que *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y otros agentes pueden tener consecuencias a mediano y corto plazo provocando infertilidad, siendo estos los más frecuentemente identificados en el líquido amniótico y secreciones vaginales de mujeres con parto prematuro (PP) y ruptura prematura de membranas (RPM). El objetivo del presente trabajo fue determinar el porcentaje de aislamiento de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* del aparato genito-urinario de mujeres y hombres en edad fértil y evaluar su evolución en el tiempo. Materiales y métodos: Se procesaron 812 muestras de flujos vaginales, y líquidos seminales de pacientes provenientes de la consulta de los centros de fertilidad de la Clínica Ávila, mediante el kit IST 2 (cultivo selectivo suplementado con arginina y urea) en el periodo de 01/01/2005 a 31/12/2005 y se comparo con los tres años anteriores. Resultados: De las 812 muestras analizadas presentaron resultados positivos 139 (17 %), siendo *Ureaplasma urealyticum* el microorganismo más aislado (97 %) predominando el sexo femenino (77 %). Discusión: Al observar los resultados y comparándolos con los datos 2002-2004 del laboratorio de bacteriología de la Clínica Ávila podemos concluir que siguen aumentando los casos positivos de *Ureaplasma urealyticum*. Estas estadísticas son similares con las encontradas a nivel mundial. Debido a su incidencia es importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para evitar que infecciones por estos microorganismos puedan provocar infertilidad.

73. ANÁLISIS DE EXUDADOS NASALES, FARÍNGEOS Y COPROCULTIVOS EN PERSONAL DE DOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS -VENEZUELA. Ramón Andrade, Griselda Rodríguez, José Martínez, Tonya Mora, Miriam Bastidas.

Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos: A petición de Áreas Directivas del Comedor de (OBE-UCV) y del Hospital Universitario de Caracas (HUC), se determina a nivel de su personal (obreros), la flora bacteriana (FB), en tracto respiratorio superior (TRS) y vías digestivas (VD). Material y Métodos: Entre octubre 2004 - abril 2006, se investiga 406 obreros, 255 (HUC) y 151 (OBE-UCV). La población eran 307 mujeres y 99 hombres. La FB del TRS se investigó bajo exudado nasal (EN) y exudado faríngeo (EF) en el total de pacientes. La de VD bajo coprocultivo, se realizó en 198 pacientes: 116 del HUC. Resultados: En el personal obrero del HUC predominó a nivel de EN: *Staphylococcus aureus* en 59 aislamientos (27,4 %), seguidos de Enterobacterias 4 (1,5 %) y EF: *Streptococcus pyogenes* 17 (6,6 %), seguidos de Enterobacterias 6 (2,3 %). En los obreros de OBE-UCV a nivel de los EN predominó: *Staphylococcus aureus* en 25 (16,1 %), seguidos por Enterobacterias 5 (3,2 %) y en EF hubo predominio de *Staphylococcus aureus* en 19 (12,2 %), seguidos por *Streptococcus pyogenes* 5 (3,2 %) y Enterobacterias (1,9 %). El resto de los aislamientos de ambas áreas, constituía flora habitual. En los coprocultivos solo en un obrero de OBE-UCV se aisló *Campylobacter sp.* Conclusiones y recomendaciones: Se observa predominio de flora grampositiva, que en determinado momento puede desarrollar mecanismos de resistencia y problemas infecciosos, a nivel intra o extra-nosocomial. Se recuerda que estas actividades de investigación, deben ser pautadas y sus resultados conocidos por las comisiones de infecciones en nuestros centros dispensadores de salud públicos o privados.

74. INTERTRIGO Y CELULITIS RECURRENTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". CARACAS - VENEZUELA. María Omaña, Eduardo Ganoso, María Guzmán Yrene Vásquez, Norma Ruiz.

La infección de los espacios interdigitales del pie o síndrome de inmersión tropical del pie generalmente es causada por *Pseudomonas aeruginosa*. Los factores predisponentes consisten en temperatura y humedad elevadas, agotamiento físico, espacios interdigitales estrechos y presencia de Tiña pedis. Durante el período 1989-1990, se comunicaron en el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) trece brotes epidémicos que abarcaron un total de 400 casos que afectaron entre 2 y 300 perso-

nas. Caso clínico: Femenina de 55 años, intolerancia a los carbohidratos. En mayo de 2005, presentó eccema en espacios interdigitales, prurito, aumento de volumen con salida de secreción fétida, amarillo verdosa. Antecedentes similares desde hace dos años. Cultivo de secreción *Pseudomonas aeruginosa*, sensible a quinolonas. Recibió tratamiento con ciprofloxacina durante 10 días, lamisil (crema) y curas con compresas de suero Fisiológico. Evolucionó satisfactoriamente sin recidiva hasta la actualidad. Discusión: La *P. aeruginosa* ha sido identificada como el patógeno causal en caso de erupciones difusas, pruriginosas, eritematosas, maculopapulares y vesiculopustulosas en miembros inferiores. En ocasiones se presenta en epidemias asociadas con la inmersión en jacuzzis, bañeras con agua caliente, balnearios o piscina contaminadas, acompañada por tiña pedis y esto puede ser discapacitante para el paciente.

75. OSTEOMIELITIS DEL ESTERNÓN: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO", DESDE EL AÑO 1994 HASTA 2003. CARACAS-VENEZUELA. Arcady Roda¹, Norma Ruiz¹, Yrene Vásquez¹, María Guzmán¹, María Funes¹, Eduardo Gayoso¹, Oswaldo Zuluaga¹, W González², Omaira Moreno³.

¹Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo", Infectología, ²Cirugía Cardiovascular, ³Epidemiología.

La osteomielitis del esternón (OE) junto con la mediastinitis representan las complicaciones más serias de la cirugía cardíaca. La incidencia de OE está alrededor del 2 %. Objetivos: Determinar la incidencia e identificar los factores de riesgo relacionados con OE. Método: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que consistió en la revisión de 520 historias clínicas de pacientes que requirieron cirugía cardiovascular en el período de 1994 - 2003, donde se documentaron 9 casos de esternitis. Criterios de inclusión: pacientes que ameritaron esternotomía por cirugía cardíaca de diversas índoles, la presencia de secreción supurativa en herida quirúrgica con aislamiento microbiológico. Resultados: La incidencia fue 1,84 % de OE, el sexo masculino fue 88,89 %, edades entre 43 y 72 años. Los factores de riesgos endógenos más relevantes fueron: la hipertensión/dislipidemia (88,89 %), obesidad (66,67 %), diabetes mellitus (22,22 %), y los exógenos: profilaxis antimicrobiana inadecuada (100 %), tiempo de bomba extracorpórea >1h (88,89 %), tiempo quirúrgico >5 horas, permanencia en terapia

intensiva > 3 días (77,78 %). El aislamiento más frecuente: *Staphylococcus coagulasa* negativo (36,36 %) seguido de *Enterobacter cloacae* (27,27 %). La aparición de los signos clínicos fue > 7 días (66,67 %) y el resto < 7 días, predominando el absceso (88,89 %), dolor/ fiebre (77,78 %). El método diagnóstico por imagen más empleado fue la tomografía de tórax. El tratamiento médico-quirúrgico se realizó 77,783 % y el resto terapia antimicrobiana entre 6 - 8 semanas. Conclusión: La incidencia de OE fue del 1,843 %, los factores de riesgos más frecuentes HTA/dislipidemia, profilaxis inadecuada, tiempo de bomba extracorpórea, tiempo de cirugía y duración en terapia intensiva.

Microorganismos	fi (o)	%
<i>Staphylococcus epidermides</i>	4	36,36
<i>Enterobacter cloacae</i>	3	27,27
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	18,18
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	18,18

76. AISLAMIENTOS EN HEMOCULTIVOS DE PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO A JUNIO DE 2006. Cecil Fandiño¹, Miguel Morales, Federico Naranjo, Andreína Sánchez, Patricia Valenzuela, Mario Comegna, María Marín, Manuel Cortesía, Manuel Guzmán.

¹Hospital Vargas de Caracas.

La detección de bacteriemias y fungemias es una prioridad médica dado su importancia diagnóstica y pronóstica en los pacientes, determinándose una mortalidad atribuible a ello de aproximadamente 35 %. En este estudio retrospectivo se analizaron con la ayuda del software WHONET, los aislamientos en hemocultivos y procedencia en los pacientes ingresados en Hospital Vargas de Caracas (HVC) entre enero y junio de 2006. Se identificaron 50 hemocultivos positivos de 371 realizados en este lapso. Todos los hemocultivos fueron monomicrobianos. Del total de muestras; 25 provenían de medicina interna, 5 de cirugía, 3 de UTI, 1 de emergencia y 8 de pediatría; no obteniendo datos de localización en 8 de ellas. Los aislamientos fueron: *Staphylococcus coagulasa* negativo (n=13,25 %), *Staphylococcus aureus* (n = 12,23 %), *Klebsiella pneumoniae* (n = 6,12 %), *Enterobacter agglomerans* (n = 4,8 %), *Pseudomonas aeruginosa* (n=4,8 %), *Escherichia coli* (n = 3,6 %), *Streptococcus* del grupo D (n=2,4 %), *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter aerogenes*, *Salmonella sp.*, *Enterococcus sp.* y *Stenotrophomonas maltophilia* (con 1 aislamiento cada uno). El 56 % (n = 28) de los aislamientos fueron cocos grampositivos y el 44 % (n = 22)

bacilos gramnegativos. Los 4 microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Staphylococcus coagulasa* negativo, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter agglomerans*. No hubo aislamientos de *Candida*.

77. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA IN-VITRO DE LA TIGECICLINA EN COMPARACIÓN CON OTROS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN AISLAMIENTOS DE MUESTRAS CLÍNICAS. CENTRO MÉDICO DE CARACAS. Alfonso Guzmán¹, Altagracia Merentes², Adele Rizzi², Fatima De Abreu², Alberto Pieretti², Raul Istúriz², Manuel Guzmán².

¹Centro Medico de Caracas, ².

La tigeciclina, el primer antibiótico de una nueva familia de antibióticos (Glicilciclina) ha demostrado, en diversos estudios, muy buena actividad ante organismos grampositivos, gramnegativos y anaeróbicos incluyendo gérmenes resistentes como MRSA, enterobacterias productoras de β -lactamasas de espectro ampliado (ESBL), gérmenes con β -lactamasas cromosómicas (tipo Amp-c). Se comparó prospectivamente la actividad *in vitro* de la tigeciclina con otros antibióticos de amplio espectro en 317 aislamientos microbiológicos de muestras clínicas en el Centro Médico de Caracas entre junio y diciembre del año 2005. Para la identificación de los gérmenes se utilizaron métodos microbiológicos habituales, la resistencia se determinó mediante el método de Kirby Bauer utilizando los criterios del CLSI 2006 y para Tigeciclina los del FDA. Los principales microorganismos identificados (N) fueron: *Staphylococcus aureus* (46), *Escherichia coli* (40), *Klebsiella pneumoniae* (36), *Proteus mirabilis* (31), *Pseudomonas aeruginosa* (21), *Enterococcus faecalis* (19), *Enterobacter cloacae* (16), *Staphylococcus epidermidis* (14), *Serratia marcescens* (11), *Streptococcus pneumoniae* (10). Tigeciclina demostró excelente actividad ante gérmenes gram positivos como *S. aureus*, *Enterococcus faecalis*, *S. epidermidis*, *Neumococo* y otros estreptococos, con porcentajes de resistencia menores al 1 %. De igual forma la actividad ante enterobacterias y otros gérmenes gramnegativos fue muy buena. Encontramos sensibilidad disminuida al antibiótico en 2,5 % (1/40) de las *E.coli* estudiadas y en 16,7 % (6/36) de *Klebsiella pneumoniae*. Finalmente en las cepas estudiadas se demostró resistencia a la tigeciclina entre las especies *pseudomonas* y *proteus*. Conclusión: Tigeciclina

demonstró un espectro más amplio que ciprofloxacina, tetraciclinas, aminoglicósidos y algunos β lactámicos.

78. FRECUENCIA DE GÉRMEENES PRODUCTORES DE BLEE Y AMP C. CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. 2005. Yelitza Castillo¹, E Barela², G Santos², Joel González³, Ronald Castillo², Jorge Moreno⁴, Carlos Hartmann¹, L González², María Inés Marulanda¹.

¹Centro Médico Guerra Méndez, ², ³Hospital Angel Sarralde, ⁴Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas hidrolíticas derivadas de betalactamasas por una o más sustituciones de aminoácidos que confieren resistencia a los antibióticos oximino betalactámicos. Las infecciones nosocomiales causadas por miembros de la familia Enterobacteriaceae productoras de BLEE constituyen un grave problema de salud que se ha incrementado y diseminado rápidamente en todo el mundo, prolongando la duración de las hospitalizaciones y aumentando los costos. Objetivos: Determinar la incidencia de gérmenes productores de BLEE en pacientes hospitalizados, en el Centro Médico Guerra Méndez y Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en Hospitalización, UCI y ambulatorios. Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, que incluyó la revisión de 543 cultivos, realizados en el laboratorio de microbiología del Centro Médico Guerra Méndez, provenientes de varios centros, determinando la incidencia en la producción de BLEE y Amp C, enero-diciembre 2005, resultados: de un total de 543 cultivos revisados se encontró que el germen más frecuente fue la *E. coli* en 287 cultivos (53 %), 8 productoras de BLEE (33 %), 78 (14 %) *P. aeruginosa*, 3 productoras de BLEE, 65 *K. pneumoniae* (12 %), 8 productoras de BLEE (12 %), 53 *A. baumannii* (10 %), solo 1 productor de BLEE (2 %), 29 *Proteus* (5 %), 1 productor de BLEE (3,4 %). Se encontraron 21 cepas productoras de BLEE, de las cuales 14 provenían de pacientes hospitalizados en UCI y 7 de Hospitalización general. Se encontraron además 11 gérmenes productores de AMP C, todos provenientes de UCI, 9 (12 %) *P. aeruginosa* y 2 (7 %) *Proteus*. Conclusión: Similar a los estudios del Antimicrobial Resistance Surveillance Program (SENTRY), en este estudio se observó mayor incidencia de producción de BLEE en *K. pneumoniae* y en *E. coli* como reportan los datos para Latinoamérica

y la *P. aeruginosa* como mayor productora de Amp C.

79. ASOCIACIÓN ENTRE HELICOBACTER PYLORI Y ENTEROPARASITOSIS EN INDÍGENAS AÑU RESIDENTES EN LA LAGUNA DE SINAMAICA, ESTADO ZULIA. Alisbeth Fuenmayor¹, Ileana Hernández², América, Paz³, Kutchynskaya Valero¹, Iris Díaz⁴, Zulbey Rivero⁵.

¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis, Cátedra de Bacteriología Clínica, ²Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Biológicas, Lab de Investigaciones Gastrointestinales, ³Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis, Cátedra Práctica Profesional de Bacteriología, ⁴Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis, Cátedra de Parasitología, ⁵Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis, Cátedra Práctica Profesional de Parasitología.

Se ha propuesto que la coinfección por enteroparásitos en individuos infectados con *Helicobacter pylori* podría inmunomodular favorablemente la evolución de las lesiones gastroduodenales inducidas por este microorganismo, pero no está claro si existen interacciones epidemiológicas entre ambos tipos de infección, por lo que el presente trabajo fue realizado para detectar posibles asociaciones entre la prevalencia de *Helicobacter pylori* y de enteroparasitosis, en la comunidad indígena Añu de la Laguna de Sinamaica, cuyas características ambientales, socioeconómicas y culturales favorecen la aparición de enfermedades transmisibles. En 181 niños y 137 adultos, se determinaron: IgG sérica anti-*H. pylori*, infección activa (antígenos fecales), enteroparásitos (coproparasitológico directo y métodos de concentración), y la exposición a posibles factores de riesgo. Los resultados revelaron un 76,43 % de individuos seropositivos para *H. pylori* (89,8 % adultos; 66,3 % niños), detectándose infección activa en 93,9 % de ellos. Las enteroparasitosis se presentaron en el 89,73 % de la población, predominando la poliparasitosis y las protozoosis. Estas tres condiciones constituyeron factores de riesgo para *Helicobacter pylori* tanto en la población general como en los niños, además de las helmintiasis en estos últimos. La seropositividad para *H. pylori* fue mayor en individuos parasitados por *Entamoeba coli* o *Iodamoeba butschlii*, y en niños parasitados por *Ascaris lumbricoides*, mientras que disminuyó significativamente entre los parasitados por *Giardia lamblia*. No se detectaron factores de riesgo comunes para ambos tipos de infección. En

conclusión, los resultados sugieren que en la población Añu existe una asociación significativa, más evidente en niños, entre la prevalencia de ciertas enteroparasitosis y la infección por *H. pylori*. Factores epidemiológicos comunes, tales como la ruta de transmisión fecal-oral, podrían formar parte de los mecanismos que sustentan tales interacciones.

80. PREVALENCIA DE BACTERIAS ENTEROPATÓGENAS POTENCIALES EN GRUPOS FAMILIARES DE INDÍGENAS AÑU DE LA LAGUNA DE SINAMAICA, EN EL ESTADO ZULIA. Alisbeth Fuenmayor¹, Kutchynskaya Valero¹, América Paz², Ileana Hernández³, Lissette Sandrea², Nereida Galué⁴.

¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Esc. de Bioanálisis, Cátedra de Bacteriología Clínica, ²Universidad del Zulia, Fac. de Medicina, Esc. de Bioanálisis, Cátedra Práctica Profesional de Bacteriología, ³Universidad del Zulia, Fac. de Medicina, Instituto de Invest. Biológicas, Lab. de Invest. Gastrointestinales, ⁴Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis, Laboratorio Clínico.

Las enfermedades diarreicas de etiología bacteriana figuran entre las principales causas de morbimortalidad en comunidades indígenas, cuyas condiciones son propicias para la transmisión y permanencia de estos agentes. Esta investigación fue realizada para conocer la prevalencia de bacterias enteropatógenas potenciales en 369 individuos pertenecientes a 66 grupos familiares de la etnia Añu, residentes en la Laguna de Sinamaica, "pueblo de aguas" situado al norte del Estado Zulia. Se realizó un cultivo bacteriológico convencional de muestras fecales, para todos los géneros de bacterias enteropatógenas, exceptuando las categorías diarreagénicas de *Escherichia coli*. Se obtuvieron 78 cultivos positivos (21,1 %), 63 de los cuales (80,8 %) correspondieron a un solo agente, mientras que en los restantes se detectaron asociaciones entre dos o tres enteropatógenos potenciales (15,4 % y 3,8 %, respectivamente). Las 96 cepas bacterianas aisladas, pertenecientes a 6 de los 7 géneros de enteropatógenos investigados, presentaron la siguiente distribución: *Aeromonas sp*: 44 aislamientos (45,8 %), *Vibrio sp*: 27 (28,1 %), *Shigella sp*: 11 (11,5 %), *Campylobacter sp*: 9 (9,4 %), *Plesiomonas shigelloides*: 3 (3,1 %) y *Salmonella sp*: 2 (2,1 %), siendo la especie predominante, el *V. parahaemolyticus* (15/96; 15,6 %). No hubo diferencias significativas en relación al género, o entre niños y adultos considerados separadamente, aunque las mayores tasas de positividad

se detectaron en preescolares (33,3 %) y lactantes (29,2 %). La mayoría de los aislamientos ocurrió en heces de consistencia pastosa, blanda o diarreica, de individuos que negaron sintomatología digestiva. La distribución de los aislamientos y de las especies bacterianas tendió a concentrarse en grupos familiares particulares. La frecuencia de detección de algunas especies pareció fluctuar dentro del período de muestreo, en probable relación con variaciones en la salinidad del agua de la Laguna. En conclusión, la población Añu de la Laguna de Sinamaica exhibe una elevada prevalencia de bacterias enteropatógenas potenciales, a pesar de que la mayoría de los hospederos se consideran asintomáticos. La influencia del medio ambiente parece ser crucial, dado el predominio de especies propias de la microbiota de las aguas, con fluctuaciones probablemente dependientes de cambios en la salinidad de la Laguna.

81. STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA DE LA COMUNIDAD Y NOSOCOMIAL. ENERO - DICIEMBRE 2005. Yelitza Castillo¹, G Santos², E Barela², Ineska Freire², Carlos Hartmann³, Jorge Moreno⁴, L González², María Inés Marulanda³.

¹Centro Médico Guerra Méndez, ², ³Centro Médico Guerra Méndez, ⁴Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Objetivo: Determinar la incidencia de SAMR, tanto en la forma nosocomial como de la comunidad en cultivos realizados en lesiones de piel y celular subcutáneo en el CMGM, enero-diciembre 2005. Metodología: Revisión retrospectiva, descriptiva de 46 muestras de cultivos que presentaron infecciones en heridas y lesiones con cultivos positivos a SAMR procesadas en el laboratorio César Sánchez Font del CMGM Enero-Diciembre 2005. Resultados: Se analizaron 46 muestras de cultivos positivos para SAMR durante ese período: promedio de edad: 49 años, sexo: masculino: (29) 63 %, sitio origen: pie diabético: (18) 39 %, piel y celular subcutáneo: (18) 39 %, herida posoperatoria: (6)13 %, úlcera varicosa (3) 7 %, escara sacra: (1) 2 %; tipo de paciente: hospital privado: (15) 33 %, hospital público: (10) 22 %, ambulatorio: (21) 46 %. Conclusiones: Desde el punto de vista microbiológico, las infecciones son producidas sobre todo en pacientes de la comunidad (46 %), con mayor frecuencia en el sexo masculino, y el sitio de infección es más frecuente en lesiones de piel y celular subcutáneo y en pie diabético.

81. STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA DE LA COMUNIDAD Y NOSOCOMIAL. ENERO - DICIEMBRE 2005. Yelitza Castillo¹, G Santos², E Barela², Ineska Freire², Carlos Hartmann³, Jorge Moreno⁴, L González², María Inés Marulanda³.

¹Centro Médico Guerra Méndez, ²Centro Médico Guerra Méndez, ⁴Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Objetivo: Determinar la incidencia de SAMR, tanto en la forma nosocomial como de la comunidad en cultivos realizados en lesiones de piel y celular subcutáneo en el CMGM, enero-diciembre 2005. Metodología: Revisión retrospectiva, descriptiva de 46 muestras de cultivos que presentaron infecciones en heridas y lesiones con cultivos positivos a SAMR procesadas en el laboratorio César Sánchez Font del CMGM Enero-Diciembre 2005. Resultados: Se analizaron 46 muestras de cultivos positivos para SAMR durante ese período: promedio de edad: 49 años, sexo: masculino: (29) 63 %, sitio origen: pie diabético: (18) 39 %, piel y celular subcutáneo: (18) 39 %, herida posoperatoria: (6) 13 %, úlcera varicosa (3) 7 %, escara sacra: (1) 2 %; tipo de paciente: hospital privado: (15) 33 %, hospital público: (10) 22 %, ambulatorio: (21) 46 %. Conclusiones: Desde el punto de vista microbiológico, las infecciones son producidas sobre todo en pacientes de la comunidad (46 %), con mayor frecuencia en el sexo masculino, y el sitio de infección es más frecuente en lesiones de piel y celular subcutáneo y en pie diabético.

82. RESPUESTA PARADÓJICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS. HOSPITAL MILITAR DR. CARLOS ARVELO. María Omaña, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso.

Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Infectología.

La capacidad de los agentes terapéuticos de estimular la respuesta inmune durante el tratamiento de los procesos infecciosos ha sido descrita principalmente en infecciones por micobacterias y organismos intracelulares. Las micobacterias atípicas actualmente han emergido asociadas a procedimientos estéticos o en pacientes inmunocomprometidos. Observar la respuesta inmunológica con poliserositis y eritema nodoso durante el tratamiento de *Mycobacterium abscessus* no es frecuente en inmunocompetentes. Caso clínico: Femenina 32 años, HIV (-), mamoplastia reductora (2000). Febrero 2005, se realizó adenomastectomía más colocación de prótesis (400 cm³). En agosto 2005, cambio de prótesis (300 cm³) por insatisfacción. Quince días

después presenta aumento de volumen en mamas, dolor, secreción purulenta y eritema. Recibió oxacilina sin mejoría. Se realizó limpieza quirúrgica: extracción de las prótesis y lipoescultura. Indicaron cefadroxilo sin respuesta. Posteriormente presenta nódulos subcutáneos en abdomen, glúteos y espalda, salida de secreción purulenta, fiebre, escalofríos, leucocitosis, elevación de los reactantes de fase aguda. Ingresó 21/10/05 con IDx infección piel y partes blandas por probable *Mycobacteria atípica*. ZN (+) cultivo: *Mycobacterium abscessus*. Se indicó claritomicina, ciprofloxacina y amikacina. Fueron drenadas las colecciones. Durante el tto. Presentó poliartralgia, nódulos subcutáneos parecidos a eritema nodoso, dolor torácico. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. Se asoció esteroides. Evoluciona satisfactoriamente con tratamiento ambulatorio. Discusión: La incidencia de *Mycobacterium abscessus* se incrementó, se reporta prevalencia en el 0,5 % del grupo de gérmenes atípicos, generalmente causada por inoculación con material contaminado. En el caso descrito se realizó una siembra extensa durante la liposucción y la respuesta paradójica observada con el tratamiento puede deberse al inóculo bacteriano importante.

83. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXPANDIDO (BLEE) ENTRE ENERO 2001 - JUNIO 2006 EN EL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS-VE-NEZUELA. Carolina Macero¹, Ana M Cáceres², Xiomara Moreno¹, María E Guzmán², Rafael N Guevara².

¹Departamento de Bacteriología, ²Unidad de Infectología.

La producción de β -lactamasas ha sido siempre el principal mecanismo de resistencia a los antibióticos β -lactámicos entre los patógenos gramnegativos. La industria farmacéutica ha desarrollado nuevos agentes β -lactámicos consiguiendo superar este problema solo parcialmente. Las investigaciones en relación a la vigilancia de los patrones de susceptibilidad han demostrado un incremento en la incidencia de gramnegativos productores de β -lactamasas de espectro expandido (BLEE). Objetivo: Determinar la frecuencia de cepas de Enterobacterias productoras de BLEE aisladas en muestras de pacientes hospitalizados del Instituto Médico La Floresta (IMLF), entre enero 2001 hasta junio 2006. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo considerando las cepas de Enterobacterias aisladas de muestras de pacientes provenientes de hospitalización, emergencia y UTI de la Institución. La identificación y pruebas de susceptibilidad fue realizada con el

equipo Automatizado AutoScan 4- MicroScan de Dade Behring, utilizando paneles para Gram Negativos los cuales incluyen detección de posible BLEE. Resultados: Se estudiaron un total de 2696 cepas entre enero 2001-junio 2006. De 228 cepas de *E. coli* aisladas detectamos 3 % BLEE en 2001 y 13 % de BLEE durante el primer semestre del 2006, observándose un aumento significativo en el tiempo tal como lo refiere la literatura internacional. Igualmente, para *K. pneumoniae* de 41 cepas aisladas 2001, el 10 % resultaron BLEE y de 38 cepas durante el primer semestre del 2006, 11 % BLEE. También, observamos con preocupación el hallazgo de estas enzimas en otras Enterobacterias a partir del 2003 como *P. mirabilis*, *E. agglomerans* y en el 2004 de *E. cloacae*, *E. aerogenes*, *C. freundii* y *Salmonella sp.*

Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que afectan tejidos queratinizados como capa córnea de piel y mucosas, así como de los anexos cutáneos (pelos y uñas). Las micosis superficiales más frecuentes en las zonas tropicales son: pitiriasis versicolor, dermatofitosis y candidosis. Los objetivos de la investigación fueron: determinar los diferentes tipos de micosis superficiales presentes en el centro poblado Adícora e identificar los principales agentes etiológicos. El estudio fue descriptivo, prospectivo, diagnóstico, transversal; siendo la población estudiada todos los habitantes de ambos sexos y todas las edades del centro poblado Adícora, y la muestra aquellos que resultaron con lesiones compatibles de micosis superficiales. Se estudió un total de 1 592 (100 %) habitantes,

Distribución de enterobacterias BLEE entre enero 2001-junio 2006 en el IMLF

CEPAS	2001 BLEE (+)	2002 BLEE(+)	2003 BLEE(+)	2004 BLEE(+)	2005 BLEE(+)	1ER SEM 2006
<i>E. coli</i>	3 %(228)	10 %(331)	5 %(534)	13 %(358)	16 %(405)	13%(163)
<i>K. pneumoniae</i>	10 %(41)	16 %(62)	18 %(101)	18 %(71)	12 %(70)	11%(38)
<i>E. cloacae</i>	0	0	0	25 %(34)	18 %(33)	33%(12)
<i>P. mirabilis</i>	0	0	3 %(68)	10 %(42)	10 %(50)	0
<i>Salmonella sp.</i>	0	0	0	0	4 %(24)	0
<i>C. freundii</i>	0	0	0	0	0	1 cepa de 2
<i>E. agglomerans</i>	0	0	33 %(6)	0	0	1 cepa de 2
<i>E. aerogenes</i>	0	0	0	20 %(5)	0	0
<i>K. oxytoca</i>	0	0	14 %(4)	25 %(12)	0	0

Conclusiones y recomendaciones: Se observa un incremento en la producción de estas enzimas con el tiempo. Se recomienda control y vigilancia de la presencia de BLEE en nuestras instituciones a fin de optimizar la terapéutica antimicrobiana en los pacientes, restringiendo el uso innecesario de antibióticos, principalmente cefalosporinas de tercera generación que parecen favorecer su aparición.

84. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES EN EL CENTRO POBLADO ADÍCORA, ESTADO FALCÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL "FRANCISCO DE MIRANDA", CORO-VENEZUELA. Joycecarol Tapia, Angel Chirinos, Juan Chassaingne, Leyla García Humbría, Maigualida Pérez Blanco.

Universidad Francisco de Miranda.

con edades entre 0-84 años de los cuales 143 (8,98 %) presentaron lesiones compatibles, correspondiendo 89 (62,23 %) al sexo femenino y 54 (37,76 %) al sexo masculino. Se observó que de los 1 592 habitantes, resultaron 67 (4,20 %) positivos para micosis superficiales. En cuanto al diagnóstico de las micosis superficiales de los 67 casos que resultaron positivos al estudio micológico, 14 correspondieron a dermatofitosis (20,89 %), 25 pitiriasis versicolor (37,32 %), 21 a candidosis (31,34 %) y 7 (10,45%) a onicomicosis no dermatofítica. Los agentes etiológicos involucrados en la dermatofitosis fueron: *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, en la candidosis: *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Candida spp*; en las onicomicosis no dermatofíticas: *Fusarium spp.*, *Fusarium solani*, *Trichosporum spp.*, *Aspergillus spp.*, *Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus*. Se demuestra que

la prevalencia de las micosis superficiales es del 4,20% en la población estudiada y que la pitiriasis versicolor sigue siendo la más frecuente con un 37,32 % de los casos positivos al estudio micológico.

85. PNEUMOCISTOSIS EN PACIENTES VENEZOLANOS (2001-2005). DEPARTAMENTO DE MICOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL". CARACAS - VENEZUELA. María Mercedes Panizo Domínguez¹, Vera Reviakina².

¹Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", ²Dpto. de Micología. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".

Objetivo: Determinar la incidencia de pneumocistosis en pacientes venezolanos durante 5 años (2001-2005). **Materiales y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias micológicas de los pacientes que acudieron al Departamento de Micología del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR) para el diagnóstico de Pneumocistosis, referidos de 4 centros hospitalarios (3 públicos y 1 privado). Todos los pacientes presentaron sintomatología pulmonar aguda y fueron divididos en 3 grupos: I grupo-SIDA, II grupo-cáncer y III grupo-infección respiratoria baja sin SIDA ni cáncer. Las muestras procesadas fueron esputo (espontáneo e inducido) y lavado bronquial. Se realizó la técnica de Inmunofluorescencia Directa (IFD) utilizando el kit diagnóstico Merifluor® Pneumocystis (Meridian Bioscience, Inc) con algunas modificaciones en el procesamiento de las muestras de esputo 1,2. Se calculó la frecuencia diagnóstica porcentual de pneumocistosis en los 3 grupos de pacientes. **Resultados:** Se estudiaron 120 pacientes: I grupo: n=39 (32,5 %); II grupo n=17 (14,2 %) y III grupo n= 64 (53,3 %). Del total de pacientes estudiados, 72,5 % fueron del sexo masculino y 27,5 % del sexo femenino, con edad media de 48 años. De ellos, 27 (22,5 %) presentaron neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP). El diagnóstico de pneumocistosis entre los grupos estudiados se distribuyó de la siguiente forma: I grupo: 35,9 %; II grupo: 35,3 % y III grupo: 10,9 %. En el II grupo, de 4 pacientes con linfoma de Hodgkin, en 3 se diagnosticó PCP y de 13 pacientes con tumores sólidos, 3 (23,3 %) tuvieron PCP. Se diagnosticó PCP en tres pacientes que presentaron complicaciones adicionales como tuberculosis pulmonar, candidosis orofaríngea y enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica respectivamente. **Conclusiones:** Según los resultados de este trabajo, la PCP se presenta con mayor frecuencia en

pacientes con cáncer y SIDA y en menor proporción en pacientes con IRB sin SIDA y cáncer. Se recomienda el uso de la técnica de IFD para el diagnóstico de PCP en muestras de esputo y lavado bronquial. 1,4 Existen pocas estadísticas sobre neumonía por *P. jirovecii* en el continente latinoamericano y en Venezuela en particular 5. El Departamento de Micología del INHRR funciona como centro de referencia nacional en el diagnóstico micológico y la casuística presentada contribuye al conocimiento de esta patología en nuestro país.

86. HISTOPLASMOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: SEGUIMIENTO INMUNOEPIDEMIOLÓGICO EN LA POBLACIÓN DE RIESGO DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS, ESTADO FALCÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL "FRANCISCO DE MIRANDA", CORO-VENEZUELA. Natascha Gómez, Ricardo Pumar, Juan Chassaigne, Maigualida Pérez Blanco, Leyla García-Humbría, Carlos Carrillo.

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.

Las micosis profundas sistémicas son infecciones producidas por diferentes especies de hongos que afectan a diversos órganos de la economía y en ocasiones constituyen verdaderos problemas de diagnóstico y tratamiento. Los objetivos del presente trabajo fueron: Determinar histoplasmosis y paracoccidiodomicosis (PCM) infección; diagnosticar histoplasmosis y PCM enfermedad y evaluar la evolución de los pacientes con histoplasmosis y PCM mediante estudio clínico serológico y radiológico. El estudio fue una investigación prospectiva, descriptiva, diagnóstica de seguimiento, transversal; siendo la población los individuos mayores de 10 años de ambos sexos pertenecientes a la comunidad de San Luis y la muestra los 361 individuos estudiados por García y col. (2001). Se estudio un total de 292 (80,8 %) individuos con edades comprendidas entre los 10-59 años; 157 (53,7 %) correspondieron al sexo femenino y 135 (46,2 %) al sexo masculino. Se observó 26/66 (39,3 %) casos positivos a la histoplasmina y 23/88 (26,1 %) a la paracoccidiodina con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 10-19 años y 30-59 años respectivamente; el sexo mayormente afectado fue el femenino con 17 (43,5 %) a la histoplasmina y 17 (32 %) a la paracoccidiodina. La distribución por ocupación reflejó un mayor porcentaje en las actividades agrícolas para ambas pruebas. Se confirma la presencia de histoplasmosis y PCM infección en

la Parroquia de San Luís, representado por (84,2 %) de positividad a la histoplasmina y (76,6 %) a la paracoccidioidina lo que demuestra la endemidad de la zona estudiada. No se diagnosticaron casos de histoplasmosis y paracoccidioidomicosis enfermedad, lo que no descarta la incidencia real de estas patologías en la localidad. Se demuestra que la histoplasmosis presente en los pacientes a quienes se les realizó el seguimiento clínico, serológico y radiológico era de tipo residual.

87. DETERMINACIÓN DE UN MEDIO DE CULTIVO APROPIADO PARA ACELERAR EL CRECIMIENTO DE PARACOCIDIROIDES BRASILIENSIS. SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA. SECCIÓN DE BIOTECNOLOGÍA. CÁTEDRA DE MEDICINA TROPICAL, INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. UCV.
Arantza Rosello Fornos¹, Julia Boiso², Claudia Hartung de Capriles³, Celina Pérez³, María Teresa Colella³, Carolina Olaizola⁴, Sofia Mata Essayag³.

¹Universidad Central de Venezuela, ²Sección de Biotecnología, ³Sección de Micología Médica, ⁴Cátedra de Medicina Tropical.

A pesar de las nuevas técnicas aplicadas al diagnóstico para la investigación de hongos patógenos en el hombre, la "prueba de oro" sigue siendo el aislamiento del agente causal. A través de los años, para este fin, han sido elaborados numerosos medios de cultivo, mediante el uso de sustancias naturales o artificiales. Los laboratorios de micología médica se enfrentan con el problema del lento y difícil crecimiento en la mayoría de los agentes productores de micosis profundas, tales como *Histoplasma capsulatum* o *Paracoccidioides brasiliensis*. Es por ello que es importante el desarrollo de un medio de cultivo que aumente la sensibilidad de recuperación del hongo dimorfo *P. brasiliensis* a partir de muestras clínicas y de cepas conservadas en una micoteca. Además, el cultivo podrá ser utilizado para la obtención de la fase de levadura. Se procesaron dos muestras clínicas y dos cepas provenientes de la micoteca de la Sección de Micología Médica "Dr. Dante Borelli", las cuales fueron sembradas en: Sabouraud, Sabouraud sin antibiótico, Lactritmel, Agar Cerebro-Corazón (BHI), Agar Kelley y Agar Kelley modificado, a temperatura ambiente (TA) y a 37° C. En las muestras clínicas analizadas se observó un crecimiento, a TA, de una colonia característica de *P. brasiliensis* a partir de la 4ta semana, en el siguiente orden: Agar Kelley modificado, Agar Kelley, BHI, Lactritmel y Sabouraud. En el caso de las cepas provenientes de la Micoteca, a TA, su desarrollo fue casi similar en Agar Kelley modificado, Agar Kelley y

BHI. Por otra parte, en el Agar Kelley modificado se obtuvo una transformación a la fase de levadura, mayor del 85 %, antes de los 6 días.

88. ANTÍGENOS LEUCOCITARIOS HUMANOS CLASE I Y CROMOMICOSIS POR CLADOPHIALOPHORA CARRIONII EN PACIENTES DEL ÁREA ENDÉMICA DEL ESTADO FALCÓN, VENEZUELA. Federico José Naranjo Briceño.

Hospital Vargas de Caracas.

Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Universidad Nacional Experimental Francisco De Miranda - Venezuela

El foco endémico de cromomicosis del Estado Falcón en Venezuela tiene una prevalencia de 15 4 casos por cada 1 000 habitantes; los cuales adquieren la enfermedad luego de traumatismos con la vegetación xerófila infectada con *Cladophialophora carrionii*. En estudios anteriores se demostró la agregación familiar de casos, planteándose la participación de un gen autosómico recesivo. Más recientemente, a través de estudios cromosómicos controlados, se detectaron alteraciones citogenéticas en casos de un grupo familiar. Realizamos un estudio de alta resolución de los antígenos leucocitarios humanos (HLA)- A,- B y -C y de la cadena relacionada con el gen A del complejo mayor de histocompatibilidad clase I (MICA) y analizamos la segregación en 49 miembros de un grupo familiar con 12 individuos afectados. Se determinó que ninguno de los alelos o haplotipos es compartido por los pacientes y no hubo suficiente evidencia para aseverar ligamiento (P= 0 398), sugiriendo que los genes localizados en el brazo corto de cromosoma 6 pudieran no ser relevantes en la respuesta inmune contra la infección por *C. carrionii* en este foco endémico de Venezuela. Se encontraron deleciones en alelos MICA en los halotipos HLA-B*4802 en varios miembros del grupo familiar, pero sólo dos de ellos estaban afectados. Estos resultados deben ser corroborados en otros grupos y áreas endémicas. Estudios subsiguientes deben ser realizados para continuar este interesante y nuevo portal de investigación genética que explique el comportamiento multifactorial de esta micosis profunda.

89. FRECUENCIA DE LEVADURAS AISLADAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS (2003-2005). Maribel Esperanza Dolande Franco¹, Vera Reviákina², Ma. Mercedes Panizo², Carolina Macero³, Xiomara

Moreno³, Alberto Calvo⁴, Juana Papatzikos⁵, María José Mendoza⁶.

¹INHRR - Clínica Santa Sofía, ²INHRR, ³IMLF, ⁴Policlínica Metropolitana, ⁵HCC, ⁶Clínica Ávila.

Introducción: La candidosis invasiva es un problema importante en pacientes inmunocomprometidos. La mayoría de las especies involucradas presentan reducida susceptibilidad a las drogas antifúngicas, por lo que representan un desafío para instaurar un tratamiento empírico eficaz y adecuado en pacientes con micosis invasivas (1,3). **Objetivo:** Conocer la frecuencia de las diversas especies de *Candida* aisladas de muestras clínicas y su perfil de susceptibilidad, procedentes de pacientes con candidosis en 6 centros de salud del Área Metropolitana de Caracas (2003-2005). **Materiales y métodos:** Se revisaron los reportes de laboratorio desde enero de 2003 hasta agosto de 2005 en seis Centros de Salud (Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", Clínica Santa Sofía, Instituto Médico La Floresta, Policlínica Metropolitana, Hospital de Clínicas Caracas y Clínica Ávila). Se aislaron 1981 levaduras y a 1414 se les hizo pruebas de susceptibilidad a las drogas antifúngicas. La identificación del laboratorio fue hecha por método convencional, incluyendo morfología macroscópica y microscópica en agar harina de maíz, producción del tubo germinal, producción de clamidoconidias, prueba de asimilación de carbohidratos, sensibilidad a cicloheximida, termotolerancia, color y morfología de la colonia en medio *Candida*-CHROMagar, y método comercial Vitek-2 YBC (bioMérieux, France). Las pruebas de susceptibilidad a los antifúngicos se realizaron por los métodos de ATB-fungus (bioMérieux) y E-test (AB Biodisk, Sweden). **Resultados:** *C. albicans* se aisló en 46,6 % de las muestras procesadas y las *Candida no-albicans* se aislaron en un 53,3 %. El 100 % de todas las especies de *Candida* fueron susceptibles a anfotericina B, mientras que *C. guilliermondii* y *C. glabrata* mostraron mayor resistencia a itraconazol (77,8 %, 26,7 %) y a fluconazol (44,4 %, 16,7 %) respectivamente. Las secreciones respiratorias constituyeron el 57,8 % de las muestras y el 42,2 % se distribuyeron entre orina, líquidos corporales, biopsias, médula ósea, etc. **Conclusiones:** • Las *C. no albicans* representó el grupo que se aisló con mayor frecuencia respecto a *C. albicans*. • Todos los aislados fueron susceptibles a anfotericina B. La mayoría de las especies de *Candida* eran susceptibles a fluconazol, itraconazol, y voriconazol. • Voriconazol sería una alternativa terapéutica en

caso de resistencia a itraconazol y fluconazol. • Este trabajo contribuyó para conocer la epidemiología de las diversas especies de *Candida* y su comportamiento *in vitro* contra las drogas antifúngicas de uso frecuente.

90. ¿ESTAMOS ANTE LA PRESENCIA DE UN BROTE EPIDÉMICO DE HISTOPLASMOSIS EN EL ÁREA DE LA GRAN CARACAS? SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA. CARACAS-VENEZUELA.

Arantza Rosello Fornos¹, María Inés Calatroni², Sofía Mata-Essayag³, María Teresa Colella³, Claudia Hartung de Capriles³, María Eugenia Landaeta⁴, Celina Perez³, Carolina Olaizola⁵, Orlando Jiménez⁶.

¹Sección Micología Médica, ², ³Sección Micología Médica, ⁴Cátedra Microbiología, ⁵Cátedra Medicina Tropical, ⁶Cátedra de Microbiología.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis profunda producida por *Histoplasma capsulatum*. En Venezuela es una entidad endémica, las zonas de mayor incidencia son: la Gran Caracas, Vargas, Zulia, Monagas y Carabobo, sin embargo, se han detectado casos de histoplasmosis en todo el país. Desde 1999 impresiona que existe un aumento en el número de casos de histoplasmosis diagnosticados en la Sección de Micología Médica del IMT. No hay evidencias estadísticas que sustenten que esto es la consecuencia de un brote epidémico en la Gran Caracas, esto a pesar de que es bien conocido que los mismos suelen ocurrir con cierta regularidad en zonas endémicas. El objetivo de este trabajo es estudiar las características demográficas de los pacientes con histoplasmosis diagnosticados en la Sección con la finalidad de conocer mejor la epidemiología de la enfermedad. **Métodos:** se evaluaron 158 pacientes que acudieron a la consulta de la Sección a los cuales se les diagnosticó histoplasmosis. **Resultados:** de los 158 casos: 116 (73,4 %) fueron hombres y 42 (26,6 %) mujeres. La media de edad fue 32,33 ± 20,18 años. 103 pacientes (65,2 %) provenían del área metropolitana de Caracas. Los factores de riesgo fueron: niños < 2 años: 15, (9,49 %), pacientes > de 65 años: 11 (6,96 %), SIDA 53 (33,54 %), enfermedades malignas 20 (12,66 %), contacto con murciélagos y aves de corral 19 (12 %), visitas a cuevas 9 (9,49 %) y desnutrición 6 (3,80 %). **Discusión:** el aumento sostenido de histoplasmosis a partir de 1999 podría ser un indicio de un brote epidémico. Llama la atención que 65,2 % de los pacientes provenía de la Gran Caracas, y que los mismos venían de lugares de la capital donde se han producido grandes movilizaciones

de tierra debido a la construcción del Metro, aunado a los cambios climatológicos recientes. Todo esto, altera la epidemiología de la enfermedad al permitir la dispersión del hongo a todo lo largo del valle de Caracas. Por esta razón es que, ante la presencia de pacientes que sean trabajadores de la construcción y demoliciones, granjeros, jardineros, instaladores de aires acondicionados, exploradores de cuevas, personas en contacto con aves de corral y con viviendas cercanas a deslizamientos de tierras y a la construcción del metro; que posean una clínica de fiebre, síntomas respiratorios, síndrome adenomegálico y/o hepato-esplenomegalia, alteraciones hematológicas como anemia y trombocitopenia o meningitis crónica, el médico debe tener en mente la histoplasmosis como diagnóstico diferencial.

91. MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MILITAR DR. "CARLOS ARVELO". CARACAS - VENEZUELA. José Álvarez¹, Edgar Flores², Eduardo Gayoso¹, Nubys Silvia², María Guzmán¹, Francisco Morales², Gustavo Parthe³, Yrene Vásquez¹, Norma Ruiz¹.

¹Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Infectología, ²Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo Nefrología, ³Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Anatomía Patológica.

La mucormicosis incluye diferentes enfermedades causadas por hongos pertenecientes al Orden Mucorales, clase Zygomycetos. Viven en el suelo, vegetales en descomposición; penetran al organismo a través de la vía aérea. La patogenicidad se ve favorecida en condiciones que alteran el sistema inmunológico (DM, trasplante de órganos, SIDA). Las dificultades diagnósticas y la evolución tórpida hacen que esta entidad presente alta mortalidad. Masculino 57 años, DM tipo 2, trasplantado renal y rechazo crónico del injerto, reingresando a hemodiálisis. El 18/01/06 presenta disminución del estado de conciencia, convulsión tónica-clónica, fiebre y epistaxis. Examen Físico: rinorrea mucopurulenta abundante fétida, lesiones necróticas en mucosa nasal, proptosis derecha, quémosis, edema facial, rigidez de nuca. Laboratorio: leucocitosis, neutrofilia. LCR Pleocitosis: linfocitos 70 %, reticulomonocitos 30 % e hipoglucorraquia. TAC cerebral: Lesión hipodensa en lóbulo frontal derecho, proptosis derecha, congestión bilateral de senos maxilares. Cultivos para bacterias, micobacterias y hongos negativos. Inició ceftriaxone, vancomicina, se asocia anfotericina B al observar por rinoscopia lesión sospechosa de mucormicosis, comprobada por Biopsia de

mucosa nasal: Zygomycetos en las coloraciones especiales. Se deterioran sus condiciones, no fue realizada limpieza y fallece. DISCUSIÓN. Se describen 5 formás de presentación de la mucormicosis siendo la rino-orbito-cerebral más frecuente en pacientes con diabetes y ocasionalmente en trasplantados. El caso descrito se encontraba inmunocomprometido por diferentes factores. Distintas series reportan una mortalidad cercana del 100 %, el tratamiento médico-quirúrgico basado en anfotericina B y limpieza extensa disminuyen dicha incidencia. Es importante la presentación de este caso, debido a las bajas cifras reportadas en nuestro país sobre esta entidad.

92. EPISODIOS DE FUNGEMIA ENTRE ENERO 2002 – JUNIO 2006 EN PACIENTES DEL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA (IMLF). CARACAS – VENEZUELA. Ana M Cáceres¹, Carolina Macero², María Guzmán¹, Rafael N Guevara¹, Xiomara Moreno², Esther Arbona³, Carlos Sucre³, Raúl Vera G³, Lilian Vivas³, Héctor Salazar³, Milagros Gutiérrez³, Esther Rodríguez³.

¹Unidad de Infectología, ²Departamento de Bacteriología, ³Unidad de Oncología.

En las dos últimas décadas observamos un incremento en las infecciones nosocomiales por hongos. La candidiasis invasiva es la más frecuente de estas infecciones, principalmente en inmunocomprometidos y en pacientes críticamente enfermos por otro lado inmunocompetentes. Las candidemias representan entre 10,20 % de todas las candidiasis invasivas, asociándose a rangos elevados de mortalidad. -Objetivo: Revisar los episodios de fungemia en los últimos cinco años, enero 2002- junio 2006 en pacientes del IMLF. Conocer la frecuencia de las diferentes cepas de levaduras aisladas en hemocultivos y la susceptibilidad a diferentes antifúngicos con énfasis en fluconazol. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de levaduras aisladas de hemocultivos, IMLF, desde 01/01/02 al 30/06/06. Los pacientes se clasificaron en oncológicos y no oncológicos. Se analizó la frecuencia de cepas y su perfil de susceptibilidad. Resultados: Se analizaron 100 episodios de fungemia, 70 % en pacientes oncológicos y 30 % en no oncológicos. *Candida parapsilosis* fue la más frecuentemente aislada en ambos grupos, seguida por *Candida tropicalis* y en tercer lugar *Candida albicans* en los oncológicos y *Candida glabrata* en lo no oncológicos. El 31 % de cepas resultaron no sensibles a fluconazol (dosis dependiente o resistentes). Los episodios de

fungemia por año no parecen haberse incrementado.

Frecuencia y susceptibilidad a fluconazol de cepas aisladas en hemocultivos del IMLF, enero 2002-junio 2006

Cepas	Oncológico	No oncológico	Total
<i>C. parapsilosis</i>	23	12	35
<i>C. tropicalis</i>	21	9	30
<i>C. glabrata</i>	6	5	11
<i>C. albicans</i>	10	1	11
<i>C. krusei</i>	3	2	5
<i>H. anomala</i>	4	0	4
<i>Candida sp</i>	2	0	2
<i>C. lusitaniae</i>	1	0	1
<i>C. guilliermondi</i>	0	1	1
Total	70	30	100

Cepas	S	D/D	R	Total
<i>C. albicans</i>	100%	-	-	10
<i>C. parapsilosis</i>	82%	9,5%	8,5%	35
<i>C. tropicales</i>	100%	-	-	30
<i>C. glabrata</i>	-	63,6%	36,4%	11
<i>C. krusei</i>	-	-	100%	5
<i>C. lusitaniae</i>	-	100%	-	1

Conclusiones y Recomendaciones: *Candida parapsilosis* resultó la levadura más frecuentemente aislada en pacientes fungémicos tanto oncológicos como no oncológicos. El 31 % de cepas en general, mostró resistencia o susceptibilidad disminuida a fluconazol. Sugerimos incrementar esfuerzos para lograr la identificación y sensibilidad de levaduras a nivel nacional, principalmente en pacientes con fungemia y/o candidiasis invasiva. Se presenta a nuestro conocimiento la primera casuística nacional de este tipo en pacientes fungémicos, lo cual consideramos relevante desde el punto de vista clínico y epidemiológico.

93. RESISTENCIA BACTERIANA BENTÓNICA A ANTIBIÓTICOS Y DERIVADOS MERCURIALES EN LA COSTA ATLÁNTICA COLOMBIANA. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA COLOMBIA. Octavio Arzuza, Dilia Aparicio, Bárbara Arroyo, Jesus Olivero, Martha Puello, Ketty Mendoza, Gregorio Young.

Universidad de Cartagena. Colombia.

El mercurio entra en ecosistemas acuáticos a través de procesos naturales y actividades antropogénicas, originando mecanismos de resistencia bacteriana hacia contaminantes y colateralmente a antibióticos. La resistencia a mercurio está mediada por plásmidos, los cuales a su vez podrían estar asociados con la resistencia a los antibióticos. El objetivo de este trabajo fue identificar bacterias de la flora bacteriana bentónica de la bahía de Cartagena resistentes a derivados mercuriales y antibióticos. Entre julio

de 2003 y enero de 2004 en la bahía de Cartagena, fueron recolectadas muestras de sedimento para análisis microbiológico. 17 cepas fueron seleccionadas, incubadas en tioglicolato 1 mg/L de cloruro de mercurio, cloruro de metilmercurio, mercurocromo y mertiolate (30°C/24h), con posterior inoculación en agar SWNA, adicionado con 0, 1, 5, 10, y 50 mg/L de una solución stock del compuesto mercurial (35±2°C/4d). Para la tasa de resistencia antibióticos fue medida por Kirby Bauer (1.5x10⁻⁸ UFC/mL), utilizando gentamicina 30g, kanamicina 30g, tetraciclina 30µg, cloranfenicol 30g, ampicilina 10g y trimetoprim-sulfametoxazol 25g (37°C/24h). *Shewanella putrefaciens* y *Pseudomona aeruginosa* crecieron a 5 000 mg/L en mercurocromo, mientras que para mertiolate pocas bacterias mostraron resistencia hasta 10 mg/L y para metilmercurio y cloruro de mercurio hasta 5 mg/L. La mayoría de las bacterias presentaron tasas resistencias a tetraciclina y ampicilina. En contraste, la tasa de susceptibilidad a gentamicina y trimetoprim-sulfa fue observada. La presencia de bacterias multirresistentes sugiere carga de sustancias contaminantes en las aguas residuales, vertidas de forma directa a la bahía de Cartagena, induciendo resistencia tanto a antibióticos como a mercurio.

94. RESISTENCIA A BETALACTÁMICOS MEDIADA POR PBP2a EN CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS HOSPITAL "Dr. DOMINGO LUCIANI". CARACAS-VENEZUELA. Yeisy León¹, Ninoska Montilla², Daniel Marcano³, Monsy Paraqueimo², Inés Ramos², Xiomara Ojeda², Daisy Payares².

¹Laboratorio de Bacteriología, Hospital "Domingo Luciani", ²Hospital-Domingo Luciani, Departamento de Bacteriología. Instituto Nacional de Higiene.

Los *Staphylococcus aureus* resistentes a oxacilina manufacturan la transpeptidasa PBP2a, la cual le confiere resistencia a todos los betalactámicos. Objetivo: Evaluar la resistencia a betalactámicos mediada por PBP2a en cepas de *Staphylococcus aureus* del Hospital "Dr. Domingo Luciani". Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los aislamientos de *S. aureus* provenientes de secreciones enviadas de los diferentes Servicios del Hospital Dr. Domingo Luciani desde octubre de 2005 a marzo de 2006, estudiando la sensibilidad a vancomicina, clindamicina, eritromicina levofloxacina y gentamicina. Para detectar la meticilino resistencia se uso oxacilina y cefoxitin. Adicionalmente al 30 % del total de cepas meticilinoresistentes se les realizó la detección de la proteína ligadora de penicilina PBP2a en el Instituto Nacional de Higiene (INH). Resultados y discusión: Se aislaron un total de 220 *S. aureus*, de los cuales 113 resultaron resistentes a oxacilina y cefoxitin, lo que representa un 51 % de *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes (MR), en los cuales se determinó que un porcentaje significativo entre (70 y 90 %) presentaba resistencia acompañante a por lo menos un antibiótico no betalactámico; en contraste, un porcentaje muy bajo de cepas meticilinosensibles (menos del 20 %) presentaban resistencia asociada a otros antibióticos. El servicio con la mayor cantidad de aislamientos correspondió a cirugía. El 100 % de las cepas enviadas al INH fueron comprobadas como portadoras de PBP2a. El alto nivel de resistencia acompañante que encontramos en las cepas meticilinoresistentes podría atribuirse a la presencia de la variedad mecA nosocomial; sin embargo, encontramos un pequeño porcentaje de cepas resistentes a meticilina (aproximadamente el 10 %) con un fenotipo compatible con mecA comunitario. No se encontró resistencia a vancomicina en ninguna de las cepas.

95. BROTE POR SALMONELLA SPP. NOSOCOMIAL MULTIRRESISTENTE EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. Yrene del Valle Vásquez Hurtado¹, Norma María Ruiz O, ¹Eduardo Gayoso¹, María Eugenia Guzmán¹, Jocays Caldera².

¹Hospital Militar, ²Hospital Jesús Yerena.

Las epidemias de infección intestinal por *Salmonella spp* son los problemas más comunes en el

mundo, principalmente en los países en desarrollo. Los brotes provocados con grandes inóculos involucran tasas de ataque elevadas y períodos cortos de incubación. No es necesario un gran inóculo (<1 célula/100 g) para desencadenar un gran brote. Los inmunocomprometidos requieren de una terapia antimicrobiana inmediata. El objetivo es describir un brote ocurrido entre pacientes de un servicio de trasplante en un hospital de cuarto nivel de atención, así como subrayar la importancia de mantener la vigilancia activa en relación con enfermedades transmitidas por alimentos. Dos pacientes femeninas con larga estancia hospitalaria presentaron: diarreas acuosas, dolor abdominal, vómitos, y fiebre, tenían en común que ocupaban la misma habitación. Hemocultivos negativos, Coprocultivos positivos a *Salmonella hegieelberg* multirresistente (R), AMP/CRO/CZA/GEN/AMK con sensibilidad disminuida a quinolonas (Patrón BLEE). La evolución clínica de los casos siguió el curso descrito por la literatura, al ceder entre el 3^{er} y 5^{to} día, se administró cloranfenicol con vigilancia hematológica. Este brote se limitó debido al énfasis en las medidas de lavado de manos, aislamiento, uso de guantes y de medidas de prevención entérica. Conclusión: Posterior al estudio epidemiológico de los casos, este brote se produjo por transmisión indirecta entre los compañeros de habitación; que es la forma más frecuente (56 %) de diseminación hospitalaria. El seguimiento de los casos de salmonelosis es importante para detectar la presencia de portadores asintomáticos como medio para cortar la cadena de transmisión, manteniéndose como potenciales agentes de transmisión.

96. EVALUACIÓN DE VITEK ESBL Y DOBLE DIFUSIÓN EN DISCO EN LA DETECCIÓN DE BETA LACTAMÁSA DE ESPECTRO EXPANDIDO (BLEE) EN ENTEROBACTERIAS. POLICLÍNICA METROPOLITANA. CARACAS - VENEZUELA. Alberto Calvo¹, Maryana Morales², Cruz Rodríguez³, Luis Torres².

¹Policlínica Metropolitana, ²Escuela de Bioanálisis, UCV, ³Policlínica Metropolitana.

Las beta lactamasas de espectro expandido (BLEE) son enzimas de naturaleza plasmídica que tienen la capacidad de hidrolizar antibióticos beta lactámicos, incluyendo las cefalosporinas de 3^{ra} y 4^{ta} generación y monobactámicos, siendo su detección un reto para el microbiólogo debido a la implicación clínica y epidemiológica de las mismas. Objetivo: Evaluar una prueba

automatizada y rápida, Vitek ESBL® (bioMérieux), y una manual, doble difusión en disco, para la detección de BLEE en cepas de enterobacterias aisladas a partir de muestras clínicas utilizando como referencia el método confirmatorio de difusión en disco estandarizado por el *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI). Materiales y Métodos: 130 cepas de enterobacterias (79 BLEE + y 51 BLEE -) previamente caracterizadas por el método de referencia (CLSI) fueron evaluadas de forma paralela y doble ciego por las metodologías de doble difusión en disco y Vitek ESBL (GNS-651) en la sección de Bacteriología del Laboratorio Metropolitano de Caracas. En ambos casos fueron utilizadas como control de calidad las cepas *Escherichia coli* ATCC 25922, *Klebsiella pneumoniae* 1024 (bajo nivel BLEE) y 1951 (alto nivel BLEE) del proyecto Mystic (Astra Zeneca). Los resultados obtenidos fueron posteriormente comparados con los de la técnica de referencia utilizando la prueba de Chi-cuadrado y en aquellos casos en los que se observaron discrepancias fue realizada caracterización molecular para su comprobación. Resultados: Ambas metodologías fueron comparables desde el punto de vista estadístico con respecto a la técnica de referencia, con sensibilidad y especificidad superiores al 96 %. Vitek ESBL detectó en un promedio de 6,8 h la totalidad de las cepas evaluadas. Ninguna de las técnicas evaluadas, incluyendo la utilizada como referencia, fue capaz de detectar el 100 % de las cepas productoras de BLEE, sin embargo los falsos negativos detectados con Vitek ESBL correspondieron a cepas con alta resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generación (CMI 32 ug/mL) no incurriendo en error de reporte en la interpretación de los antibióticos afectados por este mecanismo de resistencia y consecuente falla terapéutica en el paciente. Conclusión: recomendamos la utilización de ambas metodologías para la confirmación de cepas productoras de BLEE en enterobacterias dependiendo de los recursos de cada laboratorio, así como la lectura interpretada del antibiograma por parte del bacteriólogo con la finalidad de detectar posibles fallas en la detección del mecanismo de resistencia por cualquiera que sea la técnica confirmatoria que se utilice. Vitek ESBL permite la detección y confirmación precoz de las cepas productoras de BLEE de manera segura y confiable.

97. PATRONES DE RESISTENCIA DE MICRO-ORGANISMOS AISLADOS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL

VARGAS DE CARACAS, ENERO A JUNIO DEL 2006. Cecil Fandiño¹, Miguel Morales, Federico Naranjo, Patricia Valenzuela, Andreína Sánchez, Manuel Cortesía, Mario Comegna, María Marín, Manuel Guzmán.

¹Hospital Vargas de Caracas.

En las unidades de terapia intensiva los pacientes tienen alto riesgo de ser colonizados e infectados por microorganismos con determinantes de resistencia a los antibióticos incrementando su morbi-mortalidad. Identificar los aislamientos de adultos hospitalizados en la Unidad Terapia Intensiva Médico-Quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas entre enero y junio del 2006 y sus patrones de resistencia. Estudio retrospectivo utilizando el Software WHONET para identificar los aislamientos de muestras de pacientes de terapia intensiva entre enero y junio del 2006. Los patrones de resistencia se evaluaron mediante método de difusión por disco. Se realizaron 156 aislamientos en muestras de secreción bronquial, sangre, orina, catéteres centrales secreción de heridas quirúrgicas y biopsias. Los más frecuentes fueron: *Acinetobacter baumannii* (26,3 %), *Staphylococcus aureus* (21,8 %), *Pseudomonas aeruginosa* (14,1 %), *Klebsiella pneumoniae* (7,7 %), *Enterobacter cloacae* (6,4 %), *Candida albicans* (5,1 %), *Staphylococcus coagulasa* negativo (4,5 %) y *Escherichia coli* (3,8 %). *A. baumannii* mostró resistencia a tigeciclina de 55 % y ampicilina sulbactam de 57,5 % mientras que *S. aureus* a oxacilina de 96,7 %. *Pseudomonas aeruginosa* presentó resistencia a imipenem de 22 % y *K. pneumoniae* a cefotaxime de 71,4 %. *E. cloacae* tuvo 88,3 de resistencia a Amikacina y la mitad de los aislamientos de *E. coli* fueron resistentes a ceftriaxone. Los bacilos gramnegativos (64,5 %) fueron los más frecuentemente aislados, entre ellos *Acinetobacter baumannii* con alta resistencia a los antibióticos probados siendo el segundo aislado en importancia *Staphylococcus aureus* con 96,7 % de meticilino-resistencia. Los resultados de los patrones de resistencia de *K. pneumoniae*, *E. cloacae* y *E. coli* sugieren producción de BLEE.

98. PATRÓN DE RESISTENCIA DE ACINETOBACTER BAUMANNII EN EL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ EN EL AÑO 2005. Lizeth Borrero¹, Ybed Perdomo², Luisa González², Jennifer Moreno Castillo², Catherine Miquelena², César Sánchez², Yelitza Castillo Tovar³, Omaira Sifontes⁴, Zenaida Castillo Tovar⁵.

¹Laboratorio César Sánchez Font, Centro Médico "Dr.

Rafael Guerra Méndez, ², ³CHET, ⁴Universidad de Carabobo, ⁵HUAL.

Introducción: La resistencia bacteriana es un serio problema de salud pública en nuestro país y a nivel mundial, siendo el *Acinetobacter baumannii* uno de los agentes etiológicos que cada día adquiere mayor importancia en este aspecto, por su gran capacidad de multirresistencia, por lo que es necesario conocer los patrones de resistencia nacionales y locales, a fin de garantizar el éxito en la indicación de terapia empírica inicial. **Objetivo:** Determinar el patrón de resistencia in vitro de *Acinetobacter baumannii* de enero a julio de 2005. **Métodos:** Se analizaron las cepas de *Acinetobacter baumannii*, aisladas de material patológico y procesadas en el laboratorio de bacteriología César Sánchez Font del Centro Médico Guerra Méndez, de enero a julio de 2005. Los patrones de resistencia se determinaron por el método de difusión en disco de Kirby-Bauer, de acuerdo a las normas establecidas vigentes de la NCCL. **Resultados:** Se analizaron 84 cepas de *Acinetobacter baumannii*, con los siguientes resultados: ampicilina/sulbactam 52,4 % cefepime 81,6 % cefoperazone/sulbactam 10,1 % ciprofloxacina 84,4 % imipenem 65,2 % meropenem 70,4 % piperacilina/tazobactam 82,5 % **Conclusión:** El patrón de resistencia de *Acinetobacter baumannii* se incrementó notablemente para la mayoría de los antibióticos probados, observándose multirresistencia en un alto porcentaje; para Cefoperazone/sulbactam, se mantiene la sensibilidad, sin embargo para ampicilina/sulbactam, se observó resistencia en la mitad de las cepas analizadas. Para imipenem y meropenem y ciprofloxacina, se observó resistencia en más del 60 % de las cepas analizadas.

99. EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA A LOS β -LACTÁMICOS Y CARBAPENEMS EN EL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ DE JULIO-2005 A JULIO-2006. Luisa González¹, Ybed Perdomo², Lizeth Borrero², Jennifer Moreno², Catherine Miqueleno², Omaira Sifontes².

¹Laboratorio "César Sánchez Fontó, Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez".

Introducción: *Pseudomonas aeruginosa* continúa representando un serio problema en nuestros hospitales, dado el incremento progresivo de la resistencia tanto a los β -lactámicos, como a los carbapenems. **Objetivo:** Determinar la resistencia in vitro de *Pseudomonas aeruginosa* a los β -

lactámicos con actividad antipseudomonas y Carbapenems, de enero a julio-2005 y de enero a julio-2006. **Métodos:** Se analizaron las cepas de *Pseudomonas aeruginosa*, aisladas de material patológico y procesadas en el laboratorio de Bacteriología del Centro Médico Guerra Méndez (CMGM), mediante el método de difusión en disco de Kirby-Bauer, de acuerdo a los procedimientos de la NCCLS. **Resultados:** Se analizaron 98 cepas de *P. aeruginosa* aisladas de enero a julio de 2005 y 115 de enero a julio de 2006 y se realizó un análisis comparativo de la resistencia entre ambos períodos, con los siguientes resultados: CEF/Sb IMP MEM CEF PIP/TZ CAZ Ene-julio 2005 23 % 23 % 29 % 38 % 40 % 45 % Ene-julio 2006 27 % 29 % 42 % 42 % 41 % 50 %. **Conclusión:** El porcentaje de resistencia de *Pseudomonas aeruginosa* se incrementó notablemente para ceftazidime, manteniéndose por debajo del 30 %, para imipenem y cefoperazone/sulbactam, no observándose modificaciones significativas en la resistencia para piperacilina/tazobactam.

100. STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA. ENERO A JULIO 2006. Ybed Perdomo¹, Lizeth Borrero², Luisa González², Jorge Moreno², Joel González², Catherine Miqueleno², César Sánchez², Yelitza Castillo², Omaira Sifontes², Zenaida Castillo²

¹Laboratorio "César Sánchez Font", Centro Médico "Dr. Rafael Guerra Méndez".

Staphylococcus aureus meticilino-resistente (SAMR), es actualmente el patógeno más comúnmente identificado con multirresistencia en la mayoría de los hospitales. Muchas cepas aisladas de pacientes ambulatorios, son recuperadas de personas que han sido colonizadas en ambientes hospitalarios. SAMR adquiridas en la comunidad (SAMR-AC) pueden ocasionar infecciones en personas sin factores de riesgo establecidos. A diferencia del SAMR nosocomial, la mayoría de SAMR-AC permanecen susceptibles a la mayoría de los antibióticos, excepto los β -lactámicos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente a partir de muestras patológicas procesadas en el laboratorio de bacteriología del CMGM enero-julio 2006. **Metodología:** Se analizaron las cepas de SAMR procedentes de muestras patológicas variadas, procesadas en el laboratorio de bacteriología "César Sánchez Font" del CMGM. Los patrones de resistencia se determinaron por el método de difusión en disco de Kirby-Bauer, de acuerdo a las normas de la NCCLS. **Resultados:** 63 cepas

SAMR, de las cuales 57 (90,5 %), procedían de muestras patológicas de pacientes hospitalizados o recientemente egresados de uno de nuestros Centros hospitalarios y 6 (9,5 %) procedían de pacientes ambulatorios, sin factores de riesgos conocidos para colonizar SAMR, con el siguiente patrón de resistencia para los antimicrobianos probados: LINEZOLID CLINDAMICINA VANCOMICINA TEICOPLANINA SXT RIFAMPICINA 0% 97 % 3 % NP 25 % 70 % Conclusiones: La mayoría de las cepas de SAMR, fueron de origen nosocomial, todas sensibles a linezolid, con alta resistencia a clindamicina; sin embargo aislamiento de cepas de SAMR -AC, se observó en 9,5 %, lo cual coincidió con el patrón de sensibilidad a clindamicina de estas cepas.

101. ENCEFALITIS Y NEUMONITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Marbelys Hernández¹, Jorge Riera¹, Heidi Aguirre², Martín Carballo¹, Marisela Silva¹.

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas, ²Instituto Anatomopatológico "José O'Daly". Universidad Central de Venezuela.

La infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocompetentes suele ser asintomática. Hasta ahora se han descrito 21 casos de encefalitis y 2 de neumonitis. Se informa el caso de un paciente masculino de 29 años, sin antecedentes de importancia, ayudante de veterinario; enfermo desde diciembre del 2004 con fiebre, sudoración profusa, tos y pérdida de peso. Desde marzo 2005 cefalea, vómitos y astenia. Posteriormente trastornos del lenguaje, convulsiones y coma. Ingresó en malas condiciones, con disnea, roncus y crepitanes; rigidez de decorticación, Glasgow 5/15 ptos. Se indicó tratamiento antituberculoso con 4 drogas. Presentó neumonía nosocomial, cumpliéndose antibióticos, con mejoría. Su estado neurológico nunca mejoró. Desde junio reapareció clínica respiratoria falleciendo por insuficiencia respiratoria. Las serologías de hongos, CMV, EBV, Hepatitis B, C y HIV fueron negativas. LCR: leve pleocitosis, predominio mononuclear e hipoglucorraquia, BK, tinta china negativo, con cultivo para bacterias, Mycobacterias y hongos negativo. PCR de LCR para Brucella, Leptospira y Mycobacterias negativo y CMV positivo. RMI con cavitaciones en ganglios basales bilaterales. El estudio histopatológico reveló proceso inflamatorio linfoplasmocitario en pulmones y en

cerebro con inclusiones intranucleares grandes, eosinofilia central, con aspecto de ojo de buho y cavitaciones irregulares en ganglios basales. Inmunohistoquímica con DAKO puso en evidencia inmunotinción positiva confirmando infección por CMV. Hasta nuestro conocimiento, no hay descripción previa de encefalitis y neumonitis en un mismo paciente. Tampoco hay reportes en la literatura de evolución crónica y de hallazgos similares en LCR y de cavitaciones cerebrales, como los encontrados en éste caso.

102. ENFERMEDAD DE HANSEN. ¿2000 AÑOS DESPUÉS? PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS. Alida Marlene Navas Contreras¹, Luis Alberto Borges Tovar, Iraicy Martínez¹, Euridice Roa¹, Carlos Coraspe¹, Mercedes Maican¹.

¹Hospital Ruiz y Páez.

Departamento de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar- Venezuela Resumen: La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por el *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, y en ocasiones es sistémica. Es un problema de salud pública en muchas regiones del mundo y en algunas de Venezuela, por el número de casos, por su carácter invalidante y el prejuicio que existe en la población. La quimioterapia múltiple garantiza la curación, con reducción del número de casos infectantes y la frecuencia de discapacidades, lo que ha transformado el concepto de incurabilidad y contagiosidad de la enfermedad existente desde épocas remotas. En el Hospital Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar se evaluaron en éste año dos pacientes con I6+epra, con presentación clínica diferente. 1er Caso; un paciente masculino de 60 años, natural de Pariaguán, procedente de El Tigre con diagnóstico de Lepra BB, recibiendo tratamiento con poliquimioterapia multibacilar quien ingresa por reacción tipo II: eritema nodoso leproso, recibió talidomida y prednisona. 2^{do} caso, paciente de 18 años, procedente de Ciudad Bolívar con diagnóstico de lepra tuberculoide con afectación del nervio cubital derecho, quien ingresa por Absceso en 2^{do} dedo de mano ipsilateral post-traumática que evoluciona a osteomielitis de falange distal y mano en garra, con evidente daño osteoarticular. Ambos con evolución favorable. La meta establecida por la OMS de tener menos de 1 caso por 10 000 es posible gracias a las estrategias implementadas por Dermatología Sanitaria que garantizan pesquisa diagnóstica y tratamiento múltiple completo. Aun así, la

sospecha clínica es la principal herramienta para el control epidemiológico.

103. ETIOLOGÍA VIRAL DE LAS INFECCIONES AGUDAS DEL TRACTO RESPIRATORIO EN EL ESTADO ZULIA. LABORATORIO DE VIROLOGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA. Francisco Javier Arocha Sandoval, Nereida Valero, María Morán, Yraima Larreal, Katynna Parra, Annelly Bracho, Jennifer Gotera, Alibeth Mavárez, Jhon Bermúdez, Mery Maldonado.

Instituto de Investigaciones Clínicas. LUZ. Edo. Zulia.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente de morbilidad en el mundo. Definimos como IRA a toda aquella patología que afecta el tracto respiratorio desde la faringe proximal (incluyendo la región subglótica) hasta los pulmones, con menos de 15 días de evolución. Este estudio se propuso identificar los agentes virales asociados a las IRA en pacientes del Estado Zulia. Materiales y métodos: Durante los meses comprendidos entre septiembre de 2005 y febrero de 2006, se estudiaron un total de 52 hisopados faríngeos y 8 lavados broncoalveolares de pacientes de distintas edades (niños y adultos), con clínica de IRA. El diagnóstico de virus sincitial respiratorio (VSR), adenovirus, influenza y parainfluenza, se utilizó el cultivo celular e inmunofluorescencia directa. Resultados: Se obtuvo un total de 31 aislamientos virales positivos (51,6 %), Dentro de los patógenos virales el VSR fue el agente aislado con mayor frecuencia, 15 casos, seguido de adenovirus, 13 casos, parainfluenza, 9 casos y virus influenza 2 casos. En cuanto a la distribución por patologías, el agente viral más frecuente en las bronquitis fue el VSR y en las infecciones difusas de vías áreas el Virus Parainfluenza. En cuanto a la edad se realizaron 5 aislamientos en niños y 26 en adultos. La población femenina resultó mayormente afectada, pero la diferencia no resultó significativa. Conclusión: En este estudio se demuestra una alta prevalencia de agentes virales asociados a IRA en el Estado Zulia, especialmente VSR cuya presencia estuvo relacionada con edad adulta y diferentes cuadros clínicos.

104. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES SERONEGATIVOS PARA HIV. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA. 2005-2006. Heidi Mago¹, Adriana Centeno², Koldo Duarte³, Lourdes Montilla³, Haydée Oliveros¹, Raul La Salle Toro¹.

¹Universidad de Carabobo, ²Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", ³Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Introducción: la tuberculosis es un problema de salud en nuestro país, y las presentaciones atípicas constituyen un reto para el clínico, siendo difícil el diagnóstico etiológico de las formas atípicas y extra-pulmonares si no se plantea esta posibilidad en el plan diagnóstico inicial del paciente. Objetivos: describir los hallazgos clínicos y de laboratorio de 11 casos de tuberculosis con formas clínicas atípicas de presentación, diagnosticadas entre enero de 2005 y junio de 2006 en el Servicio de Medicina B de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Metodología: se realizó estudio retrospectivo de historias clínicas de 11 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina B. Los hallazgos clínicos y de laboratorio se resumieron en tablas y gráficos, analizándose mediante criterios de estadística descriptiva. Resultados: Solo tres pacientes tenían antecedente epidemiológico de contactos con TBC. Las formas clínicas que motivaron el ingreso fueron los trastornos hematológicos (anemia, pancitopenia), en 72,2 % de los casos, 27,77 % síndrome febril prolongado 27,7 % hepato-esplenomegalia, 27,7 % bicitopenia, adenomegalias y pérdida de peso, y derrame pleural en 27,7 % de los casos. El PPD fue negativo en el 90,90 %, al igual que el estudio de BK en esputo y en contenido gástrico. El diagnóstico se realizó mediante biopsia y PCR. En 54,5 % de los casos se inició prueba terapéutica con respuesta satisfactoria, antes de completar el diagnóstico etiológico. Conclusiones: La TBC puede presentarse de manera atípica en pacientes seronegativos para HIV y sin evidencia de inmunosupresión. Solo plantear este diagnóstico en las presentaciones descritas permite establecer la etiología. El PCR resultó junto con la histopatología la herramienta diagnóstica más sensible en estos casos, mientras el PPD resultó poco sensible.

105. USO DEL METOTREXATE EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA. REPORTE DE UN CASO. Hospital JM DE LOS RÍOS. CARACAS-VENEZUELA. Emilia Cristina García Campo¹, Luisa García², Vanesa Padrino², Omar Álvarez², Marcus Swchartz².

Hospital JM de Los Rios. Caracas.

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis donde su etiología sigue siendo desconocida, sin embargo, ciertos aspectos clínicos y

epidemiológicos sugieren que sea de tipo infecciosa. Se presenta con fiebre elevada, continua, más de 5 días de evolución, afección mucocutánea, afecta vasos sanguíneos de mediano calibre y su principal complicación es la formación de aneurismas de las arterias coronarias en el 20 % de los pacientes no tratados; la muerte súbita puede ser resultado, de ruptura de aneurismas. El diagnóstico de EK es inminentemente clínico y la evolución dependerá de lo precoz de la administración de la terapéutica indicada. Se describe un caso de preescolar femenino de 5 años de edad quien ingresa al servicio de medicina 5 y 6 del Hospital JM de los Ríos, posterior a 21 días de haberle hecho el diagnóstico, a los 12 días de la enfermedad ya con presencia de aneurismas en 3 arterias coronarias recibió gammaglobulina intravenosa (GGIV) a 2g/kg sin mejoría de la fiebre, recibe 3 pulsos de metilprednisolona (30,mg/kg) igualmente ácido acetil salicílico (ASA) 100 mg/kg y prednisona desapareciendo la fiebre siendo dada de alta manteniendo prednisona por pocos días para reingresar a los 8 días, por síntomas de reactivación de la enfermedad. Le es indicado nuevamente GGIV sin mejoría, luego 1 pulso de metilprednisolona con posterior administración de metotrexate semanal con remisión de síntomas en la paciente concluyendo así el uso del metotrexate como opción terapéutica en los casos de EK refractario.

106. INFECCIONES MÁS COMUNES EN PIEL Y ESTRUCTURAS BLANDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE UN ÁREA PERIURBANA DE MATURÍN, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. José Antonio Rivas Chirinos¹, Desireé Santiago Abreu², Esther Morón³.

¹Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, ²Escuela de Ciencias de La Salud Udo, ³Hospital I "Dra. Elvira Bueno Mesa".

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y características clínico epidemiológicas de las infecciones en piel y partes blandas en niños y adolescentes de un área periurbana de Maturín, Estado Monagas. De octubre de 2004 a abril de 2005, fueron evaluados mediante interrogatorio y examen físico 246 pacientes con este tipo de infección, que acudieron a la consulta de atención integral del AR II de La Toscana, procedentes del barrio "La Invasión". Las infecciones cutáneas constituyeron el 26,3 % del total de las consultas. No mostraron predilección por sexo ($P > 0,05$) y fueron más frecuentes en lactantes y preescolares. Las

infecciones bacterianas representaron el 42,27 % (104/246). Las formas clínicas más frecuentes: impétigo no ampolloso en 33,65%, celulitis en 31,73 %, abscesos en 19,23 %, impétigo ampolloso en 8,65%, otras: 6,73 %. Las infecciones micóticas ocurrieron en 31,71% (78/246): pitiriasis versicolor (88,46 %), tiña de los pies (5,12 %), dermatitis candidiásica del área del pañal (2,56 %), otras (3,84 %). Se presentaron infestaciones parasitarias en 13,41 % (33/246): escabiosis (78,78 %), pediculosis capitis (18,18 %) y miasis (3,04 %). Las infecciones virales representaron el 12,62 % (31/246). La forma más frecuente de infección local fueron las verrugas vulgares en 19,35 %. La varicela se presentó en 35,48 %, herpes labial en 25,81 %, rubéola en 12,90 %, otras (6,45 %). Es importante conocer la frecuencia de infecciones cutáneas en la población pediátrica, así como sus características clínicas, ya que en base a un adecuado diagnóstico clínico se puede instaurar terapia antibiótica empírica oportuna.

107. MIOCARDITIS VIRAL A PROPÓSITO DE UN CASO. Hugo Enderson Pino Sifontes¹, Joséida Mandacén Segovia¹, Mary Teodora Velásquez Ordaz¹, Janett Joséfina Galea de Matson².

¹Hospital Uyapar, 2dragalea@Hotmail.Com

Se considera miocarditis al proceso inflamatorio del corazón que afecta a parte o totalidad de elementos que lo componen. Se han descubierto causas infecciosas y causas no infecciosas que pueden ocasionar daño miocárdico. Siendo los virus los agentes etiológicos más frecuentemente involucrados; mecanismos autoinmunes también se suponen patogénicos. Describimos a continuación un caso de miocarditis viral. Se trata de paciente masculino de 21 años sin antecedentes patológicos de importancia, el cual ingresa a la emergencia de medicina interna del Hospital Uyapar de Puerto Ordaz, por presentar cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por: disnea, dolor torácico y vómitos. Al examen físico el paciente luce en muy malas condiciones generales, estuporoso, deshidratado, hipotenso, taquisfígmico, cianótico en *shock*. Evidenciamos en la radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral con aumento de la silueta cardíaca; en el trazado electrocardiográfico observamos taquicardia, bajo voltaje y signos de isquemia cardíaca; por laboratorio encontramos elevación de la fracción MB de la creatinina, leucocitosis con fórmula indiferenciada, VSG elevada. Paciente con deterioro rápidamente progresivo, sin respuesta

favorable al tratamiento, fallece a las 3 horas de su ingreso. La autopsia clínica reveló como hallazgo macroscópico: miocarditis, pericarditis, hidropericardio, cardiomegalia, y edema pulmonar bilateral; los hallazgos histológicos fueron miocitólisis e infiltrado linfocitario a nivel de tejido cardiaco; por PCR se logró detectar genoma viral de Coxsackie, el cual constituye uno de los patógenos más frecuentemente aislados. Se hace una revisión de la patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento de las miocarditis virales.

108. PARASITOSIS INTESTINAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO I BELLA VISTA, ARAGUA, VENEZUELA. ENERO-ABRIL 2006. Marielba Franco¹, Royisbel Farias², Pedro Goncalves², María Hernández³, Dariela Pérez².

¹Ambulatorio Urbano Tipo I Bella Vista, Aragua, ²IVSS José Carabaño Tosta, Maracay, Aragua, ³Núcleo de Atención Primaria Ruiz Pineda, Tejerías, Aragua, ⁴Ambulatorio Santo Domingo, El Consejo, Aragua.

Objetivo: Determinar la incidencia de parasitosis intestinal en pacientes que acuden al ambulatorio urbano tipo I Bella Vista, Aragua, Venezuela, periodo enero-abril 2006. Metodología: Es un estudio descriptivo, de corte transversal, que se llevó a cabo mediante la revisión de los registros de resultados de análisis clínico y coproparasitológicos (examen directo con solución salina, lugol y kato) de los pacientes que acudieron al ambulatorio Urbano Tipo I Bella Vista, período enero-abril 2006. Los datos fueron procesados en el programa Excel 2003, y fueron analizados en Epi info 6.04. Resultados y conclusiones: Se realizaron 344 estudios coproparasitológicos, de los cuales 179 (52,0 %) reportaron la presencia de uno o más parásitos intestinales. 99 casos (55,3 %) pertenecían al sexo femenino y 80 (44,6 %) al sexo masculino. Los casos parasitados se presentaron con más frecuencia en adultos (28,4 %), escolares (20,1 %) y pre-escolares (19,5 %). Los principales parásitos intestinales encontrados fueron: *Blastocystis hominis* (52,8 %), *Endolimax nana* (18,3 %), *Entamoeba coli* (17,3 %), *Giardia duodenalis* (6,1 %), *Ascaris lumbricoides* (2,8 %), *Entamoeba histolytica* (1,8 %), *Enterobius vermicularis* (0,4 %) y *Trichuris Trichiura* (0,4 %). Se reportó monoparasitismo en 66,4 % de los casos, 33,5 % tenían poliparasitismo. La asociación parasitaria más frecuente fue *Blastocystis hominis-Endolimax nana*. 56 pacientes (31,2 %) refirieron la presencia de diarrea como síntoma predominante. Los

resultados obtenidos son similares a investigaciones previas, en donde *Blastocystis hominis* es la parasitosis más frecuente, sin embargo a diferencia de otros estudios, en este trabajo fue más frecuente el monoparasitismo.

109. CITROBACTER FREUNDII COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE OSTEOMIELITIS EN PACIENTES DREPANOCÍTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO. Erlinda Ávila, Juvenal Rojas, Carmen Marrero, Chessaysna Silva.

"Dr Domingo Guzmán Lander".

Se presenta el caso de un escolar femenino de 11 años de edad con diagnóstico de anemia drepanocítica desde los 8 meses, quien posterior a traumatismo en brazo derecho presenta dolor, aumento de volumen en tercio superior y medio de brazo derecho con signos de flogosis, concomitantemente fiebre. Los paraclínicos reportan: leucocitosis y Rx simple del área afectada en proyección anteroposterior muestra edema de partes blandas sin afectación ósea. Al ingresar recibe tratamiento a base de penicilina cristalina, cloranfenicol y se coloca inmovilizador de hombro. Permanece hospitalizada durante 1 semana egresando por mejoría clínica. Tres semanas después reingresa con signos de flogosis, leucocitosis y Rx de brazo que muestra imagen de lesión ósea caracterizada por osteólisis, osteoesclerosis y periostitis. Recibe tratamiento a base de meropenem. Se lleva a mesa operatoria donde se efectúa diafisectomía, observándose salida de exudado purulento y cortical friable. Se toma muestra para cultivo y se realiza limpieza quirúrgica con curetaje del canal medular, colocándose tutor externo. El cultivo reporta *Citrobacter freundii* sensible a la familia de los carbapenem. Paciente evoluciona satisfactoriamente y cuatro meses después se retira fijador externo. Se reporta caso único de osteomielitis por *Citrobacter freundii* en nuestra zona y no se encuentra caso en la literatura, de allí radica su importancia.

110. LOGROS INMEDIATOS DE UN CURSO DE ENTRENAMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA. HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS. CARACAS. VENEZUELA. Lisbeth Mercedes Aurenty Font¹, Miguella-Caniza², Marcela Conde², Luigina Siciliano¹, Diana López¹, Erick Hernández¹, Vanesa Téllez¹, Mariela Rangel¹, Sonia Rodríguez¹, Graciela Maggi¹, Xiomara Guevara¹, María Laya¹, María Castillo¹, Juan Félix García¹, Gisela Vargas¹.

¹Hospital de Niños J.M. de Los Ríos, ²ST Jude.

La prevención de transmisión de microorganismos, por parte del personal de salud, es fundamental para disminuir infecciones hospitalarias. La participación a cursos representa una estrategia importante para la actualización. En este estudio se determinó la adquisición de conocimientos, por los asistentes a un curso de entrenamiento para enfermería. Método: Se realizó estudio descriptivo incluyendo resultados de un curso sobre prevención de infección hospitalaria para enfermería del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos", (Caracas, Venezuela –julio 2005). Los temas fueron medidas de precaución estándar y adicionales; higiene de manos; accesos vasculares; higiene del paciente hospitalizado; y esterilización y desinfección la organización y supervisión fue por expertos del Programa de Infectología de Sitios Internacionales del Departamento de Infectología y Programa de Alcance Internacional St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee-EE.UU, y del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Niños. El planeamiento se inició en Caracas y siguió por internet. Antes y después de las conferencias se realizó una misma encuesta con 25 preguntas de selección simple sobre los tópicos señalados. Se determinó incrementos de aciertos. Resultados: Hubo 119 asistentes: 42 % técnicos, 33 %, licenciados y 25 % auxiliares. En 24/25 preguntas hubo incremento de respuestas acertadas. El porcentaje de incremento de aciertos fue >20 % en 36 % de las preguntas relacionadas con: riesgo infeccioso en accidentes, aislamiento, tiempo mínimo de lavado y secado de manos, alcohol-gel, fuente de infección y colocación de catéteres, recambio de curas en accesos vasculares e instrumentos críticos. Conclusión: El nivel de conocimientos se incrementó en 24/25 preguntas, siendo apreciablemente mayor en 36 %.

111. INFECCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL MIGUEL PÉREZ CARREÑO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2001-ENERO 2006. María Carolina Maldonado Pannacci, María E Laucho, Oswaldo Rodríguez.

Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas.

La hemodiálisis de mantenimiento es una modalidad de tratamiento sustitutivo renal que requiere de un acceso vascular de larga duración. En EEUU más de 200 000 personas necesitan HD, estimándose que alrededor de 250 000

catéteres son insertados al año. Las infecciones relacionadas a CVC determinan una mortalidad sobreagregada, mayor estadía hospitalaria y aumento de los costos. La presencia de fiebre y escalofríos tienen escasa especificidad y el material purulento e inflamación tiene escasa sensibilidad para el diagnóstico de infección de CVC, lo que determina que hasta 71 % de los CVC con sospecha de infección no presenten desarrollo bacteriano una vez retirados. El objetivo de este trabajo fue determinar el agente etiológico más frecuentemente aislado en las infecciones de CVC para HD, en el Hospital Miguel Pérez Carreño. Se examinaron 100 historias clínicas de los pacientes hospitalizados que al momento de ingreso o egreso presentaban el diagnóstico de infección CVC para HD. Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal. Sólo en 58 pacientes se logró documentar microbiológicamente la infección del catéter de HD. En los pacientes que se logró aislar el agente etiológico, el 53,8 % correspondió a *S. aureus*. La estancia hospitalaria fue de $28 \pm 7,4$ días. El *S. aureus* en la mayor proporción de los cultivos aislados fue meticilino resistente. El tratamiento empírico fue adecuado en el 84 % de los casos, y éste se relacionó con el uso de vancomicina. Un hallazgo importante fue documentar que en 42 % de los casos que se retira un CVC por sospecha de infección, no se logró documentar un hemocultivo o cultivo de catéter. Esto marca la importancia de poder identificar en forma más precisa a qué pacientes habría que retirarle el CVC por sospecha de infección, ya que estos pacientes pueden llegar al agotamiento del capital venoso. Al conocer el perfil microbiológico dominante en nuestra área, se debiera iniciar la prevención de infecciones por este microorganismo en pacientes en HD y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad que implica estas infecciones, al mismo tiempo disminuir la tasa de hospitalización en pacientes en HD.

112. INCIDENCIA DE PERITONITIS POSDIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN FASE 5 TRATADOS EN EL HOSPITAL IVSS "DR. CÉSAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ". AÑO 2005. PUERTO LA CRUZ. ESTADO ANZOÁTEGUI. Zulima Dayana El Halabi Suárez, Karla-Andreína Agelvis, Milena Ávila Pia, Glenda Arnaboldi-Cedeño, Ana Carolina Natera Benavides.

Hospital IVSS "Dr. César Rodríguez Rodríguez".

En el paciente con enfermedad renal crónica en fase sustitutiva, y en quienes la diálisis perito-

neal se elige como opción de tratamiento, el problema de la peritonitis secundaria a la misma, es una de las complicaciones más frecuentes que no sólo impacta en la calidad de vida, la sobrevida y el estado nutricional, sino también en la funcionalidad y viabilidad de la terapia. Nuestro estudio fue de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo, mediante la revisión y análisis de una serie de casos en el Hospital IVSS "Dr. César Rodríguez Rodríguez" de Puerto La Cruz, Edo. Anzoátegui, durante el año 2005. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas así como medidas de tendencia central y las variables que se tomaron en cuenta fueron: edad, sexo, germen causal, antibióticos sensibles, y antecedentes de peritonitis previas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el total de pacientes con peritonitis posdialisis peritoneal durante el año 2005 fue de 23 casos, de los cuales un 60,87 % fueron del sexo masculino y un 39,13 % del femenino. El grupo etario más frecuente fue el de 51-60 años con 26,09 %, seguido de 41-50 y 71-80 años, ambos con 21,74 %. Los principales gérmenes que crecieron en cultivos de líquido peritoneal fueron: *Staphylococcus aureus* (34,78 %), *Escherichia coli* (30,44 %) y *Candida albicans* (17,39 %). La antibióticoterapia empírica más frecuente fue: vancomicina+amikacina (34,78 %), imipenem (26,09 %) y cefotaxima+amikacina (17,39 %). Un 47,83 % de los pacientes presentaron antecedentes de peritonitis posdialisis peritoneal previas. La rápida identificación de los pacientes con infección peritoneal y la toma de decisiones informadas sobre el uso de antimicrobianos es esencial para disminuir la morbimortalidad asociada a peritonitis.

113. INFECCIÓN PERICÁRDICA BACTERIANA EN PACIENTE CON SIDA. Yrene Del Valle Vásquez Hurtado, Norma Ruiz, María Eugenia Guzmán, María Omaña, Eduardo Ganoso, Hermerson Fuentes, Elias Najas.

Hospital Militar. Caracas.

La pericarditis purulenta es infrecuente en adultos, se presenta como infección aguda y fulminante de corta duración se extiende desde los tejidos contiguos o por diseminación hematogena. La prevalencia de pericarditis oscila en 3 % 37 %, y derrame pericárdico entre 8 % 28 %, este condiciona un peor pronóstico por un 40 % de mortalidad a los 6 meses. Masculino 23 años, HIV (+), asintomático hasta 08/04/2005, cuando presenta lesión papular en región glútea izquierda, absceda, se asocia dolor torácico,

disnea y edema en Msls TA: 60/25 mmHg. FC: 150 ppm. FR: 44 ppm; boca mugüet, ingurgitación yugular, RsRsPs disminuido, roncus aislados, crepitantes dispersos, hepatomegalia, lesión ulcerativa de 3 x 4 cm, diámetro en glúteo izquierdo, fondo limpio, acompañada de otra lesión cicatrizal. Laboratorio: Hb: 14,3g/dl, WBC: 12.300 N: 78. Glucosa: 96 BUN 39 creatinina: 1,2 AST: 1215 ALT: 631 LDH: 1198. BT: 1,20 BD: 0,95. BI: 0,25 CD4: 398 carga viral: PCR 123.000 Líquido pericárdico: turbio glucosa 26. Proteína 6 LDH: 11.150. Células: 200 000 (35 % PMN/65 % MNN). Cocos grampositivos, cultivo: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Rx de tórax: Cardiomegalia, derrame pleural. Ecocardiograma: Derrame pericárdico severo: 35 cm., posterior y 2,9 cm, anterior. Colapso de cavidades derechas. FE 42 % VI dilatado, disfunción sistólica. Pericardiocentesis se extraen 800 cc de secreción verde-amarillenta. Tratamiento oxacilina 2 gramos VEV QID. Conclusión: La presencia de derrame pericardico en un paciente con lesión cutánea hace sospechar diseminación hematogena, por ello es imperativo la evaluación global del paciente y el diagnóstico precoz para tratamiento adecuado, ya que la mortalidad es elevada.

114. SÍNDROME NEFRÓTICO EN UN LACTANTE MENOR COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL DE NIÑOS. MARACAIBO-VENEZUELA. Nelly Petit de Molero, Víctor Román, Yuniet Virla Molero, Iraliz Fuenmayor.

Hospital de Niños, Maracaibo, Estado Zulia.

La homogeneidad clinicopatológica del síndrome nefrótico del preescolar, contrasta con la diversidad de causas, patología y pronóstico del 1er año de vida; entre sus causas, se ubica la sífilis, enfermedad infectocontagiosa sistémica, causada por el *Treponema pallidum*. Caso clínico: Lactante menor masculino, producto de embarazo no controlado, aparentemente sano; al 2do mes de vida presenta edema en miembros inferiores y parpados, generalizándose, a predominio escrotal y peneano, y lesiones en piel eritematosas, vesiculares y descamativas, en manos, pies y genitales, referido a nuestra institución con diagnóstico de: desnutrición y escabiosis impetigizada. Paraclínicos: anemia severa, trombocitopenia, leucocitosis con fórmula indiferenciada, hipoalbuminemia < 2g/dL, , inversión de la relación A/G, plasma lipemico, colesterol 180mg/dL, triglicéridos 478mg/dL, HDL 18mg/dL, VLDL 95.6mg/dL, proteinuria, hema-

turia; VDRL materno 4 diluciones, VDRL paciente 2 028 diluciones, puncion lumbar negativa, FTA-ABS reactiva, tratado con penicilina cristalina por 14 días y luego penicilina procaínica por 7 días, con mejoría clínica evidente y de laboratorio; padres reciben tratamiento por epidemiología; paciente valorado por nefrólogo pediatra con resolución de síndrome nefrótico. Conclusión: La sífilis congénita se manifiesta con múltiples presentaciones, algunas veces poco frecuentes, como el síndrome nefrotico, como en el caso referido. Debe concientizarse en la importancia de la realización del VDRL a todo neonato producto de embarazo no controlado para diagnóstico y tratamiento precoz.

115.CONOCIMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR ESCUELA LUIS RAZETTI - UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (UCV). CARACAS-VENEZUELA. Lia Monsalve¹, Ana Carvajal², María Moreno³, Maximiliano Mon¹.

¹Escuela Luis Razetti-UCV, ²Hospital Universitario de Caracas-UCV, ³Escuela de Medicina Luis Razetti. UCV. Caracas.

Introducción: Los estudiantes de medicina se exponen frecuentemente a sangre y otros fluidos corporales al realizar procedimientos invasivos durante su entrenamiento, estando en riesgo de sufrir enfermedades transmitidas por sangre como VIH y hepatitis viral, por ello es importante que conozcan y apliquen las normas de precauciones estándar. Objetivo: Determinar en el grado de conocimiento sobre las precauciones estándar en estudiantes de medicina materiales y métodos: El presente es un estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 115 estudiantes de medicina de la Escuela "Luis Razetti" (2005-2006) cursantes de 4º y 5º año, en quienes se utilizó una encuesta, validada por expertos, para evaluar su grado de conocimiento sobre las Precauciones Estándar. Resultados: 67,27 % de los estudiantes eran del género femenino y 33,73 % del género masculino, con una edad promedio de 22 años; 54,78 % de los estudiantes encuestados conocían que "Líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural o peritoneal, pericárdico o amniótico son consideradas potencialmente infecciosos para VIH y otros agentes como hepatitis B y C" ;24,34 % conocían que en caso de pinchazos u otras lesiones con objetos cortantes potencialmente contaminados deben lavarse vigorosamente el área con agua y jabón; sólo 26,95 % conocían que deben descartarse las

agujas sin encapuchar en envases destinados a tal fin; 80 % sabían que la transmisión parenteral se produce, entre otros, por contacto de sangre con piel lesionada. Conclusiones: Los estudiantes de medicina encuestados necesitan recibir mayor información durante su entrenamiento acerca de las medidas de precauciones estándar.

116.ACTITUD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS ESCUELA LUIS RAZETTI. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS-VENEZUELA. Lia Monsalve Arteaga¹, Ana Carvajal², María Moreno³, Maximiliano Mon¹.

¹Escuela Luis Razetti-UCV, ²Hospital Universitario de Caracas, ³Escuela Luis Razetti. UCV. Caracas.

Introducción: Los estudiantes de medicina al realizar procedimientos invasivos están en riesgo de sufrir exposición parenteral, lo cual pueden ser minimizado de acuerdo a la actitud que estos asuman. Objetivo Determinar en los estudiantes de Medicina la actitud que presentan al realizar procedimientos invasivos. Materiales y métodos Estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 115 estudiantes de medicina de la Escuela "Luis Razetti" (2005-2006) de 4º y 5º año, en los cuales se realizó una encuesta tipo Lickert, para evaluar la actitud que presentaban al realizar procedimientos invasivos y la posibilidad de sufrir un accidente de tipo exposición parenteral. Resultados: 67,27 % de los estudiantes eran del género femenino y 33,73 % del género masculino, edad promedio de 22 años, 95,53 % estuvieron de acuerdo y total acuerdo con el hecho de "sentirse en riesgo de sufrir accidentes por contacto parenteral en su medio de trabajo que pongan en riesgo su vida"; más del 90 % manifestaron desacuerdo y total desacuerdo ante la conducta de no cumplir con las normas de bioseguridad en caso de que los trabajadores de su medio de trabajo no las cumplieran; un porcentaje cercano al 80 % coinciden en estar en desacuerdo y completamente en desacuerdo con respecto a que la responsabilidad de prevenir accidentes laborales recae sobre sus superiores;48,64 % se mostraron indecisos sobre la existencia de un Comité de Bioseguridad e Higiene en su medio de trabajo. Conclusiones: El conocimiento de las actitudes de los estudiantes de medicina ante procedimientos invasivos es importante para implementar estrategias de prevención de accidentes.

117. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL AGUDO EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS-VENEZUELA. Ana Carvajal¹, Gorge Riera, Ernesto Alayo, Marisela Silva, Adayza Figueredo, Napoleón Guevara, Martín Carballo, María Eugenia Landaeta, María Carolyn Redondo.

¹Hospital Universitario de Caracas/UCV Caracas.

Introducción: El abuso sexual agudo no respeta género, localización geográfica, ni condición social, constituyendo una de las formas más oprobiosas de violencia contra las personas especialmente las más vulnerables como la mujer y los niños. **Objetivo:** Mostrar la experiencia del servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto del HUC en la atención de las víctimas de abuso sexual agudo **Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en el servicio de EIA del HUC (enero 2003- junio 2006), se incluyen 26 casos de abuso sexual agudo, analizándose: perfil epidemiológico, profilaxis antirretroviral posesposición y prevención de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) **Resultados:** Todos los casos correspondieron al sexo femenino, con un rango de edad de 13-54 años, promedio de 38, 92 % tenían edad menor a 29; la profesión estuvo disponible en 20 casos, 40 % eran estudiantes; la atención fue solicitada las primeras 24 horas en 57 % y a las 72 horas en 23 %. El agresor fue desconocido en 94 %. Profilaxis antirretroviral posesposición fue indicada en 23 (88 %), 61 % recibieron zidovudine, lamivudine e indinavir y 39 % zidovudine, lamivudine y nelfinavir. Antibioticoterapia específica para prevenir ITS como: sífilis, infección por chlamydia, gonorrea y vaginosis bacteriana, además vacunación para hepatitis B se indicó en 69 %, Se ofreció atención psicológica y asesoramiento en anticoncepción de emergencia. Una paciente ameritó hospitalización por genitorragia importante. Se desconoce si ha habido seroconversión al VIH **Conclusiones** En este estudio el abuso sexual agudo se presentó en mujeres jóvenes principalmente-estudiantes, ofreciéndoseles una atención multidisciplinaria

118. ESTUDIO DE MICOSIS PROFUNDAS SISTÉMICAS EN NECROPSIAS REALIZADAS EN EL INSTITUTO ANATOMOPATOLÓGICO "JOSÉ A. O'DALY" ENTRE LOS AÑOS 1993-2004. INSTITUTO ANATOMOPATOLÓGICO "JOSÉ A. O'DALY" UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Ana Dos-Santos¹, Zuleyma Guzmán R¹, Celina-Pérez¹, María Eugenia Landaeta², Alicia Machado³, Arantza Roselló¹, Carolina Olaizola¹, María Teresa Colella¹,

Claudia Hartung¹, Sofía Mata Essayag¹.

¹Sección de Micología Médica Instituto de Medicina Tropical, UCV, ²Hospital Universitario de Caracas, ³Instituto Anatomopatológico "José A. O'Daly" Universidad Central de Venezuela.

En las últimas décadas se ha observado a nivel mundial un aumento de las micosis profundas sistémicas (MPS), las cuales ocasionan una alta morbimortalidad. En Venezuela las más frecuentes son: histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, criptococosis, coccidioidomicosis y candidiasis. Algunas veces pasan desapercibidas, ocasionando la muerte. Es en estos casos donde la revisión de las autopsias cobra un papel muy importante. **Objetivo:** analizar la frecuencia de las MPS en necropsias realizadas en el Instituto Anatomopatológico "Dr. José A. O'Daly" de la UCV, entre los años 1993-2004. **Métodos:** estudio retrospectivo, en el cual se revisaron 3 004 protocolos de autopsias, entre los años 1993-2004. De estos, en 120 el diagnóstico definitivo reportó una MPS. Las historias revisadas se clasificaron en pacientes con SIDA y VIH seronegativos. **Resultados:** De las 120 historias con diagnóstico postmortem de MPS, 71 casos correspondieron a pacientes con SIDA (59,2 %), mientras que los 49 restantes eran VIH negativos (40,8 %). En ambos grupos la media de edad fue de 36 años; En los seronegativos se presentaron casos en edades extremas de la vida, entre los 0 a 9 años, y entre 70 a 79 años. En el 80,8 % de las autopsias, se encontró la presencia de un único agente causal; en el 19,2 % restante se observaron 2 y hasta 3 diferentes agentes micóticos simultáneamente, hecho que predominó en el grupo con SIDA. **Conclusiones:** El diagnóstico clínico de las MPS puede confundirse con otras entidades o pasar desapercibido. La autopsia es un instrumento certero a la hora de identificar una MPS.

119. COINFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y NOCARDIA ASTEROIDES EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL. José Álvarez, Rosa Bolaños, María Guzmán, Yrene Vásquez, Eduardo Ganoso, Norma Ruiz.

Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo" Caracas.

La incidencia de TBC en trasplante de órganos sólidos varía según las distintas series y zonas geográficas entre 0,5 % a 15 %, mientras que la incidencia de nocardiosis se reporta 0,7 % al 3 %. Para ambas entidades se describen como factores de riesgo: inmunosupresión, uso anticuerpo antilinfocitario, antecedente de TBC. Caso

clínico. Masculino 22 años, IRC, trasplantado donante vivo relacionado el 25/11/05, PPD receptor 0 mm, PPD donante 16 mm, no recibió profilaxis anti-TBC. Tratamiento inmunosupresor: prednisona, ciclosporina y micofenolato sódico. A las 6 semanas postrasplante inicia fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, tos productiva. Rx tórax: imagen radiopaca redondeada difusa en campo pulmonar izquierdo. Ingresa el 03/02/2006 con diagnóstico: neumonía izquierda, inicia antibióticoterapia. Evolucionó tórpidamente, permanece febril, tos, expectoración hemoptoica, BK esputo (+++), se realizó broncofibroscopia y cultivos para hongos, micobacterias y bacterias. Inicia tratamiento anti-TBC (4 drogas), TMP/SXM dosis terapéuticas ante sospecha de *Pneumocystis jirovecii* por 21 días, se suspendió inmunosupresión. El 14/03/06 presentó en forma aguda disnea e hipoxemia, abolición RsRs en hemitórax izquierdo. Rx tórax: derrame pleural másivo izquierdo, ameritando toracocentesis terapéutica. Continuaba BK de esputo positivo y fiebre. Se recibió resultado de cultivo de LBAV: *Mycobacterium tuberculosis* y *Nocardia asteroides*. Se combinó tratamiento: TMP/SMX e imipenen, manteniéndose anti-TBC. Evolucionó satisfactoriamente, reinició inmunosupresores y egresó. Discusión: La TBC en el trasplante de órganos sólidos presenta una distribución bimodal, prevalece la forma pulmonar en 63 %, la clínica es variable e inespecífica. La nocardiosis constituye fundamentalmente una infección oportunista. Nuestro caso demuestra la importancia de sospechar la coinfección por nocardia cuando persiste BK positivo en paciente inmunosuprimido e igualmente, en la profilaxis anti-TBC en receptores de trasplante con adecuada evaluación pretrasplante. La semejanza clínica de estas entidades retarda el tratamiento y es la perspicacia médica lo que permite precisar el diagnóstico.

120. RESPUESTA PARADÓJICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". María Omaña, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz, Eduardo Gayoso.

Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo" Caracas.

La capacidad de los agentes terapéuticos de estimular la respuesta inmune durante el tratamiento de los procesos infecciosos ha sido descrita principalmente en infecciones por micobacterias y organismos intracelulares. Las micobacterias atípicas se caracterizan por baja virulencia y actualmente han emergido asociadas

a procedimientos estéticos o en pacientes inmunocomprometidos. En los pacientes con VIH se describe el síndrome de reconstitución inmune (SRI) durante la terapia antirretroviral. Observar esta respuesta inmunológica con poliserositis y eritema nodoso durante el tratamiento de *Mycobacterium abscessus* no es frecuente. Caso clínico: Femenina 32 años, HIV (-), mamoplastia reductora (2000). En otro centro se realiza adenomásectomía más colocación de prótesis (400 cm³) por fibroadenomas (febrero 2005). Cambio de prótesis (300 cm³) por insatisfacción en agosto 2005. Quince días después presenta aumento de volumen en mamas, dolor, secreción purulenta y eritema. Recibió oxacilina sin mejoría. Se realizó limpieza quirúrgica, extracción de las prótesis y lipoescultura. Indicaron cefadroxilo sin respuesta. Posteriormente presenta nódulos subcutáneos en abdomen, glúteos y espalda, salida de secreción purulenta, fiebre, escalofríos, leucocitosis, neutrofilia, elevación de los reactantes de fase aguda. Ingresó 21/10/05 con IDx Infección piel y partes blandas por probable *Mycobacteria atípica*. ZN (+) cultivo: *Mycobacterium abscessus*. Se indicó claritomicina, ciprofloxacina y amikacina. Fueron drenadas las colecciones. Durante el tto, presentó artralgia en rodilla derecha y articulaciones interfalángicas izquierdas, nódulos subcutáneos parecidos a eritema nodoso, dolor torácico. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. Se asoció esteroides. Evolucionó satisfactoriamente, recibe tratamiento ambulatorio hasta la actualidad. Discusión: La incidencia de *Mycobacterium abscessus* ha venido incrementándose debido a los procedimientos estéticos realizados en salones de belleza, gimnasios y en el hogar. Se reporta prevalencia entre el 0,5 % del grupo de gérmenes atípicos, generalmente es causada por inculación con material contaminado. En el caso descrito se realizó una siembra extensa durante la liposucción y la respuesta paradójica observada con el tratamiento puede deberse al inóculo bacteriano importante.

121. PSEUDOTUBERCULOSIS VERTEBRAL POR LINFOMA EXTRANODAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". María Omaña, Eduardo Gayoso, María Guzmán, Yrene Vásquez, Norma Ruiz.

Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo".

El linfoma vertebral primario es poco frecuente, tanto en su variante de linfoma de Hodgkin (LH) como no Hodgkin (LNH), rara vez se presenta

como lesión única. El LH constituye 0,5 % 1 % de todos los tumores en adultos. El 90 % de los casos se originan en los nódulos linfáticos, el 10 % en regiones extranodales. El LH extranodal primario de columna sin compromiso de otros órganos afecta especialmente cuerpos vertebrales, dorsales bajos y lumbares altos; con incidencia del 5,8 %. El dolor y las parestesias son los síntomas más frecuentes. Las dificultades diagnósticas retardan el tratamiento. Caso clínico: Masculino de 26 años, presenta dolor en región lumbar, insidioso, continuo, de un año en evolución, cedía con AINES, acompañado de parestesias en Msls, pérdida de peso. Evaluado en otro centro: RMN de columna lumbo-sacra (04/06/05): alteración de señal en tercera vértebra lumbar y pedículo derecho. GMN ÓSEO (21/06/05): aumento de la vascularidad, hiperemia y aumento de la actividad osteoblástica en L3 y pedículo derecho. TAC tóraco-abdominal (08/08/05): ocupación de mediastino superior por plastrón ganglionar. Lesión ósea en L3 que afecta cuerpo vertebral de densidad mixta lítica y blástica. Marcadores tumorales: negativos. Ingresa en agosto 2005, se realizó biopsia vertebral percutánea (23/08/05): Infiltrado polimorfo compatible con osteomielitis. Coloraciones negativas. Se plantea TBC en columna lumbar. Recibe tratamiento anti TBC. 1ª y 2ª fase sin respuesta. Noviembre 2005 realizan laminectomía descompresiva, biopsia y artrodesis de columna lumbar. Cultivos mycobacterias, hongos y bacterias: negativos. Biopsia de columna: inflamación crónica granulomatosa. ZN: negativos. A pesar del tratamiento anti TBC y antibacteriano continua el dolor lumbar y fiebre. Se recibe inmunohistoquímica: marcadores compatibles con linfoma de Hodgkin. Inicia Rt y Qt. El CT-PEP evidencia ganglios, actualmente en malas condiciones para realizar biopsia, continua con antineoplásicos. Discusión: El tumor óseo primario o secundario puede simular patología infecciosa como la espondilitis tuberculosa; por lo que es necesario considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales.

122. ENDOCARDITIS DE VÁLVULA PROTÉSICA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS ÉXITO TERAPÉUTICO CON AMPICILINA + CEFTRIAXONA CENTRO MÉDICO. CARACAS. Alfonso José Guzmán Suárez¹, Harry Acquatella, César Pru, Fatima De Abreu, Alberto Pieretti, Raul Istúriz, Manuel Guzmán.

¹Centro Médico de Caracas.

El tratamiento de la endocarditis infecciosa por enterococos representa un problema terapéutico

debido a la necesidad de tratamiento sinérgico. El porcentaje de recaída o falla sin el uso de aminoglicósidos es de 30 % a 60 %. Adicionalmente el uso prolongado de aminoglicósidos está asociado a eventos adversos importantes. Modelos experimentales han demostrado efectividad en el tratamiento de esta patología utilizando tratamiento con ampicilina + ceftriaxona, o vancomicina + ceftriaxona. Presentamos el caso de una paciente de 73 años de edad con antecedentes de recambio de válvula mitral (bioprótesis) e insuficiencia renal aguda en junio de 2000, quien ingresó con cuadro de endocarditis infecciosa de la bioprótesis mitral el 29 de mayo de 2006. Cuatro hemocultivos demostraron *E. faecalis* sensible a ampicilina y gentamicina de alta carga y el ecocardiograma transesofágico fue compatible con endocarditis protésica. Se inició tratamiento con ampicilina 2 g. VEV C/6 horas + gentamicina 160 mg. VEV orden día. Al tercer día la paciente presentó elevación de creatinina llegando a requerir hemodiálisis por lo que se modificó el tratamiento omitiendo la gentamicina y asociando ceftriaxona. Recibió 6 semanas de tratamiento endovenoso sin recambio valvular con curación del cuadro infeccioso demostrado por hemocultivos persistentemente negativos al tercer mes de suspensión de tratamiento y normalización del ecocardiograma. De igual forma las cifras de creatinina se normalizaron por lo que la paciente egreso sin necesidad de soporte dialítico. Conclusión: El tratamiento con ampicilina, ceftriaxone resultó ser una alternativa terapéutica para nuestra paciente.

123. ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL: BLENORRAGIA EN BARCELONA – PUERTO LA CRUZ. ESTADO ANZOÁTEGUI. PERÍODO 2001-2005. Chessaysna Silva¹, Rosalva Velásquez,² Ailepsy Rodríguez³, Glenda Cedeño⁴, Eduardo González⁵, Manuel Mejías⁶.

¹Hospital Domingo Guzmán Lander, ²Hospital Dr. Luis Razetti, ³Hospital Domingo Guzmán Lander, ⁴Hospital César Rodríguez, ⁵Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", ⁶Hospital Universitario Dr. Luis Razetti.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal cuyos datos fueron tomados de los registros de morbilidad de pacientes que acudieron a consultas de Infección de transmisión sexual (ITS) en los centros integrales de salud de Puerto La Cruz (PLC) y Barcelona (BNA), en el periodo de enero 2001 - 2005, obteniéndose 1318 casos, 376 ambulatorio de PLC, 942 Ambulatorio BNA.

El sexo predominante fue el masculino, la ocupación con mayor porcentaje fue la obrera 66,84 % distribuidos 199 PLC y 567 en Barcelona; luego los estudiantes con 120 casos en Barcelona, 42 casos PLC. El sexo femenino el 46,78 % (80 casos) fueron amas de casa, continuando con trabajadoras sexuales 75 casos y obreras con 4 casos. El grupo etario predominante fue entre los 21 y los 30 años, seguido de los 31 – 40 años de edad. La edad mínima fue de 12 años y mayor: 61 años. El segundo trimestre es el de mayor preponderancia. Los años de investigación reportan que la blenorragia tiene en descenso lento con escasa discriminación entre los pacientes. Con estos resultados se pretender obtener información actual de la epidemiología de este problema de salud y medir efectividad de las acciones de salud en contra, así como planificar nuevas acciones de educación sexual y para la salud, disminuyendo así la morbilidad.

124.MENINGOCOCCEMIA POR NEISSERIA MENINGITIDIS SEROTIPO Y. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, 2006. Gustavo Alberto Ramírez Guillén, María Gabriela Pérez, Rosyris Velásquez, Julio González Parra.

Hospital Central de Maracay.

Objetivo: Descripción del primer caso documentado de *N. meningitidis* serotipo Y en el Hospital Central de Maracay. La distribución de los diversos serotipos del meningococo ha variado con el paso de los años, siendo las más frecuentes el A, B, y C, el serotipo Y se ha reportado en diversas series en menos del 5 % de los casos; en nuestro país son muy pocos los casos confirmados de este serotipo, el cual no tiene cobertura por medio de la vacuna contra el meningococo, que está diseñada para los serotipos A y C. Materiales y métodos: Paciente masculino de 47 años de edad, procedente de la colonia tovar, quien inició EA el 01/06/06 en horas de la mañana cuando comenzó a presentar fiebre no cuantificada precedida de escalofríos, en horas de la noche de ese mismo día refiere odinofagia y dolor óseo generalizado a predominio de miembros inferiores, con persistencia de la fiebre, en la madrugada del 02/06/06 refiere aparición de petequias en miembros inferiores, que progresan a equimosis, por lo que es llevado al Hospital de la victoria, por deterioro del estado general es referido a este centro donde se decide su ingreso; durante su estancia presenta evolución poco satisfactoria con falla multi-orgánica falleciendo a las 16 horas de su ingreso; se realizó punción lumbar y toma de hemocultivos;

citiquímico: pH alcalino, aspecto antes de centrifugar turbio, color antes de centrifugar amarillo; conteo celular 869 cel/mm³, Glucosa 2 mg/dL; Pandy 4+; Diferencial: 90 % neutrófilos. Gram: diplococos gramnegativos, cocos grampositivos en parejas y racimos, aislándose *Neisseria meningitidis* serotipo. Resultados: la identificación de *N. meningitidis* serotipo Y es un hallazgo poco frecuente, por lo que el diagnóstico precoz de cualquiera de las variedades de la enfermedad por meningococo motiva a iniciar tratamiento empírico a la brevedad posible e iniciar la profilaxis los contactos y núcleo familiar que haya tenido contacto con el paciente.

125.INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN BAR EN HOSPITAL “MOLINA SIERRA”, IVSS. PUERTO. CABELLO. 2005. Pricilla Hernández¹, Pricilla Hernández, Rubén Darío Terán, Ysabella De Bellis.

¹IVSS “Dr José Francisco Molina Sierra”.

La mononucleosis infecciosa es causada por el virus Epstein-Barr afecta a adolescentes y adultos jóvenes. Se han descrito cuadros de glomerulonefritis proliferativa endocapilar en el curso de infección por virus Epstein Barr (VEB) con una evolución de glomerulonefritis agudas. Se trata de paciente de 18 años con clínica de síndrome viral (cefalea, horexia, debilidad, fiebre), quien presenta leucopenia a expensas de linfocitos y trombocitopenia, con pruebas positivas para Epstein Barr: Monolert +, anticuerpos VCA IgM positivo, anti VCA IgA positivo, anti EBNA negativo. Quien en el curso de su enfermedad desarrolla cuadro de insuficiencia renal aguda con niveles de creatinina 6,47 mg/dL y urea 223 mg/dL, depuración de creatinina corregida: 130,84 mL/min, 1.768,47 mg/24 h, ecografía renal: enfermedad cortical grado I (nefropatía médica aguda). Se le brindó como tratamiento hidratación parenteral solución 0,45 % alterna con solución 0,9 %, nimesulide, aluron, y bicarbonato vía oral, mostrando evolución satisfactoria, liemos traído a acotación este caso debido a la importancia que implica que unas de las enfermedades más comunes en adultos jóvenes y adolescentes como lo es la mononucleosis infecciosa pueda generar una de las complicaciones más severas cómo los es la insuficiencia renal aguda, como lo describen las literaturas consultadas. Realizar exámenes que valoren el funcionalismo renal en todo paciente con clínica de síndrome viral en forma periódica al inicio y en el transcurso de la evolución de su enfermedad.

126.SEROLOGÍA PARA VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN DONANTES VOLUNTARIOS DEL HOSPITAL "MOLINA SIERRA" IVSS PUERTO. CABELLO. Pricilla Hernández¹, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Terán.

¹IVSS "Dr. José Francisco Molina Sierra".

La prevención de las enfermedades infecciosas transmitidas por transfusión es uno de los objetivos primordiales de la práctica actual en la medicina transfusional. La infección por el virus de la hepatitis C y B es causa preponderante de enfermedad hepática crónica en todo el mundo. Actualmente existen pruebas como el ELISA de tercera generación, de alta sensibilidad y especificidad para detectar anticuerpos Anti - VHC y prevenir la transmisión de esta infección. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia y algunas características epidemiológicas asociadas a la infección por VHC y VHB en donantes de sangre en el Hosp. J.F.M.S. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, cuyos datos epidemiológicos y resultados del tamizaje general se obtuvieron de los registros del banco de sangre, en el período de 1999 hasta diciembre del 2004. El total de donantes fue 635, la mayoría entre 20 y 30 años 228 (35,90 %), el 92,91 % masculino. La prevalencia de virus de hepatitis B Core positivo 194 (30,55 %), antígeno superficie VHB 34 (5,35 %) y VHC 46 (7,24 %). La asociación de HIV y Hepatitis C fue 2 (4,05 %) y VHB 3 (6,12 %). Podemos concluir que existe una alta prevalencia de hepatitis b en los donantes voluntarios que acuden al banco de sangre del Hosp.J.M.S. Podemos concluir que es necesario incentivar medidas preventivas para la transmisión de esta enfermedad y asimismo, utilizar hemoderivados bajo indicaciones precisas y con el debido control serológico para evitar la transmisión a través de transfusiones sanguíneas.

127.PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO II DE GOAIGOAZA. PUERTO CABELLO. ENERO-JULIO 2006. Pricilla Hernández¹, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Darío Terán, Aura Goncalves.

¹IVSS "Dr. José Francisco Molina Sierra".

Las patologías dermatológicas constituyen unas de las principales causas de consulta, incluyendo dentro de ellas las infecciones de piel, que muchas veces conllevan a complicaciones que ameritan hospitalización con utilización de antibióticoterapia endovenosa, como es el caso de la

celulitis, erisipela y diversidad de abscesos. El objetivo del presente estudio es determinar la incidencia de enfermedades dermatológicas en los pacientes que acuden al ambulatorio de Goaigoaza y los tipos más frecuentes. El estudio es del tipo prospectivo, descriptivo. El total de pacientes que acudieron a la consulta fue 2310 pacientes, la incidencia de pacientes con lesiones de piel fue 164 (7,09 %) de los cuales 88 (53,95 %) eran de sexo masculino. Las lesiones más frecuentes fueron piodermatitis 42 (25,60 %), micosis superficial 29 (17,68 %) y escabiosis 23 (14,02 %). Podemos concluir que las enfermedades dermatológicas constituyen un motivo de consulta frecuente en donde las infecciones de la piel son las afecciones más encontradas por lo cual se sugiere incentivar las medidas higiénicas en la población general para prevenir dichas afecciones.

128.PARASITOSIS INTESTINALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO II DE GOAIGOAZA. PUERTO CABELLO. ENERO-JULIO 2006. Pricilla Hernández¹, Pricilla Hernández, Ysabella De Bellis, Rubén Darío Terán, Aura Goncalves.

¹IVSS "Dr. José Francisco Molina Sierra".

Las parasitosis intestinales constituyen un tópico amplio en vista de la gran diversidad de agentes que invaden el aparato digestivo, si bien es cierto que en común tienen la típicas manifestaciones de dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, fiebre, anemia y desnutrición, tenemos que cada agente en particular, predispone a determinadas complicaciones y requiere un tratamiento en particular. El objetivo del estudio es determinar la incidencia de parasitosis intestinal en los pacientes que acuden a la consulta del ambulatorio de Goaigoaza por síndrome diarreico. El total de paciente que acuden por síndrome diarreico fue 84 (3,63 %), en su mayoría tenían 25 a 44 años 16 (19,04 %), de los cuales 67 (79,76 %) presentaron parasitosis intestinal, los agentes parasitarios más frecuentes fueron *Endolimax nana* 47 (55,95 %), *Ascaris lumbricoides* 26 (30,95 %) y *Blastocytis hominys* 22 (26,19 %). El 28 (33,33 %) presentaron poliparasitosis. Podemos concluir que esta población existe una alta incidencia de parasitosis en los cuadros diarreicos, lo que contrasta con lo planteado en la mayoría de las bibliografías consultadas donde plantean que los cuadros diarreicos son de etiología viral en mayor proporción.

129. ENDOCARDITIS EN VÁLVULA TRICUSPÍDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MARACAY - VENEZUELA. Julio González Parra, Saydi Albella Carrasquero Arias, Ana Prieto, Ricardo Mota Leal.

Hospital Central de Maracay. Maracay Estado Aragua.

Se trata de paciente masculino de 37 años de edad quien inició sintomatología desde hace un mes: fiebre continua cuantificada en 39° C y expectoración hemoptoica; acude al HCM siendo ingresado. Se solicitaron pancultivos: crecimiento de *Estafilococos aureus* en sangre, orina y esputo, perfil hepático alterado: bilirrubina total elevada a expensas de la directa. Estudios imagenológicos: TAC toraco-abdominal: derrame pleural bilateral, con imágenes de lóbulos redondeados, algunas con broncogramas en ambos campos pulmonares. No se identifican plastrones ganglionares a nivel de mediastino y retroperitoneo. Hepatoesplenomegalia más o menos moderada. Por bacteremia se solicitó ecocardiograma transtorácico: endocarditis infecciosa por presencia de vegetación tipo III a nivel de válvula tricuspídea. Se inició tratamiento con oxacilina y gentamicina por dos semanas. Se la había realizado acceso venoso central hace un mes. Aunque la afección de válvulas izquierdas continúa siendo la más frecuente, el compromiso de las cavidades derechas siempre debe ser tenido en cuenta, entre los factores predisponentes: catéteres intravasculares, adicción a drogas intravenosas y aborto séptico. La endocarditis derecha representa menos del 7 % de los casos y suele afectar la válvula tricuspídea. En nuestra institución solo se ha presentado un caso en los últimos treinta años. Los hallazgos auscultatorios y alteraciones hemodinámicas son menos evidentes y las vegetaciones más grandes, se han comunicado 75 % de embolismos pulmonares recurrentes.

130. VENTRICULITIS POR *ESCHERICHIA COLI* EN PACIENTE CON SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO - PERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ" CUMANÁ-VENEZUELA. Rosibel Sucre¹, José Romero, Maribel Morillo, Linneth Valderrey, Liset Guevara, Yisbeli Salazar.

¹Hospital "Antonio Patricio de Alcalá". Cumaná Estado Sucre.

Lactante femenina de 6 meses de edad, con diagnóstico de hidrocefalia congénita derivada, el 03-07-06 presenta aumento de volumen perireservorio, concomitantemente fiebre, vómito,

signos de flogosis en trayecto catéter con salida de líquido cefalorraquídeo, con dolor en flanco derecho y región periumbilical. Se realiza eco-abdominal que reporta catéter en vejiga urinaria. Se retira sistema de derivación con toma de cultivo y Gram de líquido cefalorraquídeo que reportó cocos grampositivos. Cultivos de extremo distal y proximal de derivación con crecimiento de *Escherichia coli*. Recibe tratamiento con vancomicina y meropenem con evolución satisfactoria. Discusión Las infecciones del sistema nervioso central en pacientes con sistema de derivaciones son muy frecuentes y tienen mayor incidencia a los dos meses después de la cirugía. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables y dependen del patógeno involucrado y su virulencia. El germen más frecuente es el *Staphylococcus epidermidis* seguido del aureus y bacilos entéricos gramnegativos. El diagnóstico requiere dos o más de los siguientes criterios: fiebre, disfunción del sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo, celulitis en el trayecto del catéter, signos de hipertensión endocraneana y líquido ventricular turbio con grampositivo para microorganismo. En la literatura se reporta que la infección por *Escherichia coli* ocurre por perforación intestinal Conclusión. Se reporta un caso de paciente con derivación ventrículo peritoneal infectada por *Escherichia coli* por perforación de vejiga urinaria.

131. OSTEOMIELITIS AGUDA DEL ESTERNÓN POR *E. COLI*, A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ". CUMANÁ-ESTADO SUCRE. FEBRERO 2006. Johannes Khan, Breida Nathali Hernández Yáñez, Marcos Ramon Betancourt Guiza, Maribel Morillo, Rosibel Sucre.

Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá" Cumaná, Estado Sucre.

La osteomielitis, una infección ósea tanto cortical como medular, causada por bacterias aunque puede ser por virus y hongos. Se clasifican atendiendo: tiempo de evolución, mecanismo patogénico, tipo de hueso afectado, localización y características del huésped. Caso: Masculino de 67 años, inicia enfermedad en febrero cuando presenta Fiebre de 39,5° C atenuado con acetaminofen seguido por evacuaciones líquidas, sin moco ni sangre, náuseas y vómitos de contenido alimentario, se indica metronidazol y lactobacillus acidophilus, con leve mejoría, persistiendo la fiebre, posteriormente evacuación líquida negruzca fétida, disnea progresiva y tos, por lo cual se ingresa. Examen Físico: T/A 80/60

mmHg Fc: 118 lpm. Fr: 40 rpm, temperatura axilar 38,5° C, tinte ictérico en piel y mucosas, elasticidad disminuida, somnoliento, saliva espesa, tiraje intercostal y subcostal, Crepitantes en 1/3 inferior del hemitórax derecho, abdomen distendido, doloroso en hemiabdomen superior, Hepatomegalia. El laboratorio de ingreso: leucocitos: 16.000 mm³, segmentados: 86 %, plaquetas: 41,000 mm³, VSG mayor de 150, alcalosis metabólica y respiratoria. Se indicó cefotaxime, metronidazol y amikacina, presentando evolución tórpida caracterizada por síndrome de disfunción multiorgánica requiriendo apoyo con hemodiálisis. Por persistir trastornos hematológicos, VSG elevada y nefropatía aguda se realiza aspirado de médula ósea en esternon, obteniéndose exudado purulento. Cultivo: *E. coli*, se continúa tratamiento con cefotaxime por seis semanas. TAC de tórax helicoidal: derrame pleural derecho con cambios de osteolisis segmentario en hemilado izquierdo del manubrio esternal y epífisis distal de la clavícula. Ganmagrama óseo: aumento de actividad osteogénica a nivel de esqueleto axial. Egresos por mejoría clínica. Discusión: La osteomielitis aguda es producida en un 90 % de los casos por *S. aureus*, seguido por *Streptococcus beta-hemolítico* del grupo A y en menos del 23 %, por *E. coli* asociado al uso de drogas endovenosas y osteomielitis crónica. La osteomielitis esternal es una enfermedad poco frecuente hoy en día. La mayoría de las veces suele diagnosticarse en drogadictos por vía endovenosa, aunque también puede estar asociada a una aspiración de médula ósea y cirugía cardíaca. Más raro aún es que la osteomielitis esternal se presente junto a neumonía grave y sepsis en un contexto de inmunocompetencia. La mayoría de los casos que se publican de osteomielitis esternal están asociados a traumatismos o a la presencia de un absceso retroesternal. El porcentaje de curación en osteomielitis aguda hematogena es superior al 95 % si el antibiótico se administra precozmente y durante 6 semanas. Conclusión: Se presenta un caso de osteomielitis aguda en esternon por *E. coli* en un paciente que curso con sepsis punto de partida abdominal.

132. IMPACTO DIAGNÓSTICO DE LA PRIMERA UNIDAD CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS DEL PAÍS. VALENCIA - CARABOBO. Olga Castillo de Febres¹, Beatriz Cáceres², Ana Herrera³, María Castillo³, María Rosas⁴, Miriam Sánchez de Naveda¹, Giomaris López¹, Haydee Ochoa³, Zoraida Rodríguez³, Lennys Macías³.

¹Universidad de Carabobo, ²inhrr, ³insalud, ⁴insalud-Uc

Entre junio a noviembre de 2005, la CHET envió 203 muestras al Instituto Nacional de Higiene "Dr. Rafael Rangel" (INHRR) como parte del sistema de vigilancia de virus respiratorios, con tres aislamientos (1,5 %): parainfluenza, 1 adenovirus y 1 influenza A (H3N2). El interés mostrado en dicha vigilancia, conllevó a las autoridades a la creación del Primer Puesto Centinela en el interior del país, cuyos resultados aquí se señalan. Estas unidades están integradas por componentes epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, y brinda información a las autoridades regionales para conocer problemas, ejecutar acciones y difundir la información. Objetivos: Describir el impacto en diagnóstico y epidemiología de los virus respiratorios identificados en la Unidad Centinela de la CHET de Valencia. Metodología: Se tomaron muestras de hisopado naso-faríngeo a personas que consultaron a las emergencias (adultos y pediátrica) con fiebre y signo-sintomatología respiratoria no mayor a 3 días de evolución. Las muestras fueron procesadas en el Puesto Centinela de la CHET con inmunofluorescencia indirecta de anticuerpos monoclonales para influenza A y B, parainfluenza, adenovirus y virus sincicial respiratorio y luego enviadas al INHRR para confirmación (cultivo o reacción en cadena de polimerasa). Dicho estudio se llevó a cabo en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, durante el período de abril a junio de 2006. Resultados: Entre abril a junio de 2006 se procesaron 105 muestras, habiendo en 28 de ellas (28,6 %) aislamiento viral: 19 influenza B (67,8 %), 8 influenza A (28,6%) y 1 Parainfluenza (3,6 %). Hubo un incremento progresivo de aislamientos, (de 12,2 % en abril a 39,1 % en junio). Influenza B circuló entre las semanas epidemiológicas 15 a 24, con un máximo entre las semanas 17 a 20; mientras que influenza A se detectó por primera vez en la semana 20 con un pico máximo en la 26. El 75 % de los virus influenza A se identificaron en niños (3 a 24 meses de edad), mientras el 41,7 % de los Influenza B se ubicaron el mismo grupo y el 26 % en mayores a 10 años. Quince niños se hospitalizaron (14,3 %), con máxima incidencia entre las semanas 24 a 25, coincidiendo con la circulación del virus Influenza A, hospitalizando a dos de ellos (bronquiolitis y neumonía), al igual que el único parainfluenza (hiperreactividad de vías aéreas). No hubo identificación de virus en el resto de los pacientes hospitalizados. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue neumonía (6 casos) seguido de bronquiolitis e insuficiencia respiratoria (2 cada uno). Conclusiones: La Unidad Centinela identificó vi-

rus respiratorios en el 28,5 % de los casos, comparado a 1,5 % en el lapso previo a la creación de la misma. El virus más frecuentemente identificado fue influenza B, sin embargo, influenza A fue el primer causante de hospitalización. Hubo diferencias en la circulación del virus influenza A y del B en las semanas epidemiológicas.

133. RIESGO LABORAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y DE LOS POSGRADOS DE PEDIATRÍA, ODONTOPEDIATRÍA Y NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. Ivelisse Coromoto Natera Alvizu¹, Rubén Eduardo Urdaneta Pérez².

¹Hospital Universitario de Caracas, ²Hospital "Dr. Domingo Luciani" Caracas.

Introducción: Los estudiantes de medicina y otras carreras afines están expuestos a riesgos biológicos. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de accidentes laborales y las medidas posexposición recibidas en estudiantes de Medicina y de los posgrados de Pediatría, Odontopediatría y de Nutrición de la Universidad Central de Venezuela (UCV). **Método:** Estudio descriptivo, a través de una encuesta epidemiológica, anónima y voluntaria a estudiantes del segundo al sexto año de Medicina de la Escuela "Luis Razetti" y estudiantes de Pediatría, Odontopediatría y de Nutrición de la UCV, desde marzo 2004 a junio 2005. **Resultados:** 487 estudiantes respondieron la encuesta. El 31,8 % (155/487) reportó 1 ó más accidentes laborales (total: 208 accidentes con 245 exposiciones). La proporción de accidentes por estudiante aumentó con los años académicos y fue más frecuente entre los alumnos de odontopediatría y pediatría. Los pinchazos con agujas fue la exposición más frecuente. Más del 60 % de los accidentes registrados por los estudiantes de medicina ocurrieron durante rotaciones por gineco-obstetricia y extra-académicas. El 41 % de los accidentes no fue reportado. El 75 % de los accidentes no recibieron tratamiento anti-retroviral y 31,25 % no recibieron la vacuna contra VHB. **Conclusiones:** Un porcentaje importante de estudiantes han sufrido algún accidente laboral, siendo el pinchazo con aguja el más frecuente. Las actividades extra-académicas, rotaciones por gineco-obstetricia y odontopediatría estuvieron relacionadas con una mayor frecuencia de accidentes. La aplicación de las medidas posexposición fue insuficiente. **Recomendaciones:** Realizar programas educativos sobre riesgo laboral. Exigir como requisito de ingreso a las escuelas de salud, la vacuna contra VHB.

134. FUNCIONES DEL INFECTÓLOGO: EVALUACIÓN DE PACIENTES EN CONSULTA INTER-DEPARTAMENTAL. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). María Eugenia Landaeta¹, María Dolores Fernández¹, Jorge Riera, Ernesto Alayo, Mayra Quintero¹, Carlos Pérez¹, Adayza Figueredo¹, Ana Carvajal¹, María Carolyn Redondo¹, Marisela Silva¹.

¹Hospital Universitario de Caracas: Caracas.

Entre las funciones que desempeñan los infectólogos en el HUC se encuentran las consultas interdepartamentales, a pacientes hospitalizados en los otros servicios del hospital. En estos se realiza el control y supervisión del tratamiento con antimicrobianos de última generación o de alto costo, de uso restringido, además de contribuir con el diagnóstico y manejo de enfermedades infecciosas. **Objetivos:** evaluar el trabajo que cumplen los infectólogos en el Hospital Universitario de Caracas, entre enero y junio de 2006. **Métodos:** se revisaron los informes de consultas interdepartamentales, en el período citado, departamento que solicita la consulta, diagnóstico del paciente, microorganismos aislados y antimicrobianos sugeridos. **Resultados:** Se analizaron 466 informes de consulta interdepartamental, 64 % eran de primera y el resto (46 %) reevaluaciones, con un promedio de 78 consultas mensuales; 39,75 % provenían de los servicios médicos, 45,78 % de los servicios quirúrgicos, 10,84 % de ginecología y obstetricia y 3,61 % de los servicios de observación y recuperación. Los diagnósticos más frecuentes fueron infecciones respiratorias inferiores (17,94 %), tejidos blandos (12,35 %), tracto urinario (11,47 %), sepsis (9,11 %) e infección por VIH/SIDA (8,23 %). Entre los microorganismos aislados, predominaron los bacilos gramnegativos (50,64 %), incluyendo *E. coli* (12,98 %) y *Pseudomonas aeruginosa* (9,09 %). Se aisló un 18,18 % de *Staphylococcus aureus*. Los antimicrobianos más indicados fueron cefepime (18,89 %), vancomicina (12,22 %), amikacina (12,86 %), clindamicina (12,33 %) y piperazilina-tazobactam (8,66 %). **Conclusiones:** El servicio de infectología procesa un elevado número de consultas interdepartamentales, en las cuales considera y autoriza el uso de antimicrobianos restringidos, además de asesorar en el manejo apropiado de los pacientes con enfermedades infecciosas en el HUC.

135. PATRÓN DE RESISTENCIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, ENERO - AGOSTO DE 2006 ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. Cecil Fandiño¹, Miguel Morales², Federico Naranjo², Soriana Correa², José Luis

Rodríguez², Patricia Valenzuela², Andreína Sánchez², Mario Comegna², Manuel Guzmán².

¹Hospital Vargas de Caracas².

Las cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a múltiples antibióticos, incluyendo las resistentes a la meticilina (MRSA), representan un problema creciente y de suma importancia para el control de las infecciones contraídas en el hospital. En general, la resistencia a la oxacilina (meticilina) en los hospitales es alta asociándose a un patrón de resistencia simultáneo a otros β-lactámicos, eritromicina, lincomicina, gentamicina, quedando como posibilidades terapéuticas básicamente los glucopéptidos, oxazolidinonas, estreptograminas y actualmente tigecyclina. La resistencia radica en una PBP anómala (PBP 2a), que deja a todos los β-lactámicos sin afinidad. Esta PBP está codificada por el gen mecA incorporado de otros microorganismos. El gen mecA está en el cromosoma y por ser transposón arrastra múltiples secuencias genéticas de resistencia, explicándose así su multiresistencia. Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Vargas de Caracas entre los meses de enero a agosto de 2006, detectando un total de 301 aislamientos de *Staphylococcus aureus* de los cuales sorprendentemente el 68,6 % fueron resistentes a oxacilina, esto condicionaría un estado de "emergencia epidemiológica", debiendo realizar caracterizaciones de estas cepas y corroborarse los datos expuestos. Por otro lado, se insiste en el uso racional de los antibióticos y en estrategias eficientes para evitar la transmisión cruzada como alternativas básicas para el control de la resistencia microbiana en los hospitales.

136. SÍNDROME FEBRIL HEMORRÁGICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EDO ARAGUA. Karla Silva¹, María Rojas¹, Claudia Rodríguez², Mario Becerra¹, Carolina Baptista².

¹Hospital Central de Maracay, ²IVSS Carabaño Tosta Maracay, Estado Aragua.

Introducción: El síndrome febril hemorrágico agudo se define como: 1) paciente con fiebre menor de 3 semanas de duración; 2) más dos de cualquiera de las siguientes manifestaciones: lesiones cutáneas hemorrágicas, hematemesis, epistaxis, hemoptisis, sangre en heces u otras manifestaciones hemorrágicas; y 3) ausencia de factores predisponentes conocidos del huésped como: hepatopatía crónica, síndrome hemorrágico de etiología no infecciosa como:

intoxicaciones agudas, neoplasias, medicamentos, hematológicas, autoinmune, accidentes por animales ponzoñosos, etc. Objetivo: Presentación caso de síndrome febril hemorrágico. Método: Descripción de caso clínico y revisión de la literatura. Resultados: Paciente masculino 20 años procedente del estado Bolívar, quien 20 días previos a ingreso inicia enfermedad actual caracterizada por fiebre continua cuantificada 39° C, cefalea intensa, astenia, mialgias generalizadas y artralgias; posteriormente se asocia hiperemia conjuntival, epigastralgia intensa, por lo que le realizan paraclínicos evidenciándose trombocitopenia e indican antipiréticos; persiste la sintomatología e indican antibióticoterapia. Por no presentar mejoría es hospitalizado como síndrome febril hemorrágico. Al examen físico escleras hiperémicas, sin adenomegalias ni visceromegalias palpables; paraclínicos: trombocitopenia y elevación de las transaminasas hepáticas; ecosonograma abdominal que reportó discreta esplenomegalia. Se realizaron hemocultivo, antígenos febriles, serología para hepatitis viral y dengue, Reacción en cadena de polimerasa (PCR) para citomegalovirus, Epstein Barr y leptospira en orina; así como VIH, VDRL, gota gruesa; resultando sólo positivo PCR para Epstein Barr. Permanece hospitalizado recibiendo hidratación parenteral, antipiréticos evolucionando satisfactoriamente, mejorando parámetros paraclínicos. Discusión: El VEB es un herpes virus ADN. En las primoinfecciones sintomáticas se han descrito complicaciones como: manifestaciones faríngeas, neurológicas, metabólicas y hepáticas, miocarditis, orquiepididimitis, rupturas esplénicas, desórdenes hematológicos entre los cuales la trombocitopenia ocurre con cierta frecuencia, generalmente con un recuento de plaquetas > 20 000/mm³.

137. NOCARDIOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Lemmyt Armarys Peralta Espinoza¹, Thamaíry Yanira Sánchez Mejías¹, Adriana Centeno de Martínez², Cliceth Tache de Escobar.

¹Hospital José Ignacio Baldó, ²Hospital Felipe Guevara Rojas, ³Hospital José María Vargas.

La nocardiosis es fundamentalmente una infección oportunista, sobre todo en pacientes con enfermedades linforreticulares, así como individuos con enfermedades pulmonares crónicas, uso de corticoides por tiempo prolongado, colagenopatías, trasplantados y SIDA. Producen necrosis supurativa y formación

de abscesos típicos de la infección piógena. El sistema nervioso central (SNC) está infectado en un tercio de los casos y por sí mismo puede dominar el cuadro clínico. Masculino de 74 años de edad, portador de Síndrome mielodisplásico (anemia refractaria), DM2, con antecedente de nocardiosis cutánea, quien consulta con; fasciculaciones, hemiparesia izquierda y disartria, evaluación paraclínica; anemia, leucopenia con neutropenia, TAC de cráneo; múltiples lesiones nodulares con edema perilesional, posterior RM con contraste; abscesos múltiples en región frontal, parietal y fosa posterior, se plantea diagnóstico de; abscesos cerebrales múltiples por *Nocardia*, iniciando tratamiento médico con: meropenem, trimetropin sulfá y esteroides parenterales por tres semanas, con evolución satisfactoria tanto clínica como imagenológica. Esta infección suele ocurrir en pacientes con déficit en la inmunidad mediada por células T como los que reciben corticoesteroides, quimioterapia antineoplásica, receptores de trasplantes de órganos, pacientes con enfermedades pulmonares crónicas (TBC, proteinosis alveolar, EPOC), diabetes y alcoholismo.

138. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS B EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". JUNIO-2006. VALENCIA, CARABOBO. Mónica Gutiérrez,¹ Celeste Cervelli, Felix González, Catherine García, María Gabriela Aponte, Zenaida Castillo.

¹Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde.

La hepatitis B tiene una distribución mundial, siendo el personal de salud el grupo con mayor riesgo de contraer la infección. El riesgo de seroconversión posterior a una exposición ocupacional varía entre 2 % y 40 %. La vacunación es una herramienta fundamental, para reducir el riesgo de contagio con el virus de la hepatitis B. Objetivos: Determinar el cumplimiento del esquema de vacunación contra hepatitis B en el personal que labora en el Hospital Universitario "Dr. Angel Larralde" (HUAL). Metodología: El instrumento utilizado fue una encuesta de respuestas simples, para determinar el cumplimiento del esquema de vacunación en el personal médico, enfermería y de planta del HUAL, en el mes de junio de 2006. Resultados: Se encuestaron 131 personas: 22 personal de planta, 43 personal de enfermería y 66 médicos. Personal de planta vacunado: 9 (10,3 %); enfermería: 27 vacunados (30,34 %); médicos: 53 vacunados (59,5 %). El motivo más frecuente del incumplimiento del esquema de vacunación

fue el olvido (23,8 %) y otras causas (33,36 %). Se cumplió la vacunación por exigencia laboral (20,21 %) o motivación personal (67,47 %). Discusión: Existe un alto porcentaje de ausencia o incumplimiento de vacunación contra hepatitis B en el personal de salud, llamando la atención la poca información existente y el poco interés en el cumplimiento del esquema. Debe exigirse la vacunación para hepatitis B como requisito indispensable en el personal de salud. Es necesario incentivar a la población acerca de la importancia de la vacunación, la cual previene no solo la hepatitis B, sino también sus secuelas.

139. HEMOCULTIVOS TOMADOS DE CATÉTERES EN PACIENTES FEBRILES DESDE ENERO 2000 – JUNIO 2006. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA. Ana María Cáceres¹, Carolina Macero², María Guzmán E¹, Rafael N Guevara¹, Xiomara Moreno², Esther Arbona³, Carlos Sucre³, Raúl Vera G³, Lilian Vivas³, Héctor Salazar³, Esther Rodríguez³, Milagros Gutiérrez³, Sergio Poltnikov, Andrés Hanssen, Manuel Aranguren, Alfredo Mendoza.

¹Unidad de Infectología, ²Departamento de Bacteriología, ³Unidad de Oncología, Departamento de Cirugía.

La colocación de accesos venosos centrales es un procedimiento rutinario de gran beneficio en el tratamiento de pacientes, principalmente en aquéllos con cáncer o con patologías que requieran antibióticoterapia prolongada. Desgraciadamente, su uso no está libre de complicaciones. La sepsis asociada a una vía central es la complicación más frecuente, constituye una amenaza potencial a la vida del paciente y su tratamiento implica costos elevados para éste y la institución hospitalaria. Objetivo: Determinar la frecuencia de colonización y/o infección asociada a catéteres venosos centrales (CVC) así como los microorganismos más frecuentemente aislados en hemocultivos obtenidos de CVC en pacientes del Instituto Médico La Floresta (IMLF) durante 6 años y medio.

Materiales y Métodos: En el período estudiado se colocaron 3185 CVC. Se revisaron los hemocultivos realizados a través de CVC de 1115 pacientes con episodios febriles entre enero 2000 y junio 2006 en el IMLF. Resultados: De 1115 sets de hemocultivos, 350 resultaron positivos (31,4 %). De 3185 CVC colocados, un 35 % de los pacientes con CVC están colonizados y/o con posibilidad de padecer de bacteriemias y/o fungemias. Los bacilos gramnegativos representaron el 44,39 % de los aislamientos,

seguidos de 35,62 % por cocos grampositivos y 19,18 % por levaduras. Evaluando los gérmenes aislados por género y especie el microorganismo más frecuente fue el *Estafilococo coagulasa* negativa, en segundo lugar *Candida sp* y en tercero *Pseudomonas aeruginosa*; datos estos acordes a lo publicado en la literatura sobre los gérmenes asociados a colonización y/o infección de CVC.

Frecuencia y distribución de microorganismos aislados en hemocultivos de CVC en pacientes febriles del IMLF - Enero 2000-junio 2006.

Microorganismos	Total aislados n (%)
Bacilos gramnegativos	162 (44,39 %)
Cocos grampositivos	130 (35,62 %)
Levaduras	70 (19,18 %)
Otros	3 (0,81 %)
Total	365

Microorganismos	Total de cepas n (%)
<i>Estafilococos coagulasa</i> negativos	100 (76,92 %)
<i>Candida sp</i>	46 (65,72 %)
<i>P. aeruginosa</i>	23 (14,20 %)
<i>K. pneumoniae</i>	19 (11,73 %)
<i>E. coli</i>	19 (11,73 %)
<i>K. oxytoca</i>	16 (9,88 %)
<i>Enterococcus sp</i>	14 (10,77 %)
<i>E. cloacae</i>	13 (8,03 %)
<i>S. maltophilia</i>	10 (6,17 %)

Conclusiones y recomendaciones: La frecuencia de colonización y/o infección en nuestros pacientes febriles con CVC fue de 31,4 %. Los gérmenes encontrados en nuestros pacientes son similares a los publicados en la literatura de otras latitudes. Se sugiere vigilancia epidemiológica en cada institución así como la optimización de medidas profilácticas aceptadas Universalmente durante la colocación y manipulación posterior de CVC.

140. FRECUENCIA DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS ENTRE OCTUBRE 2005-AGOSTO 2006 EN EL INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS – VENEZUELA. María E Guzmán¹, Ana María Cáceres¹, Rafael N Guevara¹, Xiomara Moreno², Carolina Macero².

¹Unidad de Infectología, ²Departamento de Bacteriología.

La gastroenteritis clásica por rotavirus y adenovirus ocurre principalmente en niños entre 6 y 24 meses, pero es común en todos los grupos etarios, incluyendo adultos. Generalmente, los adultos

han sido infectados, como lo demuestra la presencia de anticuerpos séricos, sin embargo, no están protegidos contra nuevos episodios. Objetivo: Determinar la frecuencia de infección por rotavirus y adenovirus en el Instituto Médico La Floresta (IMLF), octubre 2005 - agosto 2006. Materiales / Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo de datos obtenidos de la detección de Rota/Adenovirus en heces por Técnica de inmunocromatografía del IMLF. Resultados: Se procesaron 465 muestras de heces para rotavirus y adenovirus en todos los grupos etarios. De éstas, 162 (34,84 %) fueron positivas para ambos virus y solo en 52 (32,10 %) fue posible precisar si provenían de adultos o niños. En los niños, la frecuencia fue 80,77 %; más elevada para adenovirus, 42,31 %, que para rotavirus, 38,46 %. En los adultos, fue 19,23 %; con 13,46 % y 5,77 % para rotavirus y adenovirus respectivamente. La coinfección por ambos virus se encontró en 6 casos (11,54 %). La infección por rotavirus, suele ser más leve en adultos; sin embargo, han sido reportadas muertes; y puede ser severa en inmunocomprometidos como lo reportado en esta casuística con *shock* hipovolémico e insuficiencia renal aguda en un paciente trasplantado renal y, trombocitopenia, cilindruria y proteinuria en un paciente adulto infectado por VIH. La afectación familiar con un niño como caso índice se reporta en dos grupos de familias.

Frecuencia de infección por rotavirus y adenovirus en adultos y niños IMLF. Octubre 2005-agosto 2006

Virus	No. Pctes.(N)	%
Rotavirus adultos	7	13,46
Adenovirus adultos	3	5,77
Rotavirus pediátricos	20	38,46
Adenovirus Pediátricos	22	42,31
Total	52	100,00

Coinfección	No.Pctes (N)	Porcentaje (%)
Adultos	3	50,00
Pediátricos	3	50,00
Total	6	100,00

Conclusiones: La infección por rotavirus y adenovirus se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes adultos con diarrea independientemente de su condición inmunológica. Se reporta la casuística en un grupo pequeño de un centro privado. Se recomienda vigilancia epidemiológica nacional a todo nivel para conocer la incidencia a mayor escala en todos los grupos etarios y familiares. La determinación de serotipos sería de importancia desde el punto de vista epidemiológico.

141. ENTEROCOCCUS FAECIUM RESISTENTE A VANCOMICINA, GENOTIPO VAN A, EN LA CIUDAD DE VALENCIA. REPORTE DEL PRIMER CASO. JULIO 2006. Ybed Perdomo, Lyzeth Borrero, Sandra González, Zenaida Castillo, Olga Castillo de Febres, César Sánchez.

Laboratorio Clínico César Sánchez Font. Centro Médico Guerra Méndez. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Introducción: La resistencia de los cocos grampositivos a los antibióticos, ha sido uno de los grandes problemas de las últimas décadas. Con el uso excesivo de vancomicina, han emergido cepas de enterococo resistentes a vancomicina (VRE), detectadas por primera vez en Inglaterra en 1986, Estados Unidos en 1987, luego Asia, Australia y África. La primera cepa de *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina descrita en Chile (1999), era multirresistente. En Latinoamérica, la mayoría de las cepas de VRE, han sido del genotipo Van A. Metodología: La identificación fenotípica de género se realizó a través de pruebas bioquímicas convencionales, por métodos semiautomatizados (VITEK y Microscan). La sensibilidad se midió por el método de difusión en disco Kirby-Bauer y por turbidez (VITEK y Microscan) y tiras de E-test para vancomicina, linezolid y tigeciclina, siguiendo los controles de calidad, según las normas de CLSI. El genotipo se confirmó por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el Instituto Nacional de Higiene. Descripción Del Caso: Pre-escolar, femenina, de 3 años de edad, portadora de leucemia mieloide aguda y antecedente de haber recibido antibióticoterapia múltiple, incluida vancomicina y teicoplanina. Se aisló *Enterococcus faecium* de hemocultivo y punta de catéter, resistente a vancomicina, teicoplanina, sensible a linesolid. La cepa fue enviada al Instituto Nacional de Higiene, confirmando resistencia mediada por Van A. La paciente fallece, en aplasia medular, antes de iniciar antibióticoterapia específica.

Conclusión: Se reporta el primer aislamiento en Valencia, de *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina, genotipo Van A, con buena sensibilidad a linesolid.

142. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD DE BACILOS GRAMNEGATIVOS NO FERMENTADORES (BGNNF) AISLADOS EN EL SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ" (SAHUAPA), EN CUMANÁ, EDO. SUCRE. L Abadía-Patiño¹, B Medina², M Marcano², L. Rodríguez², S. García³.

Grupo de Resistencia Bacteriana del IIBCAUDO¹, Laboratorio de Bacteriología del SAHUAPA², Farmacia del SAHUAPA³.

Introducción: A nivel internacional, la epidemiología de los BGNNF, indica como predominante a *P. aeruginosa*. Sin embargo, existen otros BGNNF que están ocupando un lugar importante en las infecciones nosocomiales. Objetivo: Evaluar la frecuencia y los patrones de susceptibilidad de los principales BGNNF aislados en el SAHUAPA. Metodología: Revisión de los aislamientos del laboratorio de bacteriología, de los BGNNF de los hemocultivos, los cuales fueron identificados por esquemas bioquímicos conocidos y sus patrones de susceptibilidad por el método de Kirby-Bauer. Resultados: De los hemocultivos realizados en el laboratorio de bacteriología del SAHUAPA de enero a octubre de 2005, de 1394 hemocultivos. Del total de BGN aislados (364), 75 (21 %) fueron BGNNF, repartidos en 12 % *P. aeruginosa*, 31 % *Acinetobacter*, y 57 % BGNNF no identificados, diferentes a los descritos anteriormente. *P. aeruginosa*, 50 % R a meropenem, 0 % R a imipenem, 33 % I a cefepime, 100 % R ampicilina + sulbactam, 33 % R piperacilina, 0 % R a piperacilina + tazobactam, 40 % R gentamicina, 33 % R amikacina, 50 % R trimetoprim + sulfametoxazol. *Acinetobacter*, 33 % R meropenem, 46 % imipenem, 64 % R cefepime, 60 % R piperacilina, 100 % R piperacilina + tazobactam, 74 % R ampicilina + sulbactam, 60 % R gentamicina, 36 % R amikacina, 60 % R trimetoprim + sulfametoxazol. BGNNF diferentes a *P. aeruginosa* y *Acinetobacter*, 60 % R meropenem, 17 % R a imipenem, 35 % R a cefepime, 44 % R piperacilina, 0 % R piperacilina + tazobactam, 47 % R ampicilina + sulbactam, 28 % R gentamicina, 15 % R amikacina, 7 % R trimetoprim + sulfametoxazol. Conclusiones: Contrariamente a lo reflejado en la literatura internacional, en el SAHUAPA, el BGNNF predominante es *Acinetobacter*. Imipenem y

piperacilina-tazobactam son las mejores opciones terapéuticas para *P. aeruginosa*.

143. NOCARDIOSIS PERICÁRDICA Y CEREBRAL EN UN PACIENTE CON SIDA. María Fernández, Adayza Figueredo, José Gregorio Martínez, Maribel Dolande, María Carolyn Redondo, Ernesto Alayo.

Hospital Universitario De Caracas. Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Caracas, Venezuela.

La nocardiosis es una entidad rara en pacientes con VIH-SIDA. En los últimos 10 años se han reportado, en Medline, 5 casos de nocardiosis pericárdica en pacientes VIH positivos. Presentamos el primer paciente con diagnóstico de SIDA y nocardiosis pericárdica y cerebral en nuestro servicio. Se trata de paciente masculino, 39 años, procedente de Maracay-Edo. Aragua, comerciante, con SIDA (CD4: 11 cel/mm³, CV: 24170 copias/mL), de reciente diagnóstico, quien presentaba pérdida de peso, fiebre persistente y fatiga desde 3 meses antes de ingresar. En los quince días previos a la admisión, presentó tos húmeda, dolor torácico exacerbado con la inspiración y disnea progresiva, que empeoraron, por lo que consultó. Se encontraron signos clínicos y ecocardiográficos de taponamiento cardíaco; requirió pericardioscentesis de urgencia y posteriormente ventana pericárdica. El líquido pericárdico fue purulento; la tinción de Gram evidenció bacilos grampositivos ramificados y en el ZN se observaron abundantes bacilos ácido-alcohol resistente. Se obtuvo crecimiento de *Nocardia* sp, en cultivo. Cultivos para hongos negativos; para micobacterias, en proceso. Serología para hongos negativa. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral; TAC de tórax: sin lesiones focales; TAC de cráneo: 2 lesiones en hemisferio cerebral izquierdo, con captación de contraste en anillo. Se inició tratamiento con imipenem, TMP/SMX, amikacina y desapareció fiebre en la primera semana. Evolución satisfactoria, se planifica drenaje quirúrgico de abscesos en cráneo. Se encuentra en tratamiento y observación de su evolución.

144. ACTIVIDAD HORARIA DE LA FLEBOTOMOFUNA ASOCIADA LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA POBLACIÓN DE "LA RINCONADA". ESTADO LARA. DECANATO DE MEDICINA. BARQUISIMETO VENEZUELA. Luis Traviezo Valles, Ricardo Rodríguez, Carel Martos, Yenny Ortega, Daniela Petrucci.

Decanato de Medicina. UCLA Barquisimeto Estado

Lara.

Un repunte de casos de leishmaniasis visceral en los años 2003 y 2004, convirtió al estado Lara en el segundo en aporte de casos nacionalmente, presentándose un número importante en la población de La Rinconada (10° 00' 15" N, 69° 57' 00"), lo que motivó el estudio de la actividad horaria de los flebótomos responsables de la transmisión (próximos a una vivienda donde vivía un niño que padeció la enfermedad), para lo cual se colocaron trampas de luz CDC (*Communicable Disease Center*) en la zona doméstica, peridoméstica y selváticas. Las capturas se realizaron, entre las 18:00 y las 07:00 horas, sustituyendo las mallas de depósito de insectos cada hora (doce mallas por trampa, por tres trampas/noche, por cinco noches) capturando un total de 851 flebótomos, de los cuales 768 correspondían a *Lutzomyia pseudolongipalpis* (89 %), esta es la primera nueva especie dentro del complejo longipalpis que recientemente había sido incriminada como transmisor de LV exclusivamente en esta zona. Esta especie tuvo mayor presencia en las zonas domésticas y peridomésticas, y un período de mayor actividad entre las 20:00 y las 24:00 horas, presentando dos picos de abundancia, el primero de las 21:00 a las 22:00 horas y el segundo desde las 23:00 a las 24:00 horas, para posteriormente disminuir paulatinamente, manteniendo un mínimo de actividad hasta el amanecer, lo cual implica la necesidad de aumentar las medidas preventivas en la noche de 8:00 a 12:00 pm, tanto dentro de las casas como alrededor de estas. Financiado CDCHT-UCLA proyecto 017-ME-2005.

145. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA TOXOPLASMA GONDII EN GESTANTES DEL MUNICIPIO PALAVECINO. DECANATO DE MEDICINA, BARQUISIMETO-VENEZUELA. Luis Eduardo Traviezo Valles, ¹María De Jesús Triolo Mieses².

¹Decanato de Medicina. UCLA, ²Maestría en Salud Pública.

Se determinó la seroprevalencia de anticuerpos anti *Toxoplasma gondii* en 446 gestantes con edades comprendidas entre los 15 y 43 años, provenientes de las poblaciones de Cabudare y Agua Viva, municipio Palavecino, Estado Lara, Venezuela, utilizando una técnica serológica comercial de hemaglutinación Indirecta, considerando positivo a los títulos >1:16, detectando 169 seropositivas (38 %), siendo

1:256 el título más frecuente (21 %), observándose un aumento proporcional de la seroprevalencia con la edad.

146. ESTUDIO DEL TROPISMO POR *TRYPANOSOMA CRUZI* EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN MODELO MURINO, UTILIZANDO TRES AISLADOS OBTENIDOS DE LA ZONA NORTE DEL ESTADO ANZOÁTEGUI. UNIVERSIDAD DE ORIENTE. BARCELONA - VENEZUELA. Erlinda Ávila¹, Regulo Ávila², Antonio Morocoima³, Ana Hernández³, José Chique².

¹IVSS "Dr Domingo G. Lander", ²Hospital "Dr Luis Razetti", ³Universidad De Oriente Barcelona Estado Anzoátegui.

El *Trypanosoma cruzi*, presenta gran afinidad por tejidos como la fibra muscular cardíaca, esquelética y lisa, las placas neuromotoras y los órganos del sistema fagocítico mononuclear. Sin embargo son escasos los estudios de investigación que mencionan la afección del sistema nervioso central. Este estudio intenta determinar la afinidad por el sistema nervioso central que puedan presentar los aislados de *Trypanosoma cruzi* procedentes del estado Anzoátegui. Para ello, se realizó un muestreo de reservorios mamíferos, vectores y humanos en dos caseríos de la zona norte del estado Anzoátegui "Cambural" y "El Hatico", y en el Núcleo Anzoátegui de la Universidad de Oriente. De este muestreo se obtuvieron varios aislados de *Trypanosoma cruzi*, de los que se seleccionaron tres al azar, uno de un humano, uno de un vector (*Rhodnius prolixus*) y uno de un reservorio (*Didelphys marsupialis*). Y se inocularon vía intraperitoneal a 3 lotes de 5 ratones de la cepa NMRI (1 lote por cada aislado) con 200 tripomástigotos metacíclicos por gramo peso ratón a cada uno de los ratones de cada lote; un ratón de cada lote fue sacrificado por dislocación cervical durante el período de máxima parasitemia y se obtuvo biopsia de encéfalo, médula espinal, y otros tejidos, que fueron fijadas y procesadas como cortes histológicos. Se evidenció la presencia de pseudoquistes de *Trypanosoma cruzi* en seis tejidos; pero no en el sistema nervioso central con ninguno de los tres aislados estudiados, sin embargo, se observó la presencia de alteraciones histológicas como la astrocitosis, satelitosis, gliosis, infiltrados celulares inflamatorios, edema del neuropilo y degeneración neuronal. En vista de la ausencia de pseudoquistes en el tejido del sistema nervioso central, se puede concluir que las alteraciones

histológicas observadas podrían ser el resultado de la presencia de antígenos o autoantígenos circulantes que han penetrado la barrera hematoencefálica

147. INFECCIÓN ENDOCERVICAL POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* COMO CAUSA DE INFERTILIDAD EN MUJERES. CENTRO DE REPRODUCCIÓN HUMANA E INFERTILIDAD DE ORIENTE. AGOSTO - SEPTIEMBRE 2005. ANZOÁTEGUI - VENEZUELA. Angélica Hong, Yolane Lanz¹, Carmen Marrero², Elianca Vivas¹, Mariselis Chejades², Chessaysna Silva¹.

¹Hospital "Dr. Domingo Guzmán Lander", ²Barcelona Estado Anzoátegui.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de la infección endocervical por *Chlamydia trachomatis* en mujeres que consultan por infertilidad al centro de reproducción humana e infertilidad de oriente durante los meses agosto-septiembre 2005. Métodos. La investigación fue de tipo prospectivo-descriptivo; se estudió un total de 80 pacientes (50 infértiles y 30 fértiles). Los datos se obtuvieron mediante encuestas, en las cuales se establecen las variables clínicas y epidemiológicas. Se toma muestra de secreción endocervical, sometida a estudio inmunocromatográfico con el test *Hexagon Chlamydia*. Los resultados fueron expresados en tablas y gráficos de distribución de frecuencia y las variables continuas como: promedio desviación estándar; n = número de casos. La comparación entre los promedios se realizó con la prueba de la T de Student y entre las frecuencias con la prueba de chi cuadrado. Resultados: Del total de pacientes estudiadas, 47 (58,75 %) presentaron infección endocervical por *Chlamydia trachomatis*. En el grupo de pacientes infértiles la clamidiasis endocervical fue de 70 % (35 casos) mientras que en las pacientes fértiles fue de 30 % (12 casos) arrojando las pacientes infértiles un resultado significativamente mayor. El grupo etario con mayor incidencia para ambos grupos estudiados fue de 30-34 años. Conclusiones. La infección por *Chlamydia trachomatis* es actualmente reconocida y considerada como uno de los agentes etiológicos más frecuentes a nivel mundial, causante de enfermedades de transmisión sexual; usualmente estas infecciones acarrear serias complicaciones tales como enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad; el número de personas infectadas va "en aumento" debido al curso atípico y asintomático en que se manifiesta dicha patología lo que hace difícil su diagnóstico.

148.FRECUENCIA Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* AISLADAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA "Dr. ENRIQUE TEJERA". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA- VENEZUELA. Mellan Pacheco, Lenis Urbani, Isabel Díaz, Fabiola González, Yelitza Castillo, Heidi Mago.

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

Objetivo: Determinar la frecuencia de *Pseudomonas aeruginosa* y su sensibilidad antimicrobiana, en los cultivos realizados en el laboratorio de microbiología de la Ciudad hospitalaria "Dr Enrique Tejera", en el periodo de enero - diciembre 2005. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental, de corte transversal, que incluyó la revisión de 1 689 cultivos, realizados en el laboratorio de microbiología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", conforme a los requerimientos para cada tipo de muestra y determinación de sensibilidad, utilizando las especificaciones de la NCCLS, durante el año 2005. Resultados: Se estudio un total de 1 689 cultivos de pacientes hospitalizados, aislándose 144 *Pseudomonas aeruginosa* (9 %), Los sitios de aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* fueron: secreción de herida 44 % (63 aislamientos), sangre 15 % (22 aislamientos), catéter de vía central 15 % (22 aislamientos), esputo 15 % (22 aislamientos), orina 11 % (15 aislamientos). La distribución por servicios de hospitalización fue la siguiente: unidad de cuidados intensivos 48 % (70 aislamientos), cirugía 21 % (30 aislamientos), medicina 19 % (27 aislamientos), traumatología 12% (17 aislamientos). La sensibilidad de las *Pseudomonas* aisladas fue: amikacina 59%, gentamicina 58%, ciprofloxacina 72 %, piperacilina-tazobactam 81 %, ceftazidima 71 %, cefoperazona-sulbactam 63 %, Cefepime 65 %, Imipenem 72 %, meropenem 80 %. Conclusiones: Dentro de los 9 antibióticos utilizados, la Piperacilina-tazobactam y meropenem fueron las drogas de mayor sensibilidad y la amikacina y gentamicina las que mostraron mayor nivel de resistencia ante las cepas de *Pseudomonas aeruginosa*, mientras que ciprofloxacina, imipenem y ceftazidima, presentan valores de sensibilidad, que pueden ser aceptables para tratar infecciones por este microorganismo en nuestro centro.

149.FRECUENCIA Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE *ACINETOBACTER BAUMANII* AISLADAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA "Dr.

ENRIQUE TEJERA". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA- VENEZUELA. ¹Meyani Pacheco, ¹Lenis Urbani, ¹Isabel Díaz, Yelitza Castillo¹, Fabiola González, Heidi Mago.

¹Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia Estado Carabobo.

Objetivo: Determinar la frecuencia de *Acinetobacter baumannii* y su sensibilidad antimicrobiana, en los cultivos realizados en el laboratorio de microbiología de la Ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET), en el periodo de enero - diciembre 2005. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental, de corte transversal, que incluyó la revisión de 1 689 cultivos, realizados en el laboratorio de microbiología de la CHET, conforme a los requerimientos para cada tipo de muestra y determinación de sensibilidad, utilizando las especificaciones de la NCCLS, durante el año 2005. Resultados: Se estudió un total de 1 689 cultivos de pacientes hospitalizados, aislándose 121 *Acinetobacter baumannii* (7 %), Los sitios de aislamiento de *Acinetobacter baumannii* fueron: secreción de herida 32 % (39), sangre 30 % (36), catéter de vía central 16 % (19), orina 13 % (16), esputo 9 % (11). La distribución por servicios de hospitalización fue la siguiente: UCI 57 % (69), cirugía 23 % (28), medicina 15 % (18), traumatología 5 % (6). La sensibilidad de los *acinetobacter baumannii* aislados fue: piperacilina-tazobactam 32 %, ampicilina-sulbactam 51 %, meropenem 56 %, cefoperazona-sulbactam 57 %, imipenem 62 %. Conclusiones: Los microorganismos aislados mostraron alto nivel de resistencia a los antibióticos más usados en pacientes hospitalizados. El imipenem fue la droga de mayor sensibilidad (62 %), seguida por cefoperazona-sulbactam (57 %) y la y Piperacilina-tazobactam la que mostró mayor nivel de resistencia (32 %) ante las cepas de *Acinetobacter baumannii*. La elevada resistencia nos confirma la presión selectiva que estos ejercen sobre la flora nosocomial y el riesgo que representa para el paciente hospitalizado de adquirir una infección por gérmenes multirresistentes.

150. FRECUENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTI-FÚNGICA DE *CANDIDA* ESPECIES AISLADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO "GUERRA MÉNDEZ". ENERO – DICIEMBRE 2005. VALENCIA-VENEZUELA. Mellani Pacheco¹, E Barela¹, Ineska Freire², J González², Jorge Moreno², ¹Carlos Hartmann, César Sánchez³, María Ines Marulanda³, Yelitza Castillo³.

¹Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"², ³Centro Médico Guerra Méndez Valencia Estado Carabobo

Objetivo: Determinar frecuencia de *Candida* y su sensibilidad, en los cultivos realizados en el laboratorio de microbiología del Centro Médico Guerra Méndez, en enero - diciembre 2005. **Metodología:** Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo, no experimental, que incluyó la revisión de 800 cultivos, realizados en el laboratorio de microbiología del Centro Médico Guerra Méndez, conforme a los requerimientos para cada tipo de muestra y determinación de sensibilidad, utilizando las especificaciones de la NCCLS, durante el año 2005. **Resultados:** Se estudiaron 800 cultivos, resultando 94 positivos para *Candida* (12 %). Las especies de *Candida* aislada fueron: *albicans* 38 % (36), *glabrata* 24 % (22), *parapsilosis* 17 % (16), *sp* 11 % (10), *tropicalis* 6 % (6), *guilliermondi* 4 % (4). Los sitios de aislamiento fueron: orina 18 % (17), secreción de herida 17 % (16), secreción traqueal 16 % (15), esputo 13 % (12), sangre 12 % (11), secreción vaginal 12 % (11), catéter de vía central 6 % (6), secreción otica 4 % (4), líquido peritoneal 2 % (2). La distribución por servicios fue: UCI del centro médico 37 % (35), área de hospitalización del centro médico 11 % (10), UCI del hospital "Dr. Enrique Tejera" 32 % (30), UCI del Hospital "Dr. Angel Larralde" 14 % (13), pacientes no hospitalizados 6 % (6). La sensibilidad al fluconazol fue: *albicans* 83 % (30), *glabrata* 55 % (12), *parapsilosis* 100 % (16), *sp* 100 % (10), *tropicalis* 83 % (5), *guilliermondi* 50 % (2). **Conclusiones:** Nuestros datos, al igual que lo publicado por la mayoría de los grupos, evidencian a *C albicans* como el principal agente de candidiasis y *C glabrata* como la especie de *C* no-*albicans* prevalente.

151. AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO GUERRA MÉNDEZ. VALENCIA VENEZUELA. Yelitza Castillo¹, Joel González², Ronald Castillo², Jorge Moreno³, Carlos Hartmann⁴, María Inés Marulanda¹, Zenaida Castillo⁵.

¹Centro Médico Guerra Méndez, ²Hospital Angel Larralde, ³, ⁴Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"⁵ Valencia Estao Carabobo.

Objetivos: Determinar la frecuencia de microorganismos gramnegativos multirresistentes en el laboratorio de microbiología del centro médico Guerra Méndez. **Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental, que incluyó la revisión de 590 cultivos, procedentes de los diferentes centros de salud del Edo. Carabobo realizados en el laboratorio de microbiología del Centro Médico "Rafael Guerra Méndez", con determinación de sensibilidad, utilizando las especificaciones de la NCCLS, durante el año 2005. Resultados se procedió a analizar las muestras bacteriológicas recibidas en el período comprendido entre enero - diciembre del año 2005, resultando 590 cultivos positivos, de los cuales 319 fueron multirresistentes con 294 aislamientos de *E. Coli* (50 %), con 56 % (166 aislamientos) de multirresistencia, 77 aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa* (13 %), con 81 % de multirresistencia (62), 72 aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* (12 %), con 74 % de multirresistencia (53), 41 aislamientos de *Enterobacter cloacae* (7 %), con 61 % (25) de multirresistencia y 27 aislamientos de *Proteus mirabilis* (5 %), de los cuales, el 48 % (13), resultaron multirresistentes. **Conclusiones:** se observó un alto porcentaje de multirresistencia para *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, tomando en consideración la incidencia cada vez mayor, de microorganismos productores de BLEE y la presión de selección por el uso indiscriminado de antibióticos.

152. UTILIZACIÓN DE DIFERENTES MEDIOS DE CULTIVO PARA LA INVESTIGACIÓN DE FUNGEMIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS. SECCIÓN DE MICOLOGÍA MÉDICA-INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL-UCV MEDICINA II-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS-UCV. Arantza Rosello Fornos¹, María Inés Calatroni, Sofía Mata-Essayag², Celina Pérez³, María Teresa Colella³, Claudia Hartung de Capriles³.

¹Universidad Central de Venezuela, ²Hospital Universitario de Caracas, ³Sección de Micología Médica.

En los últimos años la incidencia de infecciones fúngicas invasivas han ido en aumento, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos, lo cual ocasiona una alta morbi-mortalidad en esta población. Venezuela se encuentra entre los países latinoamericanos con mayor incidencia de micosis profundas diseminadas como histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, criptococosis y candidiasis. El diagnóstico de estas enfermedades a través del cultivo es difícil de realizar, por ello, se evalúan dos medios de hemocultivos para determinar cual es el más

eficaz en el crecimiento de hongos que producen fungemias. Se evaluaron 2 medios de cultivo líquido para realizar hemocultivos (Medio de Kelley Enriquecido "MKE" y el medio de cultivo clásico (Infusión Soya-Tripticasa "TSB"). Cada hemocultivo tuvo una dilución final de 1/5 por paciente (20 mL de medio con 5 mL de sangre total). Estos medios se mantuvieron a 37° C por 8 semanas. Todos los hemocultivos se repicaron a la 1ra y 2da semana posterior a la inoculación de los mismos, a pesar, de que no se observaba turbidez en los frascos, concomitantemente se les realizó examen al fresco, coloración de Giemsa y cultivo. Cada uno de los repiques así efectuados, se mantuvieron a 37° C por dos semanas, para su identificación. Se estudiaron 49 pacientes con enfermedades hemato-oncológicas. El principal síntoma fue fiebre sin foco aparente (30,61 %) con un CAN < 1.000/ul. Se realizaron en total 136 hemocultivos. En 24 (17,65 %) (13 con MKE y 11 con TSB) se aislaron: 7 *Histoplasma capsulatum* (29,16 %), 8 *Candida glabrata* (33,33 %), 6 *Candida tropicalis* (25,00 %), y 3 *Candida spp* (12,50 %). Es de hacer notar que solo 4 de 17 *Candida spp*, aisladas, provinieron de dos pacientes con catéter central. Con el MKE se logró aislar una cepa de *H. capsulatum* y una *Candida spp* adicionales a lo que se aisló en el TSB.

153. COLONIZACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA POR PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO. BOLÍVAR-VENEZUELA.

Héctor Castillo¹, Tarik Saab¹, Marisol Sandoval¹, Carlos Mora¹, Julman Cermeño², Yetzaida Laya³.

¹Dpto. de Medicina. Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez". UDO. Bolívar, ²Servicio De Traumatología. Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez". UDO. Bolívar, ³Dpto. de Parasitología y Microbiología. Esc. de Ciencias de la Salud. UDO. Bolívar.

Entre 1% al 5 % de las prótesis permanentes se infectan, lo que constituye una causa de morbilidad importante y ocasionalmente la muerte. Para tratar estas infecciones suele ser necesario el retiro de la prótesis, lo que produce defectos esqueléticos, acortamiento de la extremidad y deterioro funcional grave. Se trata de paciente del sexo femenino, de 63 años de edad, referida por médico especialista de la localidad, por presentar aumento de volumen de tercio medio de muslo izquierdo, evacuaciones líquidas y fiebre. Refiere paciente inicio de enfermedad actual, cuando de forma súbita comienza a presentar aumento de volumen en tercio medio de cara lateral de muslo izquierdo,

progresivo, con signos clásicos inflamatorios. 24 horas después, se suma al cuadro, evacuaciones diarreicas en número de 8 veces diarias, sin moco ni sangre. Tres días después presenta fiebre, no cuantificada, no precedida de escalofríos, sin patrón horario definido, que ceden con el uso de acetaminofen, días días antes de su ingreso, presenta caída de sus propios pies, con limitación para la deambulacion, motivo por el cual es llevada a centro clínico privado, donde se le realiza punción-aspiración del aumento de volumen, obteniendo secreción "acholatada", no fétida, decidiendo su referencia para su ingreso. Entre los antecedentes personales de importancia se encuentra fractura de pelvis en 1999, que ameritó resolución quirúrgica con colocación de prótesis en hemicadera izquierda. Los estudios microbiológicos de secreción revelaron la presencia de *Candida albicans*, y *P. brasiliensis*. La prótesis de cadera fue retirada y la biopsia de capsula articular femoral izquierda informó fibrosis e inflamación aguda supurativa. Entre los estudios publicados, las variaciones en la frecuencia de microorganismos etiológicos específicos en las sepsis de las articulaciones prostéticas destacan: *Staphylococcus coagulasa* negativo (23 %), *S. aureus* (25 %); *Streptococcus* (20 %); Bacilos aerobios gramnegativos (20 %) y anaerobios (7 %). Rara vez se han descrito infecciones en prótesis articulares por hongos particularmente por *Candida* y *Paracoccidioides brasiliensis*. Por ello, ante la presencia de la sintomatología descrita sería conveniente sospechar la presencia de dichos hongos.

154. ENDOCARDITIS FÚNGICA EN VÁLVULA PROTÉSICA Y NATIVA EN EL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

Rosa Bolaños¹, Yaneth Camacho², Juan Petit², Maria Guzmán², Eduardo Gayoso¹, Asdrúbal Chávez¹, El Koury Habib³, Yrene Vásquez⁴, Norma Ruíz¹.

¹Infectología, ²FUNDACARDIN, ³Pediatría, ⁴Cirugía Cardiovascular.

La endocarditis fúngica (EF) es poco frecuente, incidencia oscila entre 1,3 % a 6 %. Factores de riesgo como cirugías cardiovasculares, uso prolongado de catéteres, antibióticos e inmunosupresores favorecen a esta entidad. Generalmente, el tratamiento es médico-quirúrgico. CASO 1: Adolescente 12 años, Rubéola congénita, valvulopatía, intervención Ross (2001). Diciembre 2004 presenta neumonía, recibe Amp/Sulb sin respuesta. Enero 2005,

ingresa e inicia antimicrobianos espectro amplio, hemocultivos y ETT: negativos. Continuó febril, 2do. ETT: Vegetación homoinjerto pulmonar y aórtico. Se diagnostica endocarditis. Febrero 2005, hemocultivos *Candida sp.*, inicia fluconazol, aumenta la vegetación e inicia anfotericina B (AFB). El reemplazo valvular fue diferido por alto riesgo. No hubo remisión, se indica caspofungina (sola y combinada); disminuyen vegetaciones, hemocultivos y PCR: negativos. Julio 2005, egresa con Fluconazol. Reingresa iguales síntomas, ETT: vegetación residual pequeña. Inicia Voriconazol. Hemocultivos: *C. parapsilosis* sensible, se omite voriconazol, inicia Flu y AFB. Presenta bacteriemia: *Pseudomonas aeruginosa*. Ocurre shock y fallece. CASO 2: Lactante mayor, CIV, Hipertensión pulmonar. Noviembre 2004 colocan parche en CIV. Presenta neumonía nosocomial, bacteriemia polimicrobiana, recibe meropenem, vancomicina, ciprofloxacina; evolución tórpida, se asocia fluconazol. Se deteriora, modificándose tratamiento: vancomicina + meropenem + AFB. Urocultivo: *Candida tropicales*, sensibilidad intermedia Flu. Continuaba distress respiratorio, ETT: vegetación e Insuficiencia tricuspídea, recibió antibióticos 6 semanas, persistía clínica. Se combina caspofungina + AFB durante 6-8 semanas (monoterapia). Desapareció vegetación, sin recidiva. Conclusión: La EF en válvula protésica y nativa se caracteriza por alta morbi-mortalidad (87 %). En los casos descritos se mantuvo tratamiento médico, no siendo posible la resolución quirúrgica por las malas condiciones y alto riesgo de los pacientes, en la literatura revisada se recomienda en estas circunstancias terapia supresiva prolongada y se observó una respuesta favorable con la combinación de drogas antifúngicas. El uso de caspofungina y voriconazol pueden considerarse alternativas cuando es refractario el tratamiento convencional solas o combinadas con Anfotericina B.

155. MODELOS ANIMALES EN EL ESTUDIO DE LAS MICOSIS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS-VENEZUELA. Saul Quijada¹, Mariaelena Savino¹, Antonio Serrano², Hugo Maldonado², Claudia Hartung de Capriles², Sofia Mata-Essayag³.

¹Universidad Central de Venezuela, ², ³Instituto Medicina Tropical. Caracas.

La reproducción de las micosis en modelos animales es indispensable para la investigación experimental, ya que la morfología, fisiología e

incluso la respuesta antifúngica de los hongos *in vivo* es diferente a la respuesta *in vitro*. El diseño del estudio de un modelo animal depende del propósito. Se pueden utilizar estos modelos en estudios de susceptibilidad antifúngica, estudios fisiopatológicos, como herramienta didáctica en la enseñanza y con fines diagnósticos de la micosis. En este estudio se utilizaron varios modelos como herramienta diagnóstica complementaria en 4 casos clínicos, igualmente se usaron para la recuperación y purificación de cepas de colección. Se incluyeron las siguientes micosis: esporotricosis, criptococosis, histoplasmosis y paracoccidioidomicosis; utilizando como modelos animales a 15 ratones (*Mus musculus*) y 10 Syrian Hámster (*Mesocricetus auratus*). En todas las cepas inoculadas se pudo reproducir la enfermedad, con presencia de elementos fúngicos en las muestras de tejido. Con respecto a las muestras clínicas inoculadas a los animales, no se obtuvieron los resultados esperados. Probablemente debido a que la cantidad de muestra clínica fue insuficiente, (LCR) o debido a que las muestras provenían de pacientes tratados previamente con antifúngicos.

156.ASPERGILOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL JOSÉ IGNACIO BALDÓ. Lemmyt Armayrs Peralta Espinoza, ¹Thamairy Yanira Sánchez Mejías, Maria Auxiliadora Ducharne, Yajaira Roldán.

¹Hospital José Ignacio Baldó.

Por lo general la infecciones cutáneas por hongos no difieren de las que presenta el sujeto inmunocompetente. *Aspergillus* es un patógeno poco común en pacientes con SIDA, siendo aun más infrecuente la forma pulmonar invasiva, se debe a que los macrófagos y neutrófilos que constituyen la defensa contra *Aspergillus*, no son el blanco primario del VIH. Por tal motivo el *Center for Diseases Control* (CDC), que inicialmente había incluido la aspergilosis entre las patologías marcadoras del estadio SIDA, posteriormente la retiró. Su poca frecuencia en SIDA se debe a que los macrófagos y neutrófilos que constituyen la defensa contra *Aspergillus spp.*, no son el blanco primario del VIH. Es posible que en el futuro aumente esta patología en SIDA a medida que se prolongue la vida de estos enfermos y permanezcan por más tiempo en un estado de severa inmunodepresión. Masculino de 29 años de edad, VIH+, quien consulta por lesiones generalizadas en piel, poco pruriginosas, tipo nódulos y placas con ulcera central, que progresaron a violáceas con centro

costoso, se realiza biopsia de las mismas, que reportan: granuloma por agente vivo, probable etiología micótica, se toma muestra para cultivo y serología, resultando positivo para *Aspergillus spp.*, se inicia tratamiento parenteral con anfotericina B, con evolución satisfactoria y remisión de las lesiones. La aspergilosis cutánea primaria se asocia generalmente a una lesión superficial local, como la entrada de un catéter, y neutropenia, la secundaria se debe a la diseminación hematológica de una infección subyacente, no demostrada en nuestro paciente, con presentación atípica de dicha infección.

157.RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL "DR. JESÚS YERENA". Jocays Del Valle Caldera Ruiz, ¹Yrene Del Valle Vásquez de Azócar, ²Índira Hernández, ³Martín Carballo, ⁴Iraní Pérez, ⁵Orlando Jiménez.

¹Hospital "Dr. Jesús Yerena", ²Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", ³Hospital Vargas De Caracas, ⁴Hospital Universitario De Caracas, ⁵Cátedra Microbiología Facultad Medicina Universidad Central De Venezuela.

La resistencia bacteriana es un problema de salud a nivel mundial, por lo que se deben establecer programas de vigilancia en los centros hospitalarios. Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, con revisión retrospectiva de libros de reportes de cultivos del hospital "Dr. Jesús Yerena", para conocer los aislamientos microbiológicos en la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.), entre enero a noviembre 2004. Criterios inclusión: aislamientos microbiológicos procedentes de U.T.I Resultados: Entre enero y noviembre de 2004, se analizaron 1 637 muestras, de las cuales 143 no tenían registrado servicio de procedencia, 184 fueron polimicrobianas, 837 fueron reportadas sin crecimiento bacteriano y 405 (24,74 %) procedían de la U.T.I., donde se aislaron 234 microorganismos y de ellos sólo a 146 se les realizaron pruebas de resistencia. El método utilizado para determinar sensibilidad-resistencia antimicrobiana, fue el de Bauer y Kirby. Los microorganismos aislados con más frecuencia: *P. aeruginosa* con 43 cepas (18,38 %), *Acinetobacter sp.* 36 (15,38 %), bacilos gramnegativos no fermentadores (BGNNF) no identificados: 29 (12,39 %), *Klebsiella pneumoniae*: 18 (7,69 %), otras *Klebsiella sp.*: 18 (7,69 %) y *Estafilococos coag. neg.* 18 (7,69 %). De las cepas que se les realizaron pruebas S-R, se reportan porcentajes de resistencia para: *P. aeruginosa* 58 % Meropenem, 40 % imipenem, 26 % ciprofloxacina

y tobramicina, 21 % ceftazidime y gentamicina. En general los BGNNF mostraron 79 % de resistencia a meropenem, 66 % imipenem y 59 % Pip-Taz. *Acinetobacter sp.* 58 % gentamicina, 42 % meropenem, 33 % Pip-Taz, 75 % trimetropin-Sulfamet. En *Klebsiella pneumoniae* se reportó 42 % a amoxicilina-clavulánico, 26 % cefalotina y 21 % para aztreonam, gentamicina y tobramicina. Importancia: altos niveles de resistencia a los antimicrobianos disponibles, similares a los de otros centros.

158.FIEBRE POR RICKETTSIA RICKETTSII. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL ADULTO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA. Marbelys Hernández, Ana Carvajal, María Núñez, Napoleón Guevara.

Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas.

La fiebre maculosa (RMSF, *Rocky Mountain spotted Fever*) de las montañas rocosas ha sido diagnosticada en 8 países desde Canadá hasta Argentina. Se informa el caso de un paciente masculino de 39 años sin antecedentes patológicos conocidos, quien presentó desde septiembre 2005, poliartalgias, fiebre, astenia, pérdida de peso, cefalea y estreñimiento. Posteriormente, mialgias generalizadas y rash evanescente maculo papular. Ingresó en malas condiciones generales, febril, adenomegalias cervicales, hepatoesplenomegalia, poliartalgias generalizadas. Laboratorio: leucocitosis, neutrofilia, elevación de VSG. Hemocultivos (bacterias y hongos) negativos. Ecocardiograma sin vegetaciones. VDRL no reactivo. Las serologías de VIH, EBV, CMV, dengue, hongos, leptospira y hepatitis A, B, C fueron negativas. Se indicó ceftriaxone por 7 días, con mejoría de mialgias y del rash. Se solicitó serodiagnóstico de Widal y de Weil, PCR de Ehrlichia y serología para Rickettsias. Súbitamente empeoró presentando eritrodermia con afectación de manos y pies, insuficiencia renal aguda, somnolencia, confusión y dolor abdominal. Con acidosis metabólica, alteración hepática e hidroelectrolítica. Inmunorreumatológicos negativos. Proteus OX 19 positivo 1/160. PCR de Ehrlichia negativo. Cumplió imipenem, vancomicina y doxiciclina. Recibió hemodiálisis, inmunoglobulina y metilprednisolona VIV con mejoría clínica. La biopsia de piel reportó infiltrado perivascular, necrosis de queratinocitos y eritrocitos extravasados. La biopsia renal

evidenció nefritis tubular aguda. Egresó asintomático con tratamiento oral: doxiciclina y prednisona. Posteriormente, se reportó resultados de Serología *Rickettsia rickettsii* positivo IgM-IgG en títulos de 128. La sospecha clínica de RMSF ante un paciente con cefalea, fiebre y rash, implica un tratamiento precoz que disminuye complicaciones y mortalidad. Hasta nuestro conocimiento no existen reportes previos de casos en Venezuela.

159. SÍFILIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL LICENCIADO JOSÉ MARÍA BENÍTEZ, LA VICTORIA, ESTADO ARAGUA. Greys Jaqueline Álvarez Ovalles¹, Gloria Gutiérrez², Lisdrelis Hernández, Jacqueline Sarmiento, Carmen Zurita.

¹Hospital Lic. José María Benítez. La Victoria Edo. Aragua, ²Hospital Lic. José María Benítez La Victoria, Edo. Aragua.

Sífilis congénita enfermedad de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*, Salud publica la define como todos los lactantes y mortinatos de mujeres con sífilis no tratada o tratada en forma insuficiente en el parto, con

independencia de los síntomas o hallazgos neonatales. Caso clínico. Rn masculino 36 hs de vida, producto de madre 20 años, embarazo no controlado, a quien se indica VDRL, ya que madre tiene VDRL reactivo 32 dils, y por resultar VDRL de Rn reactivo 32 dils, se ingresa a UCN. Examen físico Rn masculino pretérmino 37sem.x capurro. PAN:23 50gr. TAN:46 cm. En Condiciones estables, normocéfalo, pupilas isocóricas, cardiopulmonar: estable, Abdomen sin visceromegalias. Activo, succión+. Hospitalizado durante 15 días, recibiendo tratamiento PNC 100000ud/kg. Resultado VDRL en LCR no reactivo, gram y citoquímico DLN. Rx huesos largos DLN. Se confirma diagnóstico Sífilis congénita por resultado de FTA absorbible IgG IV:12,5 (persistente y alta inmunidad o reciente seroconversión), IgM IV:5(infección aguda). A los 8 días VDRL control reactivo 32 dils, se aumenta dosis PNC 150000ud/kg. A los 6 días nuevo control VDRL reactivo 16 dils. Egresada con evaluación oftalmológica y controles de VDRL ambulatoriamente. Conclusión: Destaca la importancia del control prenatal y así evitar enfermedades de este tipo en nuestros neonatos.

Índice de Autores de Trabajos Libres

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Abadía Patiño L	142	Bello A	3	Comegna M	16,18,	Fuenmayor I	114
Abdul-Hadi S	38	Benítez G	11		76,97,135	Fuentes H	113
Aceró K	1	Bermúdez J	103	Conde M	110	Fuentes M	75
Ache A	12	Bernardoni C	1	Convit J	34,39	Galea de Matson JJ	27,107
Acquatella H	122	Betancort JG	66	Coraspe C	102	Galué N	80
Agelvis K	67	Betancourt Guiza MR	131	Coraspe V	41,49	Ganoso E	69,74,113,119
Agelvis KA	112	Blanco Y	6	Correa S	135	García C	25,138
Agreda Subero YV	8,9	Boiso J	87	Cortésia M	16,18,76,97	García Campo EC	105
Agreda YD	13	Bolaños R	119,154	Costa León L	57,58,	García Humbría L	84,86
Aguirre H	101	Bolívar YD	42		59,60,61	García J	17
Alaña F	68	Borges Tovar LA	102	Chacín Bonilla L	60,61	García JF	110
Alarcón de Noya B		Borrero L	98,99,100,141	Chassaigne J	84,86	García K	23
	30,31,38	Bracho A	103	Chávez A	154	García L	105
Alayo E	117,134,143	Bracho Mora AM	68	Chejades M	147	García M	58,59
Álvarez J	91,119	Cáceres AM	83,92,	Chique J	146	García S	160
Álvarez M	24		139,140	Chirinos A	84	Garrido E	11
Álvarez O	105	Cáceres B	132	Chuquitape J	50	Gayoso E	75,82,91,
Álvarez Ovalles GJ	159	Calatroni MI	90,152	Da Mata O	64		95,120,121,154
Andrade E	40,71	Caldera J	69,95	De Abreu F	77,122	Gil De La Cruz AR	10
Andrade R	73	Caldera Ruiz JD	14,157	De Bellis Y	125,126,	Gil De La Cruz AR	10
Angulo Menéndez AG	43	Calvo A	89,96		127,128	Girón M	35,36
Añez H	6	Callejas D	58,59,	De Waard J	64	Goitía Ruiz MJ	63
Aparicio D	93		60,61,68	Degouveia F	7	Gómez E	38
Aponte MG	138	Calles D	57	Delgado O	41	Gómez F	19
Aponte Zambrano MG	23	Camacho Y	154	Devera R	6	Gómez Gamboa L	57,58
Aranguren M	139	Camero A	20	Díaz Bello Z	38	Gómez N	86
Araujo M	57,58,	Caniza M	110	Díaz C	3,53	Goncalves A	127,128
	59,60,61,68	Carballo M	14,101,	Díaz I	19,24,79,148,149	Goncalves de Freitas L	37
Arbona E	92,139		117,157	Dolande Franco ME	89	Gonçalves P	108
Arcia O	32	Carillo J	33,46	Dolande M	143	González Amaiz GA	66
Arnaboldi Cedeño G	112	Carrasquero Arias SA	129	Dommar de Nuccio L	5	González C	32
Arnaboldi M	67	Carrero Y	68	Dos Santos A	118	González E	123
Arocha Sandoval FJ	103	Carrillo C	86	Duarte K	104	González F	25,138,148,149
Arroyo B	3,93	Carvajal A	11,12,49,115,	Ducharne MA	156	González González LE	64
Arroyo Salgado BJ	53,54		116,117,134,158	Echeverría M	37	González J	78,100,150,151
Arzuza O	3,93	Castillo de Febres O		El Halaba Z	67	González L	78,81,
Atencio R	57,58,		132,141	El Halabi Suárez ZD	112		98,99,100
	59,60,61,68	Castillo H	6,153	Esmeral CI	53	González P	29
Aurenty Font LM	110	Castillo M	110,132	Fandiño C	16,18,	González Parra J	124,129
Aurenty L	17	Castillo R	25,78,151		76,97,135	González Pérez F	23,24
Avendaño Martínez NB	70	Castillo Tovar Y	98	Farfán E	50	González S	141
Ávila A	39,67	Castillo Tovar Z	23,	Farías E	71	González W	75
Ávila E	109,146		24,25,98	Farías R	108	Gotera J	103
Ávila Pia M	112	Castillo Y	78,81.100	Fernández H	4,7	Granados Socha MC	27
Ávila R	146		148,149,150,151	Fernández M	49,143	Guevara L	15,130
Báez A	40	Castillo Z	100,138,141,151	Fernández MD	134	Guevara MA	36
Balliache N	4,7	Castrillo M	24	Ferreira A	12	Guevara ME	35
Baptista C	47,136	Castro F	70	Figueira I	38	Guevara N	117,158
Barela E	78,81,150	Castro Ramírez FR	27	Figuera M	49	Guevara RN	83,92,
Barrios L	54	Cedeño G	67,123	Figueredo A	117,134,143		139,140
Barrios Sánchez MA	10	Centeno A	104	Flores E	91	Guevara X	110
Bastardo Gutiérrez LZ		Centeno de Martínez A	137	Flores M	64	Guevara Y	15
	8,9,13	Cermeño J	153	Franco M	108	Gutiérrez G	159
Bastidas M	73	Cervelli Álvarez C	23	Freire I	81,150	Gutiérrez M	25,92,138,139
Becerra M	47,136	Cervelli C	138	Fuenmayor A	79,80	Gutiérrez Uzcátegui M	
Beja C	62	Colella MT	87,90,118,152	Fuenmayor C	35,36		23,24

ÍNDICE DE AUTORES

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Guzmán A	77	Llovera M	70	Montagne Wadskier M	24	Panizo Domínguez MM	85
Guzmán-E M	139	Macero C	83,89, 92,139,140	Montilla L	104	Panizo MM	89
Guzmán M	18,19,74,75, 76,77,82,91,92,97, 120,121,122,135,154	Macías L	132	Montilla N	94	Papatzikos J	89
Guzmán ME	69,83, 95,113,140	Machado A	118	Mora A	27	Paraqueimo M	94
Guzmán-R Z	118	Machado O	4	Mora C	153	Parra A	48
Guzmán Suárez AJ	122	Magdaleno PS	45	Mora T	73	Parra K	103
Habib EK	154	Maggi G	110	Morales F	91	Parthe G	91
Hanssen A	139	Mago E	29	Morales M	16,18,76, 96,97,135	Payares D	94
Hartmann C	78,81,150,151	Mago H	19,24,104,148,149	Morán M	103	Paz A	79,80
Hartung C	118	Mago V	15	Morello C	25	Peralta Espinoza LA	137
Hartung de Capriles C	87,90,152,155	Maican M	102	Moreno Castillo J	24,25,98	Perdomo Y	98,99,100,141
Hernández A	146	Maldonado H	155	Moreno J	78,81, 99,100,150,151	Pérez Álvarez AM	34,39
Hernández E	110	Maldonado M	65,103	Moreno M	115,116	Pérez Blanco M	84,86
Hernández I	79,80,157	Maldonado-P MC	111	Moreno O	75	Pérez C	54,87,90, 118,134,152
Hernández L	159	Maldonado-P MC	111	Moreno X	83,89, 92,139,140	Pérez D	108
Hernández M	20,21, 63,101,108,158	Mandacen Segovia J	107	Morillo Díaz M	15	Pérez I	157
Hernández N	35,36	Marcano D	94	Morillo Díaz MC	44	Pérez MG	124
Hernández P	125,126, 127,128	Marcano M	65,142	Morillo L	17,48	Petit de Molero N	114
Hernández Yáñez BN	131	Marcano Romero KD	27	Morillo M	130,131	Petit J	154
Herrera A	132	Marchán JL	46	Morillo L	17,48	Petrucci D	144
Herrera J	14	Marín M	16,18,76,97	Morillo M	130,131	Pieretti A	77,122
Herrera V	32	Márquez Contreras D	55,56	Morocoima A	146	Pino H	70
Hong A	147	Marrero C	109,147	Morón E	106	Pino Sifontes HE	107
Istúriz R	77,122	Martín A	11	Moroy F	26	Polegre MA	39
Jazime M	3	Martínez E	20,22	Mosqueda R	5	Poltnikov S	139
Jiménez O	14,90,157	Martínez I	102	Mota Leal R	129	Porto L	57,58,59,60,61,68
Jimenez Tenia YA	8,9	Martínez J	73	Najas E	113	Prieto A	129
Jiménez Y	13,44	Martínez JG	143	Naranjo Briceño FJ	88	Pru C	122
Kay Valero S	30	Martos C	144	Naranjo F	16,18,76,97,135	Puello M	93
Khan J	15,131	Marulanda MI	78,81, 150,151	Natera A	67	Puente Arocha KJ	10
La Salle Toro R	104	Mata Essayag S	87,90, 118,152,155	Natera Alvizu IC	133	Pulido Carbonell AM	43
Lacourt E	6	Mata I	4,7	Natera Benavides AC	112	Pumar R	86
Lamás L	62	Mata O	1	Navarro M	48	Quijada S	155
Landaeta C	21	Peralta Espinoza LA	156	Navarro P	41,49,71	Quintero M	49,134
Landaeta ME	90, 117,118,134	Mavárez A	103	Navarro Rojas P	43,40	Ramírez Guillén GA	124
Landaeta W	2,7	Mazzola G	13	Navas Contreras AM	2,102	Ramírez S	17
Lanz Y	147	Mazzola Sánchez DG	8,9	Navas L	2,4	Ramos I	94
Lara M	72	Medina B	142	Navas R	17	Ramos J	53
Larreal Y	103	Medina B	142	Nicola R	48	Rangel Lujano MC	38
Latouche Y	45	Mejías M	123	Noriega V	2	Rangel M	17,110
Laucho Contreras ME	65	Méndez C	21	Novoa Torres CE	55,56	Raouzana F	37
Laucho ME	111	Méndez O	22	Noya O	30,31	Redondo C	54
Laviosa C	40	Mendoza A	139	Núñez M	158	Redondo MC	117,134,143
Laya M	110	Mendoza K	53,93	Núñez O	48	Requena de Castillo I	6
Laya Y	153	Mendoza MJ	89	Ochoa H	132	Reviakina V	85,89
León Y	72,94	Mendoza Pérez LM	51	Ojeda X	94	Reyes H	40
Longhi M	65	Meneses J	37	Olaizola C	87,90,118	Riani Ponce MA	55,56
López D	17,110	Meo M	4	Olivero J	93	Riera G	117
López G	23,132	Merentes A	77	Oliveros H	104	Riera J	49,101,134
López MG	17	Miquelena C	98,99,100	Omaña Gutiérrez MM	43	Rincones A	62
López Mora J	12	Molero S	65	Omaña M	74,82, 113,120,121	Rísquez A	62
López S	15	Molero YV	114	Ortega Y	144	Rivas Chirinos JA	28,33, 46,106
Lleras de Torres A	1	Molina G	24	Pacheco M	19,24, 148,149,150	Rivas Delgado MG	51,52
		Mon M	115,116	Pacheco V	35,36	Rivera M	4,6,7
		Monsalve Arteaga L	116	Padrino V	105	Rivera Prospero MS	10
		Monsalve Castillo F	57,58, 59,61	Palacio K	41	Rivero G	50
		Monsalve F	60	Paniz Mondolfi AE	34,39	Rivero H	44
		Monsalve L	115			Rivero L	40,41

ÍNDICE DE AUTORES

Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.	Nombre	Nº trab.
Rivero Z	68,79	113,119,120,121,154		Silvia N	91	Valera de Magdaleno A	24
Rizzi A	77	Ruiz-O NM	95	Sole A	70	Valero K	79,80
Roa E	102	Saab T	153	Spadola E	69	Valero N	103
Roda A	75	Salazar B	35,36	Suárez A	59	Valery F	17
Rodríguez A	123	Salazar H	92,139	Suárez O	48	Valverde C	71
Rodríguez C	47,96,136	Salazar J	2	Sucre C	92,139	Valladares Y	32
Rodríguez E	92,139	Salazar León MD	10	Sucre Guzmán RC	15	Vargas G	110
Rodríguez G	73	Salazar Y	130	Sucre R	44,130,131	Vásquez de Azocar ID	14,157
Rodríguez JL	135	Salcedo N	32	Swchartz M	105	Vásquez Hurtado YD	69,
Rodríguez L	160	Salomón M	4,7	Tache de Escobar C	137		95,113
Rodríguez O	111	Sánchez A	16,18,76,97,135	Tapia J	84	Vásquez I	82
Rodríguez Padilla JE	51,52	Sánchez C	98,100,141,150	Téllez V	17,110	Vásquez Y	74,75,91
Rodríguez R	144	Sánchez de Naveda M	132	Terán R	126		119,120,121,154
Rodríguez Rodríguez NR	63	Sánchez Mejías TY	137,156	Terán RD	125,127,128	Vega Bonnet V	23
Rodríguez S	3,110	Sandoval de Mora M	5	Toro A	29	Vega V	25
Rodríguez V	34	Sandoval M	2,153	Torres C	1	Vegas J	62
Rodríguez Z	132	Sandrea L	80	Torres L	96	Velásquez Carrión KM	66
Rojas J	109	Santiago Abreu D	33,46,106	Torres R	1	Velásquez L	28
Rojas M	136	Santodomingo Goitía CA	26	Tovar de Isea N	64	Velásquez Ordaz MT	27,107
Rojas Sánchez MV	47	Santos G	78,81	Tovar I	72	Velásquez R	123,124
Roldán Y	156	Santos Gyori CA	51	Traviezo Valles L	144,145	Vera-G R	92,139
Román V	114	Santoya González LE	51	Trebesth I	41	Vielma R	45
Romero A	1	Sarmiento J	159	Triana T	20,21,22	Vierma H	72
Romero J	130	Savino M	155	Triolo Mieses MD	145	Villalobos H	1
Romero R	32	Serrano A	155	Troncote A	11	Villanueva Pérez CY	42
Romero Rodríguez M	23	Siciliano L	17,110	Tudares E	1	Villegas L	35,36
Rondón I	14	Sifontes G	40	Ulrich M	34	Vivas E	147
Rosas M	48,132	Sifontes O	25,98,99,100	Urbani L	19,148,149	Vivas L	92,139
Roselló A	118	Silva C	109,123,147	Urdaneta Pérez RE	133	Yanes S	29
Rosello Fornos A	64,87,	Silva K	47,136	Valderrey L	130	Yépez Hurtado JM	42
	90,152	Silva M	12,49,101,117,134	Valenzuela F	5	Young G	54,93
Ruiz Guevara RJ	30,31	Silva R	37	Valenzuela P	16,18,	Zavala-Jaspe R	38
Ruiz N	69,74,75,82,91,	Silva S	41		76,97,135	Zerpa O	34
				Valera A	45	Zuluaga O	75
						Zurita C	159