

Rev Peru Med Exp Salud Publica 2002; 19(Supl): S1-S36.

I Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud Lima, 24 - 25 Julio 2002

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

TUBERCULOSIS

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DE *Mycobacterium tuberculosis* EN CULTIVOS EN EL LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL DIRES ANCASH - AÑO 2001

Salazar R, Salazar J, Durand W, Enriquez A, Salazar V, Mendoza C, Salazar M.
Laboratorio de Referencia Regional - Dirección Regional de Salud Ancash.

Objetivo: Evaluar el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras pulmonares y extra-pulmonares en medio Ogawa.

Resultados: De 656 muestras pulmonares y extra-pulmonares cultivadas en medio Ogawa, en el 2001, 42 fueron positivas. Se observó que el crecimiento de *M. tuberculosis* se inició a los 15 días de cultivada la muestra en 43,0% de los cultivos positivos; el índice mayor de crecimiento se obtuvo a los 30 días con 50,0% de crecimiento bacteriano; a los 45 días, 5% de crecimiento de *Mycobacterias*; y a los 60 días, 2,0%. No hubieron diferencias entre las muestras pulmonares y extra-pulmonares.

Conclusión: La lectura de los resultados finales de los cultivos de *M. tuberculosis* no debe ser menor de los 60 días de realizado el cultivo en medio Ogawa.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis* / crecimiento & desarrollo; Ancash; Perú.

POSITIVIDAD POR CULTIVO DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y RADIOGRAFÍA ANORMAL CON BK NEGATIVO EN LA DIRES ANCASH, 2000 – 2001

Salazar R, Salazar J, Durand W, Salazar V, Mendoza C, Salazar M.
Laboratorio de Referencia Regional - Dirección Regional de Salud Ancash.

Objetivo: Determinar el porcentaje de positividad del cultivo de muestras de sintomáticos respiratorio y radiografía anormal con BK negativo en Ancash durante 2000 - 2001.

Metodología: Se evaluó el libro de registros de cultivos realizados durante los años 2000 y 2001 en los Laboratorios H.A. E.G.B. y la Caleta ubicados en la provincia de Santa y del Laboratorio de Referencia Regional, en Huaraz. Las muestras fueron obtenidas de pacientes que cumplían la definición de caso de sintomático respiratorio y radiografía anormal con baciloscopías negativas, los cuáles se cultivaron en medio Ogawa.

Resultados: En el 2000 se procesaron 3339 muestras, obteniéndose 139 cultivos positivos (4,16%); en el 2001 se procesaron 2467 obteniéndose 114 cultivos positivos (4,62%). Se obtuvo 4,42% y 3,28% de positividad para el H.A. E.G.B.; 2,92% y 5,95% de positividad en el Hospital La Caleta; y en el Laboratorio de Referencia 8,49% y 5,19% para los años 2000 y 2001, respectivamente.

Conclusión: A pesar que la positividad de los cultivos en los dos años de estudio demuestran su utilidad en la detección de la Tuberculosis, los porcentajes de positividad aún no se encuentran dentro de los límites aceptables, por lo que se sugiere continuar el fortalecimiento de estrategias de laboratorio, que permitan mejorar el rendimiento del cultivo en el diagnóstico de esta enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis; Ancash; Perú.

CONTROL DE CALIDAD DE BACILOSCOPIAS EN LA RED DE LABORATORIOS DEL PCT EN LA DIRES ANCASH, 1998 - 2001

Salazar R, Salazar J, Durand W, Salazar V, Mendoza C, Enriquez A, Salazar M.
Laboratorio de Referencia Regional - Dirección Regional de Salud Ancash.

Objetivo: Determinar el porcentaje de discordancia de los resultados de baciloscopías de la Red de Laboratorios de la Dirección Regional de Salud Ancash durante 1998 - 2001.

Metodología: Se utilizó la metodología retrospectiva - descriptiva de las baciloscopías, a las cuáles se realizó el control de calidad durante 1998 - 2001 dentro de la Red de Laboratorios del Programa de Control de Tuberculo-

sis, el que orgánicamente cuenta con un Laboratorio de Referencia Regional (Huaraz), dos laboratorios intermedios (H.A. E.G.B. y La Caleta) y 6 laboratorios de nivel local supervisor. Se consideró en el control de calidad la técnica de repetitibilidad de las lecturas de baciloscopías de los 8 laboratorios supervisores.

Resultados: Se consideraron las discordancias totales entre falsos positivos y negativos. Durante 1998 se relevaron 7566 láminas de los cuáles 14 resultaron discordantes (0,19% de discordancia), para ese año participaron 43 laboratorios siendo 4 discordantes (9,3%); en 1999, se relejó 6022 láminas de los cuáles 6 fueron discordantes (0,09%), participando para este efecto 45 laboratorios, siendo 3 discordantes (6,6%); para el 2000 se relejó 6968 láminas, resultando 9 baciloscopías discordantes (0,13%), se contó con 45 laboratorios siendo 3 discordantes (6,6%); y para el 2001 se incrementó a 46 laboratorios, de los cuales 7 presentaron discordancia (15,2%) y se relejó 6088 baciloscopías siendo 11 discordantes (0,18%).

Conclusión: El porcentaje de discordancia de las láminas son relativamente constantes, por lo que se debe continuar con las capacitaciones respectivas en todo el proceso de trabajo (que incluyen extendido, coloración y lectura) en los diferentes laboratorios de la red.

Palabras clave: Técnicas bacteriológicas; Tuberculosis; Control de calidad; Laboratorios de salud pública; Ancash; Perú.

PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE BACILOSCOPIAS DE DIAGNÓSTICO EN SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA RED DE LABORATORIO DE LA DIRES ANCASH, 2000 - 2001

Salazar R, Salazar J, Salazar V, Mendoza C, Enriquez A, Salazar M.

Laboratorio de Referencia Regional - Dirección Regional de Salud Ancash.

Objetivo: Determinar el porcentaje de positividad de baciloscopías de diagnóstico en sintomáticos respiratorios de tuberculosis pulmonar en la Red de Laboratorio de la DIRES Ancash 2000-2001.

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todas las baciloscopías leídas durante los años 2000 y 2001 de la Red de Laboratorios de la DIRES Ancash. Se tomaron muestras de esputo pertenecientes a pacientes que cumplían con la definición de sintomático respiratorio; dichas láminas se procesaron con la técnica de Ziehl Neelsen, obteniéndose el porcentaje de positividad dividiendo el número de baciloscopías de diagnóstico de sintomático respiratorio positivo entre el número total de láminas del diagnóstico de sintomáticos respiratorios por 100.

Resultados: Los porcentajes de positividad de las baciloscopías para los años 2000 y 2001, respectivamente, fueron:

Callejón de Huaylas: Carhuaz (0,67% y 0,20%), Yungay (0,95% y 0,47%), Caraz (1,92% y 0,85%), Recuay (0,92% y 0,41%) y Huaraz (2,15% y 0,83%).

Callejón de Conchucos: Huarí (0,22% y 0,44%), Pomabamba (0,42% y 0,00%) y Sihuas (0,36% y 0,08%). Zona Costa: La Caleta (4,79% y 3,52%), E.G.B. (3,07% y 1,26%), Casma (3,84% y 2,02%) y Huarmey (2,76% y 1,45%).

Conclusión: Los laboratorios de los hospitales de la zona costa presentaron el mayor porcentaje de positividad de baciloscopías, resaltando el laboratorio del hospital La Caleta con los mayores porcentajes de positividad para los años 2000 y 2001, en tanto que el Hospital de Pomabamba no presentó ni una lámina positiva para el año 2001.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar/diagnóstico; Técnicas bacteriológicas; Laboratorios de salud pública; Ancash; Perú.

TIEMPO DE NEGATIVIZACIÓN DE LA BACILOSCOPIA POR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO MEDIANTE EL ESQUEMA I EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, ENERO - JULIO 2001.

Ramírez I, Guerreros S.

División de Bacteriología, Laboratorio de Enfermedades Transmisibles del Hospital Regional de Ayacucho.

Objetivo: Determinar el tiempo de negativización de la baciloscopía de pacientes tuberculosos tratados mediante el esquema I y relacionar el tiempo de negativización en función a la carga bacilar y factores como edad, sexo, consumo de alcohol y tabaco, esfuerzo físico y estado nutricional. **Metodología:** 15 pacientes con baciloscopía inicial positiva fueron seguidos desde el inicio del tratamiento antituberculoso esquema I, obteniéndose muestras de esputo cada dos días después de los quince días de iniciado el tratamiento a fin de evaluar la negativización. El tiempo de negativización se determinó cuando el examen baciloscópico resultó negativo por dos veces consecutivas, considerándose como tiempo de negativización a la primera fecha en la que el resultado fue negativo.

Resultados: El total de pacientes tratados negativizó antes de los 60 días donde 40,0% negativizó antes de los 30 días, 33,3% entre los 30-44 días y 26,7% después de los 45 días. A mayor densidad bacteriana mayor fue el tiempo de negativización. La edad mayor de 33 años, el consumo de licor, tabaco, esfuerzo físico y estado nutricional se comportan como factores desfavorables en el tiempo de negativización; no siendo el sexo un factor que influye en este tiempo.

Conclusión: Los pacientes con tuberculosis pulmonar responden de diferente manera al tratamiento antituberculoso esquema I, sin embargo el tamaño muestral es muy pequeño para realizar inferencias estadísticas.

Palabras clave: Tuberculosis/diagnóstico; Ayacucho; Perú.

TENDENCIA DE LA DROGORESISTENCIA DE *Mycobacterium tuberculosis* EN LIMA Y CALLAO, 1995-96 Y 1999

Vásquez L, Asencios L, Quispe N, Leo E, Lecca L, Llanos-Zavalaga F.

Grupo Multifuncional de Micobacterias – Instituto Nacional de Salud.

La OMS recomienda estudios de vigilancia periódicos de drogoresistencia en países con alta incidencia de tuberculosis (TB).

Objetivo: Comparar los resultados de resistencia primaria (RP), resistencia adquirida (RA) y multidrogoresistencia (MDR) en pacientes nunca y antes tratados procedentes de Lima y Callao de los estudios de vigilancia de 1995-96 y 1999.

Metodología: Se realizó un muestreo por conglomerados. Las muestras de esputo BK (+) de pacientes nuevos y antes tratados se cultivaron en los medios Owaga y Lowenstein-Jensen, y los aislamientos de *M. tuberculosis* fueron sometidos a la prueba de sensibilidad por el método de las proporciones, con drogas de primera línea: isoniacida, rifampicina, estreptomicina y etambutol.

Resultados: Se incluyeron 2181 pacientes: 1028 del estudio de 1995-96 (79,6% nunca tratados y 20,4% antes tratados) y 1153 del estudio de 1999 (84,0% nunca tratados y 16,0% antes tratados); encontrándose un incremento significativo de RP, RA y MDR. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

	1995-96				1999			
	RP	MDR primaria	RA	MDR adquirida	RP	MDR primaria	RA	MDR adquirida
Lima Este	16,0%	2,9%	32,2%	6,9%	26,5%*	5,8%	45,8%*	41,6%*
Lima Sur	8,5%	1,3%	12,0%	0,0%	17,0%*	4,6%	20,7%	10,3%
Lima Ciudad	11,7%	1,1%	47,2%	16,6%	16,7%*	3,2%	19,1%*	10,6%*
Lima Norte	19,4%	2,7%	39,7%	20,0%	16,0%	1,1%	16,3%*	7,2%
Callao	11,5%	3,6%	31,0%	6,6%	12,0%	3,7%	10,0%*	10,0%

* ($p < 0,05$: estadístico significativo).

Palabras clave: Tuberculosis / terapia; Resistencia a drogas; Lima; Perú.

RESISTENCIA A DROGAS ANTITUBERCULOSAS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH: PERÚ 1999-2001

Asencios L, Vásquez L, Quispe N, Leo E, Lecca L, Llanos-Zavalaga F.

Grupo Multifuncional de Micobacterias – Instituto Nacional de Salud.

Objetivo: Conocer la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a drogas antituberculosas en pacientes HIV/TB.

Metodología: Estudio que incluyó muestras referidas al Laboratorio de Referencia Nacional entre 1999 y 2001. Se analizaron 419 cultivos de *M. tuberculosis* de pacientes VIH-TB, de los cuáles 358 (85,0%) correspondieron a pacientes sin tratamiento previo y 61(15,0%) con antece-

dentes de tratamiento. La prueba de susceptibilidad se realizó por método de las proporciones de Canetti, Rist y Grosset para isoniacida (INH), estreptomicina (SM), etambutol (EMB) y rifampicina (RMP); para pirazinamida (PZA) se realizó la prueba enzimática de Wayne.

Resultados: De los pacientes nuevos, 210 (58,6%) fueron resistentes al menos a una droga, observándose 33,0% de MDR (resistencia al menos a INH y RMP). De 61 aislamientos con antecedentes de tratamiento, 53 (88,0%) resultaron resistentes al menos a una drogas, detectándose resistencia a INH-RMP y a otras drogas en 43 (71,7%).

Conclusión: Se encontró una alta resistencia y multiresistencia a drogas antituberculosas en pacientes VIH-TB, lo cual indica que es necesario desarrollar mecanismos de coordinación entre los Programas de Tuberculosis y SIDA, para implementar estrategias de prevención de la diseminación de cepas resistentes en estos pacientes.

Palabras clave: Tuberculosis/terapia; VIH; Resistencia a drogas; Perú.

SUSCEPTIBILIDAD DE *Mycobacterium tuberculosis* A PIRAZINAMIDA EN PERU, 1999

Leo E, Vásquez L, Asencios L, Quispe N, Lecca L, Llanos-Zavalaga F.

Grupo Multifuncional de Micobacterias - Instituto Nacional de Salud.

La pirazinamida es una droga bactericida recomendada por la OMS para el tratamiento antituberculoso de primera línea.

Objetivo: Conocer la resistencia primaria (RP) y la resistencia adquirida (RA) de *M. tuberculosis* a la pirazinamida

Metodología: Estudio transversal realizado de Marzo a Diciembre de 1999, realizado de una muestra de 38 conglomerados de un universo nacional de establecimientos de salud de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar BK(+) nunca y antes tratados. Los cultivos fueron procesados en los laboratorios regionales e intermedios del país.

La sensibilidad a pirazinamida se realizó por el método de Wayne (prueba enzimática). La formación de un banda rosada indicó actividad de la pirazinamidasa (pirazinamida sensible) y la ausencia de la misma se interpretó como resistente.

Resultados: De 1217 cepas evaluadas, 1074 (88,25%) fueron nunca tratados y 143 (11,75%) antes tratados, encontrándose una RP de 1,9% y una RA de 10,5% a pirazinamida.

Conclusión: Los hallazgos encontrados sugieren continuar con las investigaciones de susceptibilidad a la pirazinamida en el país.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*/terapia; Resistencia a drogas; Perú.

INCIDENCIA Y MORBILIDAD DE TUBERCULOSIS EN RIOJA, PERÚ DURANTE EL PERIODO 1996 - 2000

Mendoza-Requena D¹, Benites-Villafane C², Velásquez-Hurtado JE¹, Rosas-Aguirre A¹.

¹ Instituto Nacional de Salud.

² Red de Servicios de Salud Rioja.

Objetivo: Determinar la incidencia y morbilidad de tuberculosis en la Red Servicios Salud Rioja (RSSR), San Martín - Perú durante el período 1996-2000.

Metodología: Estudio descriptivo longitudinal que utilizó como fuente de información los libros de registro y seguimiento de pacientes con Tuberculosis (TB) del Programa de Control de TB (PCT) de la RSSR, la cual consta de 7 microrredes (41 centros/puestos de salud). Criterios de inclusión: paciente diagnosticado con TB y registrado en el PCT. Se determinó la incidencia y morbilidad de TB frotis positiva (TB-FP) y TB total por año y según área geográfica cubierta por cada microrred.

Resultados: En la RSSR la incidencia y morbilidad de TB disminuyeron durante el período estudiado (de 82,2 a 61,1x100 000 hab. y de 90,4 a 66,8x100 000 hab., respectivamente). También la incidencia y morbilidad de TB-FP (de 81,0 a 49,7x100 000 hab., y de 89,2 a 53,5x100000 hab., respectivamente). Sin embargo, a nivel de microrredes, se identificó que la MR-6 (San Juan) presentó un discreto aumento de ambos indicadores tanto en TB como en TB-FP.

Conclusión: La RSSR presentó una tendencia decreciente de la incidencia y morbilidad de TB y TB-FP durante el período 1996-2000; sin embargo, se identificó una microrred que presentó aumento de dichos indicadores. Se sugiere realizar estudios a nivel local en otras partes del Perú para identificar bolsones de alta incidencia de TB y adoptar las medidas de salud necesarias para revertir dicha situación.

Palabras claves: Tuberculosis/epidemiología; Incidencia; Morbilidad; San Martín; Perú.

DETECCIÓN DE MICOBACTERIAS TUBERCULOSAS Y NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES VIH-TB, 1999-2001

Quispe N, Asencios L, Vásquez L, Leo E, Lecca L, Llanos-Zavalaga F.

Grupo Multifuncional de Micobacterias - Instituto Nacional de Salud.

La infección por VIH es un factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis (TB) y micobacteriosis.

Objetivo: Determinar la frecuencia de *M. tuberculosis* y otras micobacterias (MNTB) en pacientes con coinfección VIH-TB.

Metodología: Los laboratorios regionales e intermedios de la red nacional procesaron los cultivos a partir de muestras pulmonares y extrapulmonares (secreciones, fluidos corporales, biopsias y otros) de pacientes coin-

fectados VIH-TB. El Laboratorio Nacional de Referencia de Micobacterias (LNRM) realizó la identificación de las micobacterias mediante pruebas bioquímicas y enzimáticas como niacina, nitrato reducción, hidrólisis de tween, toma de hierro, ureasa, aril sulfatasa y tolerancia de NaCl. **Resultados:** De 325 muestras, 316 (97%) correspondieron a *M. tuberculosis* y 9 (3%) a MNTB, comprendiendo las especies de *M. fortuitum* (3), complejo *M. terrae* (2), *M. chelonae* (2), *M. kansasii* (1) y *M. goodii* (1).

Conclusión: Se logró aislar MNTB en pacientes VIH-TB, aunque llama la atención que no se haya encontrado complejo *M. avium-intracelular*, siendo necesario continuar con las investigaciones de identificación de micobacterias.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*/diagnóstico; Micobacterias atípicas; VIH.

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESCOLARES DEL AA.HH. "EL INDEPENDIENTE", EL AGUSTINO - LIMA.

Rumiche J, Hernández E, Gamarra G, Acosta E, Aurazo A. Instituto de Microbiología - Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TBC pulmonar en escolares del AAHH El Independiente. Agustino-Lima.

Metodología: En este estudio transversal se realizó la detección de tuberculosis pulmonar en 776 escolares entre los 5 y 18 años. Se dividió a los escolares en dos grupos; el primero formado por 193 niños menores de 7 años de edad a quienes se les aplicó la prueba del PPD. Si el diámetro de la pápula era mayor de 10mm de diámetro, los niños pasaban a examen radiológico y examen de esputo; haciéndose el examen clínico a los casos probables. En el segundo grupo formado por 573 escolares mayores de 7 años (573) se aplicó una encuesta epidemiológica. Las respuestas positivas a los criterios de tos por más de 15 días, fiebre, sudoración, pérdida de peso o ser contacto categorizó al escolar como sintomático respiratorio; haciéndose la confirmación mediante la técnica de baciloscopía.

Resultados: De 776 escolares se detectaron 9 casos, con edades entre 6 y 14 años, representando una tasa de incidencia de 1174 x 100 000 habitantes y una tasa de prevalencia de 1,0%. Los casos diagnosticados como positivos se incorporaron al Programa Nacional de Control de Tuberculosis, del Ministerio de Salud.

Conclusión: La alta incidencia de tuberculosis pulmonar, ubica a la población en estudio en alto riesgo siendo el valor 10 veces mayor al promedio nacional reportado por el MINSA.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar; Salud escolar; Lima; Perú.

SUSCEPTIBILIDAD DE *M. tuberculosis* A DROGAS ANTITUBERCULOSAS DE SEGUNDA LÍNEA. PERÚ 2000-2001

Leo E, Asencios L, Vásquez L, Quispe N, Lecca L, Llanos-Zavalaga F.

Grupo Multifuncional de Micobacterias – Instituto Nacional de Salud.

Objetivo: Conocer la susceptibilidad a drogas de segunda línea de cepas de pacientes TB-MDR

Metodología: Estudio transversal de Junio 2000 a Mayo 2001. Se incluyeron aislamientos de pacientes con TB-MDR, fracasos terapéuticos sucesivos en condiciones de tratamiento regular y supervisado. La prueba de susceptibilidad se realizó en el Laboratorio Nacional de Referencia de Micobacterias, mediante el Método de las Proporciones de Canetti, Rist y Grosset, para Ethionamida (ETH), Kanamicina sulfato (KM) y Acido paramino salicílico (PAS).

Resultados: De 280 pacientes, 15 (5,0%) fueron nunca tratados y 265 (95,0%) antes tratados. Se encontró una resistencia de 66,0% a por lo menos una droga. Para ETH 44,3%, PAS 14,6%, KM 3,8%, ETH+PAS 15,7%, ETH+KM 11,4%, KM+PAS 3,2% y resistencia a las tres drogas 7,0%.

Conclusión: Los niveles de resistencia a drogas de segunda línea nos muestran un arsenal terapéutico reducido, por lo que el énfasis debe estar en reportar tempranamente los índices de resistencia.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*; Susceptibilidad a enfermedades; Perú.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / VIH

PERFIL PLASMÍDICO DE CEPAS DE *Neisseria gonorrhoeae* AISLADAS EN PERÚ CON RESISTENCIA A PENICILINA Y/ O TETRACICLINA

Portilla J¹, Galarza P²

¹ *Instituto Nacional de Salud, Lima-Perú.*

² *Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas "Dr. Carlos G. Malbran", Buenos Aires-Argentina.*

Objetivo: Determinar los tipos de plásmidos de resistencia a penicilina y tetraciclina en cepas de *N. gonorrhoeae* que circulan en nuestro medio.

Metodología: Se estudiaron 7 cepas de *N. gonorrhoeae* con resistencia plasmídica a penicilina (β -lactamasa positiva), 1 de ellas además de ser β -lactamasa positiva presentaba resistencia plasmídica a tetraciclina (PP/TRNG). También se estudió una cepa de *N. gonorrhoeae* que solamente presentaba resistencia plasmídica a tetraciclina (TRNG). Los métodos utilizados en el presente estudio fueron: 1) Boiling modificado para el estudio y tipificación de plásmidos betalactámicos y 2) PCR, para detectar el gen tet-M que confiere resistencia antimicrobiana y al insertarse al plásmido conjugativo, produce resistencia a tetraciclina.

Resultados: Del total de 7 cepas de *N. gonorrhoeae* productoras de β -lactamasa, se observó que portaban el siguiente tipo de plásmido: 5 cepas Toronto (3,05 Mdal), 1 cepa asiático (4,4 Mdal) y 1 cepa el africano (3,2 Mdal). 2 cepas de *N. gonorrhoeae* que presentaban resistencia plasmídica a tetraciclina, mostraron tener el plásmido codificado por el gen tet-M tipo Dutch (700 pb), no encontrándose el tipo americano (1600 pb). Todas las cepas estudiadas portaban el plásmido conjugativo (24,5 Mdal) y críptico (2,6 Mdal); éstos dos últimos plásmidos no determinan resistencia antimicrobiana.

Conclusión: El presente estudio constituye un piloto para el inicio de otros con mayor número de cepas, siendo el primer reporte en el Perú de identificación de plásmidos de resistencia a penicilina y tetraciclina en cepas de *N. gonorrhoeae*.

Palabras clave: *Neisseria gonorrhoeae*; Resistencia a tetraciclina; Perú.

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN SECRECIONES VAGINALES DE MUJERES EN INICIO DE TRABAJO DE PARTO. OCTUBRE – DICIEMBRE 2000.

Asmat P, Fernández E, Moreno V.

Laboratorio de Referencia Regional de La Libertad.

Objetivos: Identificar la presencia de leucorrea en gestantes en inicio de trabajo de parto y la presencia de microorganismos patógenos en muestras de secreción vaginal en estas mismas gestantes.

Metodología: Entre los meses de Octubre y Diciembre del 2000, se colectaron 92 muestras. Se tomaron 2 hisopados, el primero se utilizó para realizar el examen directo en fresco aplicando los criterios de AMSEL y para la búsqueda de Trichomonas. El segundo hisopo fue colocado en medio de transporte y conducido inmediatamente al laboratorio para realizar los cultivos en placas con Agar Sangre de carnero 5%, Agar Manitol Salado, Agar Chocolate, Thayer Martin, Agar MacConkey y Agar Sabouraud, incubándose según las condiciones de tiempo, temperatura y atmósfera de CO₂ requeridas.

Resultados: 66,2% de las gestantes presentaron flujo vaginal. En el grupo con leucorrea, 91,6% presentó reacción al Test de aminas. En el estudio en fresco se identificaron: *Gardnerella vaginalis* (37,9%), *Candida albicans* (21,7%) y *Trichomona vaginalis* (3,3%), además 4,4% presentó flora mixta de *Trichomona vaginalis* y *Gardnerella vaginalis*. Se aisló *E. coli* en 6,5% de las muestras, *Enterobacter sp.* en 1,1% y *Staphylococcus saprophyticus* en 1,1%.

Conclusión: Los microorganismos patógenos más frecuentes en gestantes en inicio de trabajo de parto fueron *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* y *Trichomonas*.

Palabras clave: Enfermedades vaginales/microbiología; Secreciones corporales/análisis; Inicio del parto.