

### V Jornadas de Actualizaciones en Clínica Pediátrica y Neonatología La Plata - 2007

**Coordinadora:**

Zulma Fernández

**Integrantes:**

Mariá Rosa Agosti

Isabel Bosco

Ricardo Drut

Luis Guimarey

Rosario Merlino

Claudia Pedraza

Néstor Pérez

Javier Ruscasso

Stella Maris Trotta

### Infección Urinaria en Lactantes. Diagnóstico y terapéutica

**Azrak, MA; Fernández, Z; Merlino, R; Peruffo, MV; Costa, L; Trevisan H.**

Servicio de Lactantes. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [angelesazrak@yahoo.com.ar](mailto:angelesazrak@yahoo.com.ar)

**Introducción:** la infección urinaria es la segunda en frecuencia en lactantes luego de la respiratoria. Cobra jerarquía por su mayor asociación con bacteriemia, sepsis y escaras renales. Condiciona internación, antibioterapia parenteral y estudios posteriores.

**Estudio:** retrospectivo, descriptivo, observacional.

**Objetivo:** analizar características de la IU en este grupo etario.

**Metodología:** se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de lactantes internados con diagnóstico de IU (años 2005-2006), y las variables edad, sexo, días de internación, signos y síntomas de presentación, resultados de análisis (hemograma, ERS, PCR, sedimento urinario, cultivos de orina, sangre, LCR), tratamiento antibiótico y estudios por imágenes.

**Resultados:** ingresaron en el estudio 60 pacientes, 55% de sexo masculino, con promedio de edad de 4.16m y de días de internación 9.73. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (90%), vómitos y diarrea (23%). Hallamos bajo peso en el 32% (89.4% tenía patología asociada). Se constató leucocitosis en 27/59, ERS > 30 en 15/16, PCR > 8 en 33/43. De 46 sedimentos urinarios, 31 fueron patológicos (67%). El 95% de los urocultivos fueron positivos (57/60) siendo E.Coli el germen más frecuente (77%) con un 75% sensible y 4.5% sensibilidad intermedia a cefalosporina de 1°G. Los hemocultivos fueron positivos en 11% (6/54). Realizamos punción lumbar en 18 pacientes (83% menores de 3 meses) siendo solo una positiva. Realizamos ecografía renal al 73% y CUGM al 51.6%, hallando RVU en el 19%. El 36.6% recibió cefalosporinas de 1°G, 46.6% cefalosporinas de 3° G y un 10% gentamicina.

**Conclusiones:** la infección urinaria es causa frecuente de síndrome febril sin foco, siendo importante la realización de orina completa. El germen más común fue E.coli sensible, por lo que las cefalosporinas de 1° generación resultarían adecuadas para tratar las infecciones urinarias. Jerarquizamos la importancia de realizar estudios por imágenes durante la internación dada la deserción en los controles posteriores.

## Infecciones urinarias en pacientes con Mielomeningocele (MMC)

**Turcato, G\*, Vescina, C\*, Camilletti, G\*\*, Giugno, S\*.**

\*Bioquímica. Sala de Microbiología. \*\*Bacterióloga. Sala de Microbiología. Laboratorio Central. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ turcatog@yahoo.com.ar

**Introducción:** Mielomeningocele (MMC) es un defecto congénito del tubo neural, donde el diagnóstico y tratamiento precoz de las infecciones urinarias son importantes para preservar el daño renal.

**Objetivo:** evaluar el porcentaje de positividad de los cultivos de orina, los microorganismos más frecuentemente aislados y su resistencia (R) a los antibióticos en pacientes con MMC.

**Metodología:** estudio retrospectivo, sobre 332 muestras de orina recibidas en la Sala de Microbiología de pacientes con MMC, entre 0-18 años y en el periodo comprendido entre 1/1/2004 y 31/12/2006. Las muestras se procesaron de la manera habitual. Para la tipificación de gérmenes se utilizó metodología convencional y las pruebas de sensibilidad según Normas CLSI.

**Resultados:** de las 332 muestras de orina procesadas, 127(38%) resultaron negativas 151(45%) positivas y 54(17%) contaminadas. La bacteria más frecuentemente aislada fue *Escherichia coli* (*E.coli*) (n= 70) siguiéndole *Pseudomonas aeruginosa* (n= 30) tribu *Proteae* (n= 17), *Klebsiella spp* (n= 15), *Enterococcus spp* (n= 8) y otros (n= 11). Tres episodios fueron polimicrobianos (dos gérmenes en tres muestras repetidas). Asimismo sobre 84 cepas (8 de enterococos, 46 *E. coli* y 30 *Pseudomonas aeruginosa*) se evaluó la resistencia a los antibióticos más comúnmente usados. En el caso de *Enterococcus spp* todas las cepas fueron sensibles a Vancomicina, 2/8 R a Nitrofuranos y 3/8 a Ciprofloxacina. La resistencia a Ampicilina depende de la especie, todos los aislamientos de *Enterococcus faecalis* fueron sensibles y los de *Enterococcus faecium* resistentes. En cuanto a *E. coli* 71% fueron resistentes a Ampicilina, 53% a TMS, 48% a Cefalosporinas de 1 generación, 27% a Cefalosporinas de 3° generación, 26% a Gentamicina, 15% a Ciprofloxacina, y 5% a Nitrofuranos. De las 30 cepas de *Pseudomonas aeruginosa* estudiadas 37% fueron resistentes a Gentamicina, 13% a Ciprofloxacina y 10% a Ceftazidima.

**Conclusiones:** el porcentaje de positividad en cultivos de orina de pacientes pediátricos con MMC fue del 45%. *E. coli* resultó el germen más frecuente seguido por *Pseudomonas aeruginosa*. Respecto a las R antimicrobianas Ampicilina, TMS Y Cefalosporinas de 1° generación, antibióticos ampliamente usados como profilaxis han demostrado R elevadas en *E. coli*.

## Síndrome Coqueluchoide en Lactantes

**Peruffo, MV; Azrak, MA; Fernández, Z; Merlino, R; Costa, L; Bettiol, M; Trevisán, H.**

Servicio de Lactantes. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ mperuffo@intramed.net

**Introducción:** en los últimos años, igual que en el resto del mundo, observamos un incremento de infección por Bordetella Pertussis (BP). En lactantes es difícil la identificación de casos probables dado que la sintomatología no se diferencia claramente de otras IRAB.

**Estudio:** retrospectivo, descriptivo, observacional.

**Objetivo:** describir características actuales de infección por BP en lactantes.

**Metodología:** evaluamos historias clínicas de lactantes internados durante el año 2006 por IRAB, en quienes con clínica subjetiva de coqueluche se investigó BP (PCR y cultivo) en aspirado nasofaríngeo (ANF). Se divide la población en dos grupos según resultado positivo o negativo de dicha determinación, analizando en cada

grupo las variables: edad, sexo, días de internación, días de evolución, signos y síntomas de presentación, resultados de análisis (hemograma, ERS, PCR), patrón radiográfico y vacunación, coinfección con virus respiratorios (Ag en ANF). Los resultados se registran en números absolutos o porcentajes.

**Resultados:** ingresan en el estudio 76 pacientes, 25 PCR positiva para BP (2 cultivo +) y 51 PCR negativa. Comparando resultado de variables entre grupo negativo / positivo: edad promedio(2.31/2.68 m); sexo: femenino(57/52%); síntomas y signos: apnea (25.5/16%), tos quintosa (37/52%), CVAS (82/80%), dificultad respiratoria (76.5/80%), fiebre (47/56%), hipoxemia (78.5/84%); hemograma: leucocitosis e/20000 y 60000 (12.2/28.6%), > 60000 (0/5%), linfocitosis (12.2/23.8%), trombocitosis (70.7/66.6%); patrón radiográfico: normal (4/12%), hiperinsuflación (96/68%), atelectasia (49/48%), intersticiopatía (85/68%), condensación (45/36%); infección con VSR (52.2/52%); epidemiología viral+ (43.13/40%); promedio días de evolución (7/6.8d); promedio días de internación (12/10.8d); necesidad de UTI (5/4); ARM(3/2); no hubo óbitos. Vacunación 1ª dosis (37/40%), 2ª dosis (6/8%), 3ª dosis (2/0%).

**Conclusiones:** las diferencias clínicas significativas halladas son tos quintosa, dificultad respiratoria, leucocitosis, linfocitosis y radiología normal en grupo PCR +. Existe una clara superposición entre ambas patologías certificada con la elevada coinfección. Esto dificulta la sospecha clínica de Coqueluche siendo importante la búsqueda de BP ante IRAB en este grupo etario.

## Etiología del Síndrome Coqueluchoide

**Oderiz, S\*, Bettiol, M\*, Fallesen, S\*, Borsa, A\*, Hozbor, D\*\*, Gatti, B\*.**

\*Sala de Microbiología, Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

\*\* IBBM, Instituto de Bioquímica y Biología Molecular, Fac. Cs. Exactas, UNLP.

✉ [blaga@uolsinectis.com.ar](mailto:blaga@uolsinectis.com.ar)

**Introducción:** la presentación clínica del Síndrome Coqueluchoide (S.C.) asociado a virus respiratorios, principalmente Virus Sincicial Respiratorio (RSV), o a *Bordetella pertussis* (B.P) es indistinguible y el diagnóstico de laboratorio es una herramienta de la cual el médico no puede prescindir.

**Objetivos:** establecer la etiología del S.C. y evaluar el porcentaje de muestras en las que se halló más de un agente causal.

**Materiales y métodos:** se sembraron 165 aspirados nasofaríngeos con sospecha de S.C. para búsqueda de B.P. en agar Bordet-Gengou con 5% de sangre de carnero. Las placas se incubaron por 10 días a 35°. Simultáneamente en el IBBM se realizó PCR (reacción de la polimerasa en cadena) para la búsqueda del gen de la toxina pertusis. La búsqueda de virus respiratorios (RSV, Influenza A y B, Parainfluenza 1, 2 y 3 y Adenovirus) se realizó por IFD (inmunofluorescencia directa) por solicitud médica explícita.

**Resultados:** de 165 aspirados nasofaríngeos, 52 dieron PCR positiva para B.P. (31,5%). Se recuperaron por cultivo 3 cepas. De las 113 muestras con PCR negativa, 37 (33%) tuvieron virológico positivo, 46 (41%) virológico negativo y a 30 (26%), no se le solicitó la búsqueda de virus. De las 52 muestras positivas para B.P., 15 tuvieron virológico positivo (RSV), 27 sólo fueron positivo para B.P. y a 10 no le solicitó virológico. El porcentaje de positividad para ambos patógenos en la misma muestra fue de 29%. En la distribución anual se observó circulación de RSV en los meses de mayo a julio y una distribución más uniforme de B.P. salvo un pico en junio.

De los 165 S.C., 52 tuvieron PCR positiva para B.P., (15 con virológico positivo), 37 sólo fueron positivas para virus (32 RSV, 2 Parainfluenza 3, 2 Influenza A y 1 Adenovirus), 46 muestras fueron negativas y 30 muestras sin solicitud de virológico.

**Conclusiones:** BP y RSV fueron los agentes hallados con mayor frecuencia. En el S.C es necesaria la búsqueda de B.P. y virus respiratorios simultáneamente. En pacientes con BP la coinfección con otros patógenos puede estar presente. La presencia de RSV no excluye BP. El aumento de PCR positivas para B.P. en junio es por la superposición de síntomas con RSV, y en los demás meses del año puede estar subdiagnosticada.

## Infección perinatal por virus herpes simple a propósito de un caso

**Ves Losada, JE; Zubiri, CE.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [jveslosada@hotmail.com](mailto:jveslosada@hotmail.com)

**Introducción:** el Virus Herpes Simple produce infección de transmisión vertical, por pasaje a través del canal del parto (HSV-2) en el 80% de los casos. En relación con la transmisión postnatal (10% de las infecciones neonatales por HSV), las fuentes pueden ser diversas: los padres, el personal de la *nursery*, como también otras personas que estén en contacto estrecho con el recién nacido. El HSV 1 es el más frecuentemente relacionado con esta forma clínica.

**Objetivos:** presentar un paciente con infección perinatal por herpes simple.

**Caso Clínico:** un paciente de 11 días de vida, con infección diseminada por Herpes Simple congénito; internado en el H.I.A.E.P S.M.L durante el año 2006.

Un caso retrospectivo de un paciente derivado a nuestro Hospital por presentar episodio convulsivo, tónico-clónico generalizado. Como antecedente, presentaba lesiones microvesiculares en ramillete, con halo eritematoso, localizadas en pirámide nasal, periorbitario, región cervical anterior, supra e infraumbilical, región posterior de tronco, de tres días de evolución.

Se aisló herpes simple tipo 1 en líquido vesicular y en líquido cefalorraquídeo.

**Conclusión:** los síntomas del herpes neonatal son inespecíficos, y el diagnóstico es muy dificultoso en los pacientes que no presentan lesiones cutáneas, por lo que se requiere un alto índice de sospecha.

Los neonatos que adquieren la infección en las primeras semanas de vida tienen la misma gravedad que los que se infectan intraparto.

Se manifiesta en el primer mes de vida de diferentes formas: 1-infección localizada en piel, ojos y boca; 2- encefalitis; 3- infección diseminada.

En todo neonato con síntomas o signos compatibles con infección por HSV, sin antecedentes de herpes genital materno, se debe sospechar infección por HSV 1.

## Circulación de virus respiratorios en dos períodos distintos en un hospital pediátrico

**Fallesen, AS, Sartori, M, Borsa, AM.**

Sala de Microbiología. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [amborsa@hotmail.com](mailto:amborsa@hotmail.com)

**Introducción:** los virus son la primera causa de IRAB en el mundo, afectando principalmente a los ancianos y niños pequeños.

**Objetivo:** mostrar la diferencia en la circulación de virus en los años 2003 y 2006, en forma comparativa, teniendo en cuenta incidencia, frecuencia mensual y asociaciones virales.

**Materiales y métodos:** se estudiaron 5428 muestras de ANF, 2003: 2827, 2006:2601. La población se dividió en tres grupos etáreos: < 5 años, 5-14a, y > 15a. Respecto a condición: 2003: internados:2342, ambulatorios: 485; 2006: inter:2442, ambul:159. El diagnóstico virológico se hizo por TIF Biorad y Dako.

**Resultados:** total muestras positivas 2003: 632/2827 (22.4%), RSV: 409 (14.5%), inter: 370, Flu A:91 (3.2%), inter 70, adenovirus: 81(2.9%), inter 75, parainfluenza: 48 (1.7%), inter40. Virus y grupo etáreo: < 5a: 574(25.4%), 5-14a: 54(10.4%), > 15a: 4(9.1%). El pico correspondió a Junio con 46.6% de muestras positivas. Asociaciones virales: 8. Año 2006: 805/2601(30.9%), RSV: 632(24.3%), inter 609, parainfluenza

89(3.4%), inter 83, FluA 26(1.0%), inter22, FluB 17(0.7%). inter 15, adenovirus 24(0.9%), inter 23, CMV: 16(0.6%), todos inter, Herpes tipo1: 1, inmunocomprometido. Virus y grupo etéreo:< 5a: 771(33.3%), 5-14a: 33(12.5%), > 15a: 1(4.5%). Pico en Junio con 336 positivas (70.6%). Asociaciones virales: 26.

**Conclusiones:** mayor número de muestras positivas para el año 2006: 30.9% del total. RSV principal agente etiológico, seguido de FluA, para 2003, y parainfluenza para 2006.

Hubo mayor número de asociaciones para el 2006. El grupo etéreo más afectado para los dos años: < 5 a. El pico para ambos períodos de estudio fue junio, con alta positividad en 2006: 70.6%. En 2003 sólo circuló FluA, en 2006 FluA y B. En 2006, se halló CMV en 16 lactantes menores de 6 meses de vida. Es importante el estudio de la epidemiología viral, pues hay cambios importantes año a año.

## Complicación intracraneana de sinusitis pediátrica. Presentación de un caso clínico

**Castellani, P; Podestá, MF; Rabino, M; Recupero, O; Taboada, A.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [utipludovica.residencia@gmail.com](mailto:utipludovica.residencia@gmail.com)

**Introducción:** la extensión intracraneal de la sinusitis pediátrica es una complicación infrecuente pero potencialmente letal, cuya prevalencia no está claramente determinada. Presenta mayor asociación con el compromiso primario del seno frontal, predominando en varones preadolescentes. Describimos el caso de un varón de 10 años de edad que ingresa con síndrome hipertensión endocraneana y fallece en 24 hs.

**Objetivo:** presentar un caso clínico de observación poco frecuente.

**Material y métodos:** estudio descriptivo observacional.

Paciente de 10 años que ingresa al servicio de terapia de nuestro hospital, en febrero del 2007 con síndrome hipertensión endocraneana, meningismo, anisocoria y edema caliente en región malar derecha, con antecedente de fiebre y síndrome infeccioso inespecífico de tres días de evolución.

Al ingreso recuento de blancos 5.800(77/0/0/17/6), PCR:150, plaquetas:15000, Glucemia 1.64. Acido Láctico: 2.84. EAB 7.38/43/22/25/04; función hepática, renal, inograma normales. Se coloca en asistencia ventilatoria mecánica. Se realiza TAC simple de encefalo: imagen hipodensa en semiluna en 6 cortes, abarcando región parieto-temporal derecha con desviación de línea media menor 5 mm y colapso asta temporal ventrículo lateral con seno maxilar ipsilateral ocupado. Se realiza punción lumbar: líquido incoloro, 70 elementos, 60% PMN, con glucorraquia y proteinorraquia normales. Es intervenido por neurocirugía quien drena abundante material purulento, deja drenaje y sensor de presión intracraneana. Se medica con ceftazidime, vancomicina y metronidazol. Fallece 24 hs. de ingreso con diagnóstico de shock séptico y síndrome fallo multiorgánico secundario a empiema subdural por flora mixta a punto de partida sinusitis maxilar derecha.

**Conclusión:** creemos que esta entidad debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de las complicaciones de la sinusitis pediátrica.

## Vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas bajas año 2006

**Griffo Silvia, Verzeri Nora, Ramírez Nancy, Borsa Ana**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [sgriffo@intramed.net.ar](mailto:sgriffo@intramed.net.ar)

**Introducción:** las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) constituyen una de las cinco primeras causas de mortalidad infantil en nuestro país. Desde el punto de vista epidemiológico, en la época invernal, las IRAB

ocasionan hasta el 50% de las internaciones y el 70% de las consultas ambulatorias, poniendo en crisis al sistema de Salud.

Los cuadros clínicos de IRAB son laringitis, traqueobronquitis, síndrome bronquial obstructivo y neumonía, siendo la patología más frecuente en el menor de 2 años la bronquiolitis, cuyo principal agente etiológico es el virus sincicial respiratorio. Otros virus que también ocasionan esta patología son influenza A y B, adenovirus y parainfluenza 1, 2 y 3.

**Objetivo:** describir las características epidemiológicas de las IRAB durante el período abril-septiembre, en los pacientes internados en el hospital "Sor María Ludovica".

**Material y Métodos:** estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se evaluaron los registros diarios de casos de IRAB internados desde el 23 /04 al 30/09 del 2006, teniendo en cuenta edad, asistencia respiratoria mecánica (ARM) y letalidad. La detección de antígenos virales, se realizó por técnica de inmunofluorescencia directa en todos los pacientes internados.

**Resultados:** se internaron 1111 pacientes por IRAB. El mayor número de casos 124 Y 126 ocurrió en las semanas 24 y 25 (11/06 al 24/06). Los < de 1 año (840) representan el 76,36% del total. De estos 309 (36,78%) son menores de 3 meses. En el servicio de recién nacidos se internaron 76 pacientes, 14.47% requirió ARM, siendo su letalidad 5.26%. En terapia intensiva se internaron 62 pacientes el 67.74% requirió ARM, letalidad 9.67%.

El virus sincicial respiratorio (VSR) se detectó en el 84% de los casos.

**Conclusiones:** de la vigilancia epidemiológica surge la mayor incidencia de casos en las semanas epidemiológicas 24 y 25, destacándose la gravedad y letalidad. El VSR fue el principal agente etiológico.

## Alerta epidemiológica por la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-com) en pacientes internados con supuraciones de piel y partes blandas

**Gatti Blanca, Merlino Rosario, Griffo Silvia, Verzeri Nora, Bettiol Marisa, Mosca Horacio, Ramírez Nancy**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [blaga@uolsinectis.com.ar](mailto:blaga@uolsinectis.com.ar)

**Introducción:** recientemente se ha reportado en el hospital la emergencia de SAMR-com en supuraciones de piel y partes blandas de mayor gravedad, en muchos casos con fracasos a tratamientos ambulatorios. Dicha cepa es genéticamente diferente al SAMR hospitalario, con virulencia específica provocada por una exotoxina asociada a procesos inflamatorios severos de piel y partes blandas, posee mayor rapidez de duplicación celular y alta capacidad de diseminación.

**Objetivo:** análisis de un brote de infecciones de piel y partes blandas a SAMR-com, desde el punto de vista epidemiológico, clínico y bacteriológico.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional. Se revisaron las historias clínicas de pacientes internados en sala 2ª del hospital "Sor María Ludovica", con infecciones supuradas de piel y partes blandas; se registro: edad, antecedentes de consulta y tratamiento previo, diagnóstico y cultivos microbiológicos. Se realizó búsqueda de los aislamientos de SA de piel y partes blandas de todo el hospital desde 1/09 al 31/12 de los años 2004, 2005 y 2006.

**Resultados:** se registraron 18 pacientes en la sala 2ª, el rango de edad fue de 1 a 13 años, el 100% tenían el antecedente de consultas y tratamiento previo por la infección; 10 eran celulitis y 8 piodermatitis, en 4 pacientes se aisló SAMR-com.

Con respecto a los números de SA aislados de todo el hospital, se constató un aumento paulatino de casos de resistencia a la meticilina pasando de cero en el 2004 a 38% (8) en el 2005 y 77% (27) en el 2006.

**Conclusiones:** el incremento en el número de infecciones a SAMR-com en todo el hospital confirma la presencia de un brote que coincide con la ocurrencia de la diseminación epidémica en otros países. Se realizó un alerta para conocimiento de la comunidad hospitalaria, poniendo énfasis en su gran virulencia, resistencia a todos los beta lactamicos y su capacidad de diseminación; jerarquizando el diagnostico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

## Vigilancia Epidemiológica de Infección Hospitalaria (IH) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) del Hospital de Niños "Superiora Sor Maria Ludovica" 2005-2006.

**Merlino R, Todaro N, Griffio S, Ramírez N, Gatti B.**  
Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.  
*UTI y Servicio de Epidemiología*

**Introducción:** la vigilancia de IH en UCIP, llevada a cabo en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de IH (ENPIHA-VIHDA) desde el año 2005, generó una modalidad de trabajo interdisciplinario que fomentó la comunicación para la instalación de dicho trabajo. Además de los datos de la vigilancia en si, se pudo realizar acciones con respecto a las particularidades de la IH en este servicio.

**Objetivo:** obtener resultados de incidencia de IH, especificados por procedimientos invasivos, antecedentes patológicos y tiempo de estadía.

**Material y Métodos:** estudio de incidencia de IH. Incluye el 100% de los pacientes que ingresaron a UCIP del 1/01/05 al 31/12/06 en la producción de IH según procedimientos invasivos y sin ellos. Se recolectaron los datos diariamente durante estos dos años y se discutió en forma interdisciplinaria cada episodio infeccioso. Los datos serán expresados en porcentajes y números absolutos.

**Resultados:** en el año 2005 se registraron 87 episodios de IH: neumonía asociada a respirador (NAR) 45 (51.7%), infección urinaria asociada a catéter urinario (CU) 15 (17.2%), infección asociada a cateter (CC) 7 (8%), infecciones no relacionadas a procedimientos vigilados (NR) 20 (22.9%). En el año 2006 se registraron 88 episodios de IH: NAR 39 (44.3%), CU 22 (25%), CC 8 (9%) y NR 19 (21.5%). El 41% de las IH correspondían a pacientes con antecedentes patológicos que tenían más de 7 días de internación. En el año 2006 18 (20%) de las IH correspondieron a politraumatismos, niños sanos con menos de 7 días de internación. En el 80% de las NAR se aislaron bacilos Gram Neg. Las IH asociadas a CU eran 80% debidas a Cándidas. El porcentaje de cepas multiresistentes fueron a través de los semestres de 5, 34, 33, 21.

**Conclusiones:** la neumonía es la 1er causa de IH en nuestra UCIP, le sigue en frecuencia la infección urinaria. El tiempo de permanencia es determinante en la adquisición de IH. La precocidad de la IH en politraumatismo se debe a los múltiples procedimientos invasivos. Pese a la estabilidad en el número de IH en los dos años, hubo un gran aumento de cepas multiresistentes.

## SIRS-Shock séptico: ¿Un fastasma para el pediatra?

**Castellani, P; Florencio, D; Podestá, MF; Rabino, M; Recupero, O; Taboada, A.**  
Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.  
✉ [utipludovica.residencia@gmail.com](mailto:utipludovica.residencia@gmail.com)

**Introducción:** la sepsis es causa de alta letalidad infantil.

En 2005 un Consenso Internacional definió el continuo SIRS-Shock séptico.

Proponemos una aproximación al reconocimiento de esta entidad por los médicos pediatras con actividad asistencial en nuestro hospital.

**Objetivo:** evaluar el reconocimiento del continuo SIRS-Shock séptico por médicos pediatras y pediatras en formación con actividad asistencial en el HIAEP de La Plata.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo.

Definimos SIRS, sepsis, sepsis severa y shock séptico, utilizando el International Consensus Conference on Pediatric Sepsis de 2005.

Realizamos muestreo aleatorio simple de médicos del hospital entre enero y marzo de 2007. Criterio de inclusión: ejercicio de actividad asistencial. La muestra de 92 de 415 médicos registrados en personal, se dividió al azar en dos grupos.

Grupo N°1 (n= 26/46) contestó por opción múltiple, un caso clínico debiendo reconocer su diagnóstico y justificación.

Grupo N°2 (n= 28/46), contestó por opción múltiple, definiciones problema sobre SIRS-shock séptico.

Tasa de respuesta del 56,5% y del 60,8% (grupo 1 y 2 respectivamente).

**Resultados:** Grupo N°1: sólo el 5% reconoció el diagnóstico y su justificación. Error más frecuente: confundir sepsis severa con shock séptico, y considerar que éste último es aquel que responde a volumen.

Grupo N°2: el 31% identificó SIRS, sepsis el 100%, sepsis severa 50%, shock séptico 18%, y sepsis severa como criterio de ingreso a terapia el 95% (la mitad falló en reconocer su definición).

**Conclusión:** no logramos validez interna por baja tasa de respuesta. Se observó un inadecuado reconocimiento de SIRS-shock séptico. Esto es importante ya que un error diagnóstico aumenta el riesgo de un tratamiento ineficaz y contribuye a una tardía derivación de los pacientes a UCIP.

## Tiempo, divino tesoro. Sepsis severa e ingreso a UTIP

**Castellani, P; Podestá, M F; Rabino, M; Recupero, O; Taboada, A.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [utipludovica.residencia@gmail.com](mailto:utipludovica.residencia@gmail.com)

**Introducción:** el tiempo es prioritario para mejorar la evolución y el pronóstico en sepsis severa, según los estudios de Rivers y Carcilo.

Nos propusimos hacer un diagnóstico de situación respecto al tiempo entre el diagnóstico de sepsis severa e ingreso a UTIP.

**Objetivo:** estimar el tiempo entre el diagnóstico y el ingreso a UTIP de pacientes con sepsis severa en nuestro hospital.

**Material y métodos:** estudio descriptivo observacional. Se analizaron 41 historias clínicas de niños fallecidos en la UTIP de nuestro hospital entre enero de 2006 y enero de 2007, con un mínimo de 24 horas de internación dentro de la institución, excluyendo aquellos que ingresaron directamente a UTIP. Definimos el continuo SIRS-shock séptico, utilizando el International Consensus Conference on Pediatric Sepsis de 2005.

**Resultados:** la media de tiempo entre diagnóstico de sepsis severa e ingreso a UTIP fue de 6,3 horas (r= 0,33-48). Se desprende, además, que el 46% de los pacientes ingresó a UTIP en shock séptico; de éstos, el 75% lo hizo al momento del diagnóstico, y el 25% restante demoró en promedio 6 horas más (r= 2-12).

**Conclusión:** el tiempo estimado entre diagnóstico de sepsis severa e ingreso a UTIP fue de 6,3 horas para nuestra muestra.

La campaña "Surviving sepsis" recomienda la instauración de tratamiento agresivo durante las primeras 6 horas siguientes a la instalación del cuadro de sepsis, ya que éstas representan la etapa más valiosa para modificar el pronóstico.

La sepsis severa es criterio formal de ingreso a UTIP.

Las 6,3 horas promedio de demora, alejan aún más la posibilidad de sobrevida.

## ¿Cuándo se debe sospechar absceso cerebral en un lactante?

**Fernández, Z; Azrak MA; Costa L; D'Águstini, M; Merlino, R; Peruffo, MV.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [adrizul.@netverk.com.ar](mailto:adrizul.@netverk.com.ar)

**Introducción:** el absceso cerebral es una colección purulenta, poco frecuente en el neonato y lactante. Existen varias vías de diseminación, destacándose la hematogena y la extensión de un foco adyacente.

El propósito de nuestra comunicación es presentar un lactante con absceso cerebral, cuyo debut fue la macrocefalia, para aumentar el índice de sospecha en atención primaria de la salud.

**Caso clínico:** niña de 2 meses y 15 días de vida, consulta por irritabilidad, aumento del perímetro craneal. Presenta fontanela hipertensa, macrocefalia, seguimiento visual conservado y reflejo fotomotor enlentecido en pupila derecha. Peso: 5130 gr (p50), talla: 55 cm (p75), PC: 42,5 cm (> p95, gráfico). Se solicita ecografía cerebral, observándose imagen heterogénea en lóbulo frontoparietal derecho que desplaza línea media, colapsando el ventrículo ipsilateral con efecto de masa.

Se realiza TAC cerebral: lesión esférica córticosubcortical frontal profunda sólida-quística, que refuerza con el contraste. Edema perilesional. Desplazamiento hemisférico contralateral (figuras 1 y 2).

**Antecedentes:** RNT/PAEG; PN: 3190 gr; T: 47,5 cm; PC: 35 cm (Po 50), Apgar 7/10, parto vaginal, internada en Neonatología por Sepsis y Distress Respiratorio durante 3 días recibiendo antibioticoterapia EV empírica con cultivos negativos. Fue internada en otras dos oportunidades por patologías no específicas. La madre nota el crecimiento craneal progresivo y la fontanela abombada. En el control de los 2 meses, su perímetro cefálico sobrepasa el Po 95.

Es intervenida quirúrgicamente, observándose lesiones quísticas corticales, con pus, cultivando *Citrobacter Koseri* (Foto). No se asoció meningoencefalitis. Recibió antibioticoterapia con Vancomicina, Ceftazidime y Metronidazol. Evolucionó a Hidrocefalia.

**Conclusión:** pese a la presentación tardía de los síntomas creemos que este absceso tuvo su comienzo en período neonatal por los antecedentes, y la bacteriología. La lentitud en la evolución estaría relacionada a las características intrínsecas del microorganismo. Jerarquizamos en los controles clínicos, la medición del perímetro cefálico.

## Diseminación vacunal BCG en dos pacientes con inmunodeficiencia

**Alberti, J; Ginestet, E; Hijano, D; Macarrón, G; Pollono, A; Reinoso, A; Miraglia, L; Pérez, M; Pérez, N.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [gonzalomacarron@hotmail.com](mailto:gonzalomacarron@hotmail.com)

La infección diseminada por BCG es una complicación infrecuente (2 casos por 1000000 de dosis), pero generalmente mortal, siendo resultado en su mayoría de alteraciones inmunitarias en el huésped; como defectos en el eje IFN/IL 12, Inmunodeficiencia combinada severa, Síndrome Di George, Enfermedad Granulomatosa Crónica, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida e inmunodeficiencias congénitas no clasificadas.

**Objetivo:** presentar dos casos de diseminación vacunal BCG en pacientes con alteraciones inmunitarias.

**Caso 1:** niño de 10 meses de edad con síndrome febril prolongado, síndrome de repercusión general, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Antecedentes: RNT/AEG, serologías maternas negativas y vacunación completa. Presentó a los 9 meses muguet. Se encontraba en regular estado general, eutrófico, palidez generalizada. Exámenes complementarios de laboratorio: Pancitopenia. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia con imágenes hipoeoicas no diferenciadas. ELISA HIV negativo.

Se sospecha síndrome hemofagocítico. Punción de médula ósea (PAMO): celularidad global aumentada sin

hemofagocitosis. PPD: anérgica.

Biopsia hepática: granulomas bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) positivo. Baciloscopia y hemocultivos positivos para BAAR. IgM e IgG citomegalovirus (CMV) positiva, recuento de linfocitos T CD4 0 células/uL, Antígeno p24 positivo (madre: ELISA HIV positivo). **Diagnóstico:** diseminación vacunal BCG en paciente viviendo con VIH/ sida. Actualmente internado cumpliendo tratamiento.

**Caso 2:** niño de 4 meses de vida con lesión ulcerosa en espacio interdigital de pie derecho, tumoración dorsolumbar, deformidad en pierna izquierda y placa descamativa en cuero cabelludo. Antecedentes: RNT/AEG, vacunación completa. En grave estado general, febril, pálido, eutrófico. Exámenes complementarios de laboratorio: pancitopenia; proteína c reactiva 109 mg/L. Radiografías y tomografía con múltiples imágenes líticas e insuflación ósea, que hipercaptan en centellografía. PAMO: celularidad global conservada. Dosaje inmunoglobulinas: hipogammaglobulinemia G, A y M. PPD: anérgica. Baciloscopia: positiva para BAAR. Biopsia de hueso: histiocitos y células tipo Langerhans. Diagnóstico: diseminación vacunal BCG en paciente con inmunodeficiencia combinada severa (Deficit en cadena gama común). El paciente falleció por neumonía grave.

**Conclusión:** ante la diseminación vacunal BCG debe sospecharse la presencia de un trastorno inmunitario.

## Neumonía atípica

**de Barrio, Alfredo E; Battista, Graciela M; Vaglio Giors, Gisela.**

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ [adeb@infofia.com.ar](mailto:adeb@infofia.com.ar)

**Introducción:** las infecciones respiratorias agudas son procesos frecuentes en niños, correspondiendo a las neumonías 10 a 15%.

De las 53.048 consultas realizadas en los Consultorios Externos de Clínica Médica del Hospital de Niños de La Plata en el año 2006, el 1,57% correspondió a Neumonías.

La infección puede ser asintomática o presentar sintomatología respiratoria alta; desarrollando neumonía 3% a 10%. Los micoplasmas tienen efectos inmunomoduladores e inducen la actividad citolítica de macrófagos y linfocitos T citotóxicos quimiotácticos. Se demostraron anticuerpos ANA, FR con Coombs (+) en pacientes infectados.

**Objetivo:** evidenciar presentación y complicaciones de los pacientes con infección respiratoria por *M. pneumoniae*.

**Material y Método:** estudio observacional directo sobre 15 pacientes con infección por *M. pneumoniae* con serología (+) (IFI Ig M) analizando su presentación y evolución. Se efectuó control de peso y talla, hemograma, eritrosedimentación, radiografía de tórax, hemocultivo, cultivo de esputo para *Streptococo pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* e (IFI) *M. pneumoniae* (Ig M e Ig G).

**Resultados:** la muestra se dividió en pacientes con y sin complicaciones y dentro de estos en complicaciones intra y extrapulmonares. Un 46% padeció traqueobronquitis, un 53% presentó neumonía atípica. Complicaciones: 33% sin complicaciones y 20% neumonía atípica con complicaciones intrarrespiratorias (crisis broncoobstructivas, 13%) o extrarrespiratorias (síndrome de Steven Johnson, síndrome histiocítico hemofagocítico y meningoencefalitis, 20%).

Buena respuesta a los macrólidos. Distribución por sexo sin diferencias: 53,33% sexo femenino, 46,66% sexo masculino. Edad: 28%, 6 años, 13% para 2, 3, 4, 7 y 9 años, y 7% 8 años. 40 % < de 5 años.

**Comentario:** aumento de tasa en menores de 5 años.

El *M. pneumoniae* es una importante causa de neumonía en pediatría, pero también otros órganos y sistemas pueden ser afectados, inclusive sin compromiso pulmonar. El diagnóstico confirmado a menudo no se logra. Es habitualmente autolimitada y raras veces fatal.

El pronóstico depende de la sospecha clínica. La serología específica demora 5 - 15 días.

## Transmisión perinatal del virus del HIV: seguimiento en un hospital pediátrico durante 4 años

**Velez, AL; De Lisi, N; López de Armentia, MJ; Marini, MA.**

Hospital Zonal Especializado "Dr. Noël H. Sbarra". La Plata.

✉ [sbarra@way.com.ar](mailto:sbarra@way.com.ar)

**Introducción:** la transmisión vertical es el modo dominante de adquisición de la infección por HIV en niños. Los casos de SIDA pediátrico notificados en Argentina corresponden al 6% del total.

**Objetivo:** evaluar la transmisión vertical madre hijo en pacientes asistidos en hospital pediátrico.

**Material y Método:** se analizaron por el método longitudinal y retrospectivo las HC de 195 niños, con exposición perinatal al HIV por infección materna del año 2003 al 2006 en el Htal Noël Sbarra. Los pacientes fueron evaluados por estudios normatizados desde el nacimiento hasta 18 meses en consulta externa y en internación.

**Resultados:** los 195 niños en exposición perinatal al HIV fueron seguidos por determinación de ensayos de captura del Agp 24 y extracción del DNA proviral (RCP), anticuerpos para HIV y posterior cuantificación de carga vírica en positivos. Se determinó n10 niños con infección lo que representa 5,12 %.

En 2003 fueron asistidos 60 niños de los cuales n2 (3,3%) presentaron infección.

En 2004 se estudiaron 49 niños con n4 (8,16 %) de positivos.

En 2005 el seguimiento de 46 niños determinó n1 (2,17%) de transmisión.

En 2006 se siguieron 40 niños con n3 (7,5%) de infección.

De los 10 niños infectados: 40% se asistieron en consulta externa con diagnóstico reciente de infección materna y protocolos incompletos; 60% restantes niños institucionalizados con altísimo riesgo social y sin datos de atención materna.

**Conclusiones:** se determinó 5,12% de transmisión Madre Hijo. En 2004 8,16% (n4) y 2006 7,5% (n3) de transmisión, es elevada a pesar de protocolos de prevención transmisión madre-niño. Se jerarquiza la importancia del control de embarazadas con test diagnóstico para detección de infección HIV. Los esfuerzos se deberán centrar en modificar el complejo socio-cultural y económico ya que la epidemia CRECE en relación a heterosexualidad, mujer, jóvenes y sectores más pobres.