

**JORNADAS NACIONALES DEL  
CENTENARIO DE LA SOCIEDAD  
ARGENTINA DE PEDIATRÍA**  
*Infectología Pediátrica*

**“ Por un niño sano en un mundo mejor”**

14 al 16 de abril de 2011

# **INFECCIONES POR SAMR DE LA COMUNIDAD**

**Dra Gabriela Ensinck**  
**Hospital de Niños Víctor J. Vilela**

# Caso clínico (L.T.)

Paciente de sexo masculino de 11 años de edad que consulta a nuestro hospital el día 28/7

- **Motivo de consulta:** fiebre e impotencia funcional de miembro inferior derecho
- **Enfermedad actual:** 72 hs de evolución de dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho, agregando las últimas 24 hs fiebre
- Antecedentes personales: traumatismo y hematoma 1 semana previa al cuadro actual

- **Ex.físico:** moderadamente enfermo, febril, lúcido y reactivo con faringe congestiva.

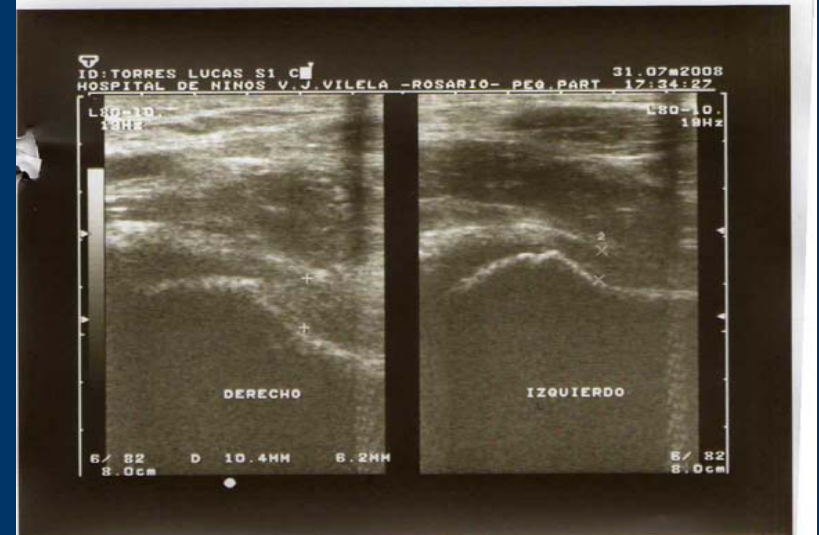
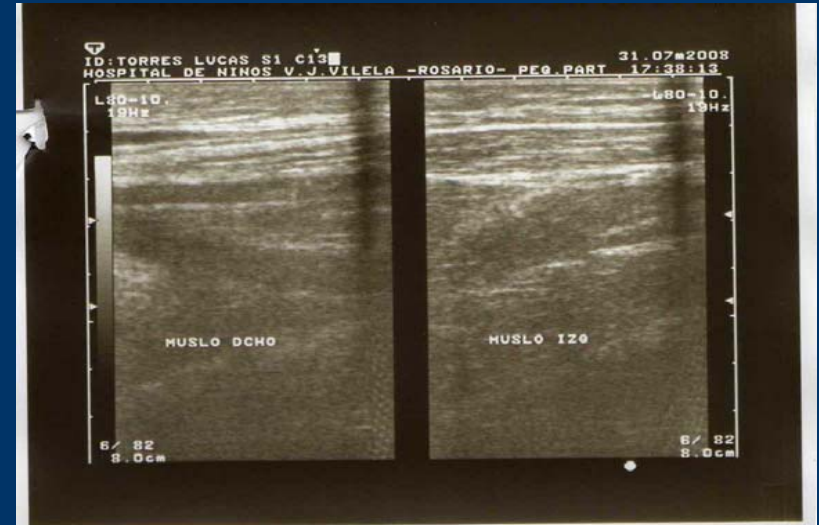
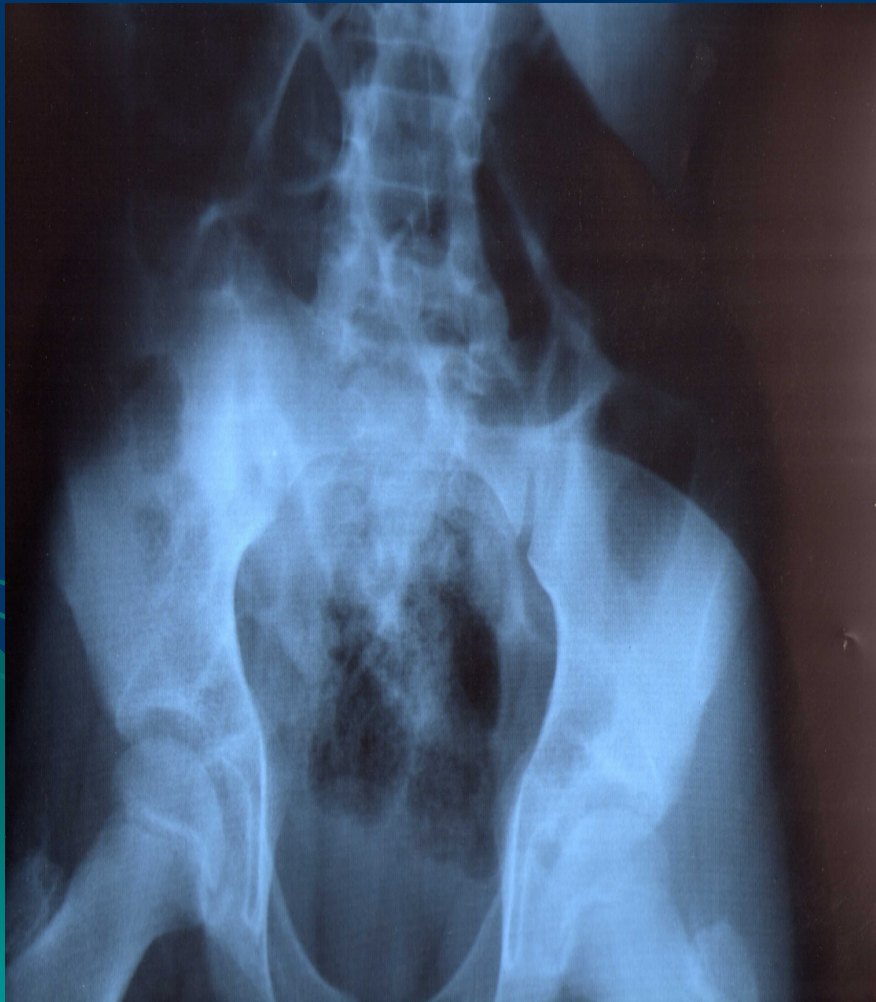
Muslo derecho importante aumento del diámetro (49.5 vs 39.6 cm) en posición antálgica en abducción externa


- **Laboratorio:** GB 12400 (90-2-0-2-6)

Hb 11.8 g/dl    Hto 34.4 %    plaq. 152.000/mm  
VES 98    PCR 96

- **Rx de cadera:** se constata tumefacción de partes blandas
- **Ecografía de cadera derecha:** abundante cantidad de líquido articular





- **Punción articular de cadera:** Líquido coagulado, se envía a cultivo.
  - ❖ Se medica con **cefalotina a 150 mg/kg/día EV cada 6 hs** con diagnóstico presuntivo de artritis de cadera.
- 

**1-¿ Que piensa del TEI, sabiendo que el hospital donde se atiende tiene un prevalencia del 52% de SAMR-ac?**

a - considera que la cefalotina es el tratamiento de elección.

b - continúa con la cefalotina y agrega gentamicina al tratamiento.

c- rotaría a clindamicina hasta obtener resultados del antibiograma.

d- rotaría a vancomicina hasta obtener resultados de antibiograma.

e- solicita drenaje de la cadera y medica con vancomicina hasta obtener resultados del antibiograma.



1- ¿Que piensa del TEI, sabiendo que el hospital donde se atiende tiene un prevalencia del 52% de SAMR-ac?


a - considera que la cefalotina es el tratamiento de elección.

b - continúa con la cefalotina y agrega gentamicina al tratamiento.

c- rotaría a clindamicina hasta obtener resultados del antibiograma.

d- rotaría a vancomicina hasta obtener resultados de antibiograma.

e- solicita drenaje de la cadera y medica con vancomicina hasta obtener resultados del antibiograma.

- Directo del L. Articular: cocos gram (+)
  - Hemocultivos x 2: cocos gram (+)
  - ❖ Se agrega al tratamiento inicial gentamicina a 5 m/kg/día
- 

- A las 72 hs del ingreso se recibe cultivo L.articular y hemocultivos x 2: *S. aureus*. **Antibiograma:**

(S): clinda, cloranf, tetrac, vanco, teico, RFP

( R): oxa, genta

¿Qué opción considera la más correcta recordando que el paciente se encuentra en tto con **cefalosporina+gentamicina?**

- a- cefalosporina+ gentamicina
- b- cefalosporina + clindamicina
- c- clindamicina + gentamicina
- d- vancomicina+ rifampicina
- e- vancomicina + gentamicina

- A las 72 hs del ingreso se recibe cultivo L.articular y hemocultivos x 2: *S. aureus*. **Antibiograma:**

(S): clinda, cloranf, tetrac, vanco, teico, RFP

( R): oxa, genta

¿Qué opción considera la más correcta recordando que el paciente se encuentra en tto con **cefalosporina+gentamicina?**

- a- cefalosporina+ gentamicina
- b- cefalosporina + clindamicina
- c- clindamicina + gentamicina
- d- vancomicina+ rifampicina**
- e- vancomicina + gentamicina

- El 31/7 se realiza nueva artrotomía y lavado de la cavidad articular, obteniendo material purulento, se envía nuevamente para cultivo  
Cultivo L.articular: SAMR-ac (R oxacilina, gentamicina)
- Ecocardiografía: imagen vegetante en válvula septal tricuspídea de 2.6 x 3.3 mm, más ecorrefringente y de menor movilidad.



3- Con diagnóstico de artritis, miositis y endocarditis a SAMR-ac ¿Que ATB considera de elección en este caso?

a- clindamicina + rifampicina + gentamicina

b- vancomicina + rifampicina

c- vancomicina + cefotaxima + gentamicina

d- vancomicina + gentamicina

e- vancomicina

3- Con diagnóstico de artritis, miositis y endocarditis a SAMR-ac ¿Que ATB considera de elección en este caso?

a- clindamicina + rifampicina +gentamicina


b- vancomicina + rifampicina

c- vancomicina +rifampicina + gentamicina

d- vancomicina + gentamicina

e- vancomicina



- Se decide rotar ATB a Vancomicina 40 mg/kg/día c/ 6 hs + Rifampicina 20 mg/kg/día c/12 hs con diagnóstico de Sepsis a SAMR-ac con foco articular, miositis y endocarditis.
- 

- El paciente persiste febril, dolorido, con miembro en posición antálgica. Se realizan nuevos hemocultivos el 4/8 que nuevamente son (+) a **SAMR-ac** y se solicita RMN para descartar formación de nuevas colecciones

#### 4- ¿En que piensa ante la persistencia de los hemocultivos (+) y que estudios solicitaría?.

- a- Piensa que el microorganismo no responde a los ATB administrados y decide rotar a Linezolid.
- b- Piensa que es probable que la bacteriemia pueda persistir positiva por tratarse de un microorganismo resistente.
- c- Piensa que los hemocultivos pueden persistir positivos por tratarse de una endocarditis bacteriana.
- d- Descarta la RMN del miembro dolorido por la baja probabilidad de otros focos profundos en ese miembro.
- e- Solicita nuevos hemocultivos y de acuerdo a resultados decide conducta a seguir.

4- En que piensa ante la persistencia de los hemocultivos (+) y que estudios solicitaría.

a- Piensa que el microorganismo es resistente a los ATB administrados y decide rotar a Linezolid.

b- Piensa que es probable que la bacteriemia pueda persistir positiva por tratarse de un microorganismo resistente.

c- **Piensa que los hemocultivos pueden persistir positivos por tratarse de una endocarditis bacteriana.**

d- Descarta la RMN del miembro dolorido por la baja probabilidad de otros focos profundos en ese miembro.

e- Solicita nuevos hemocultivos y de acuerdo a resultados decide conducta a seguir.



TORRES LUCAS  
M 1/1/1997  
ID: 6924  
Acc: 9948 1

COR STIR  
HP

HECA  
Ref: UNKNOWN\*UNKNOWN / Perf:  
Study date: 8/8/2008  
Study time: 08:07:11

RAH



W308 / C154  
TE: 43.5999984741211  
TR: 2900  
Slice pos: 19.8 ST: 9.0mm

Position: HFS  
5 IMA 3  
Zoom factor: x0.99

TORRES LUCAS  
M 1/1/1997  
ID: 6924  
Acc: 9948 1

COR STR  
HP

HECA  
Ref: UNKNOWN\*UNKNOWN / Perf:  
Study date: 8/8/2008  
Study time: 08:07:11

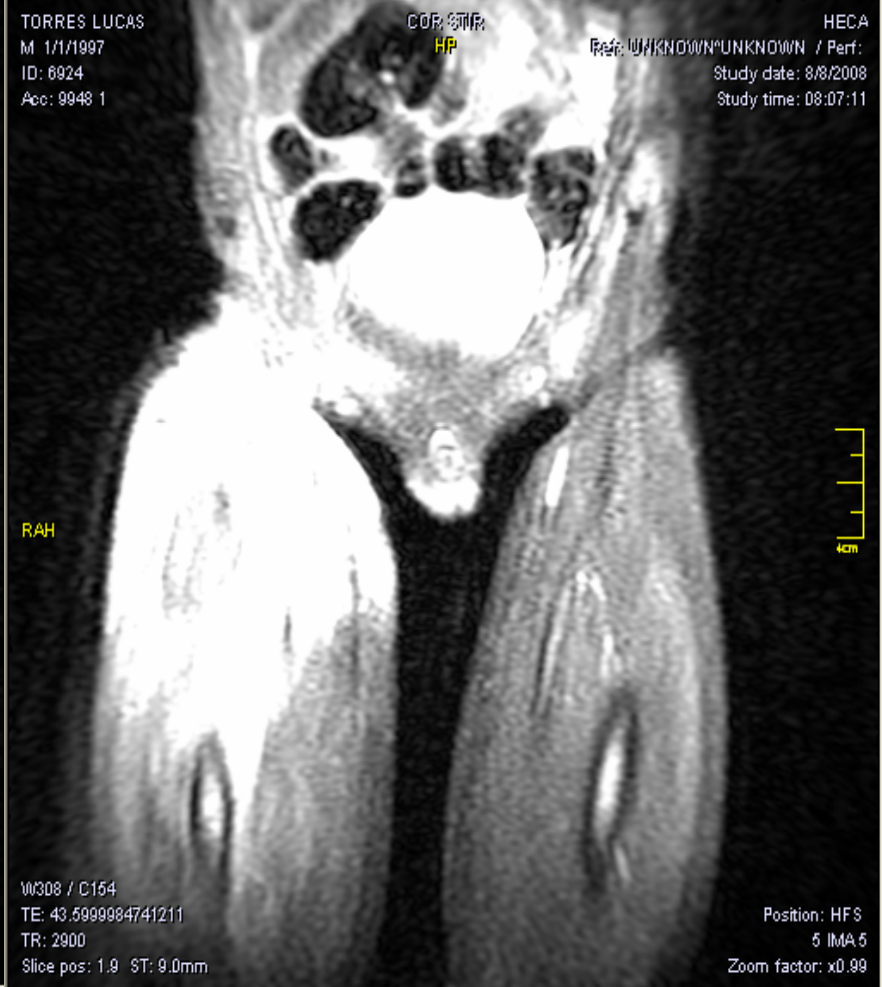
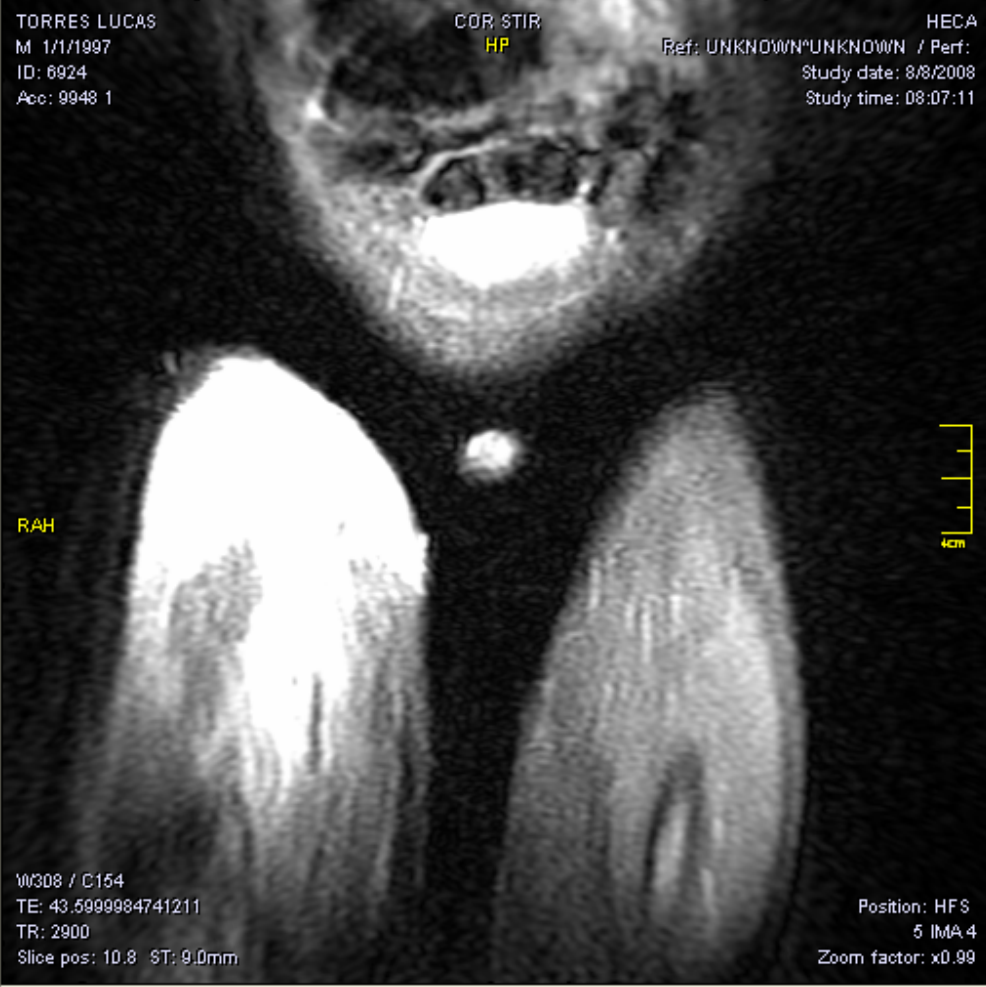
RAH



W308 / C154  
TE: 43.5999984741211  
TR: 2900  
Slice pos: -51.7 ST: 9.0mm

Position: HFS  
5 IMA 11  
Zoom factor: x0.99







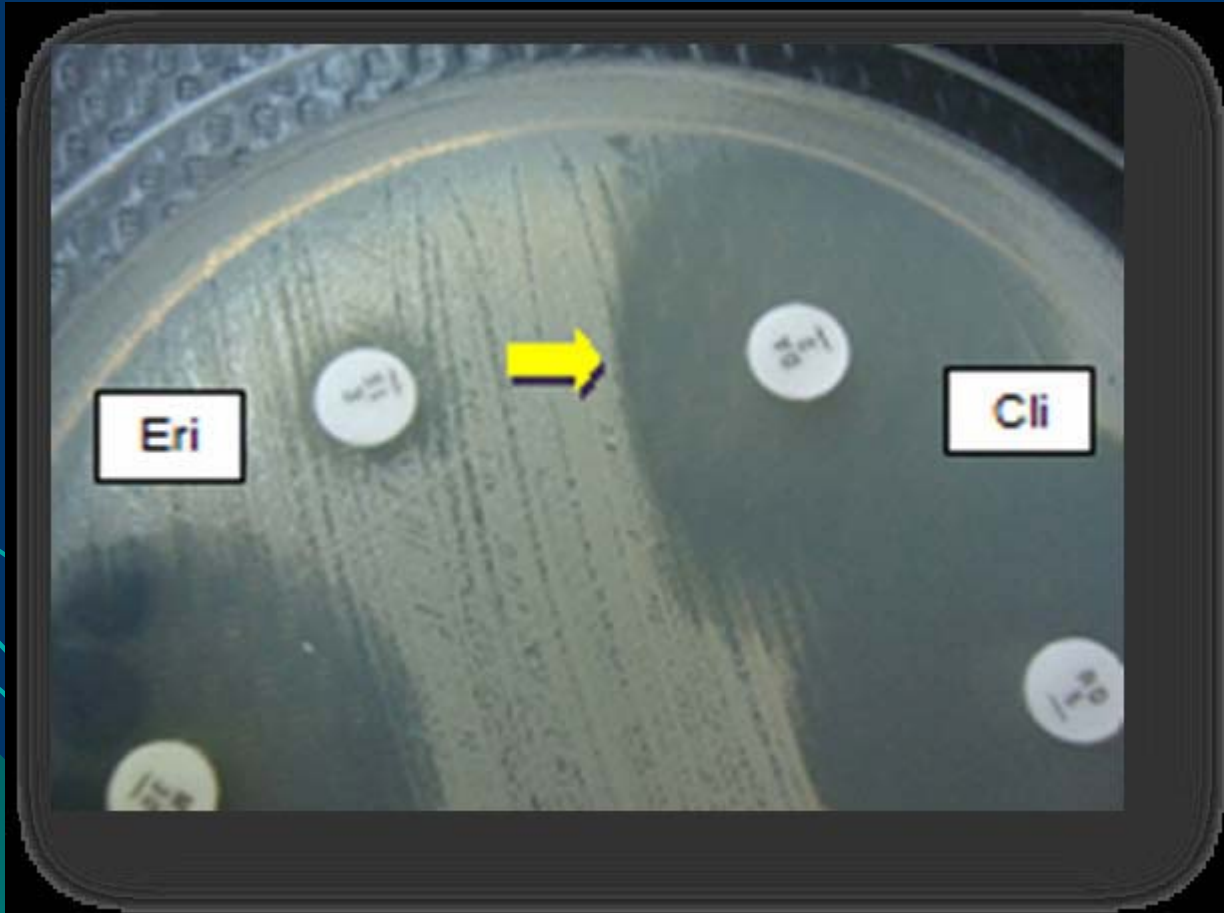
- El 7/8 se realiza nueva toilette quirúrgica de los colecciones informadas en la RMN peritrocantereanas
- Se realiza nueva ecocardiograma de control que informa **vegetación organizada no aumentada de tamaño**
- Hemocultivos : **negativos**

## 5- Resumiendo ¿Qué opción considera correcta respecto a las infecciones por SAMR-ac?

- a- La prevalencia en la Argentina es cercana al 15%
- b- El patrón de sensibilidad es igual al de los SAMR-IH.
- c- El d test permite detectar la resistencia inducible a clindamicina.
- d- Es más virulento que el SAMS-ac y el gen mec A le confiere la meticilino resistencia.
- e- Los SAMR-ac son sensibles a los betalactámicos con inhibidores de la betalactamasa.

## 5- Resumiendo ¿Qué opción considera correcta respecto a las infecciones por SAMR-ac?

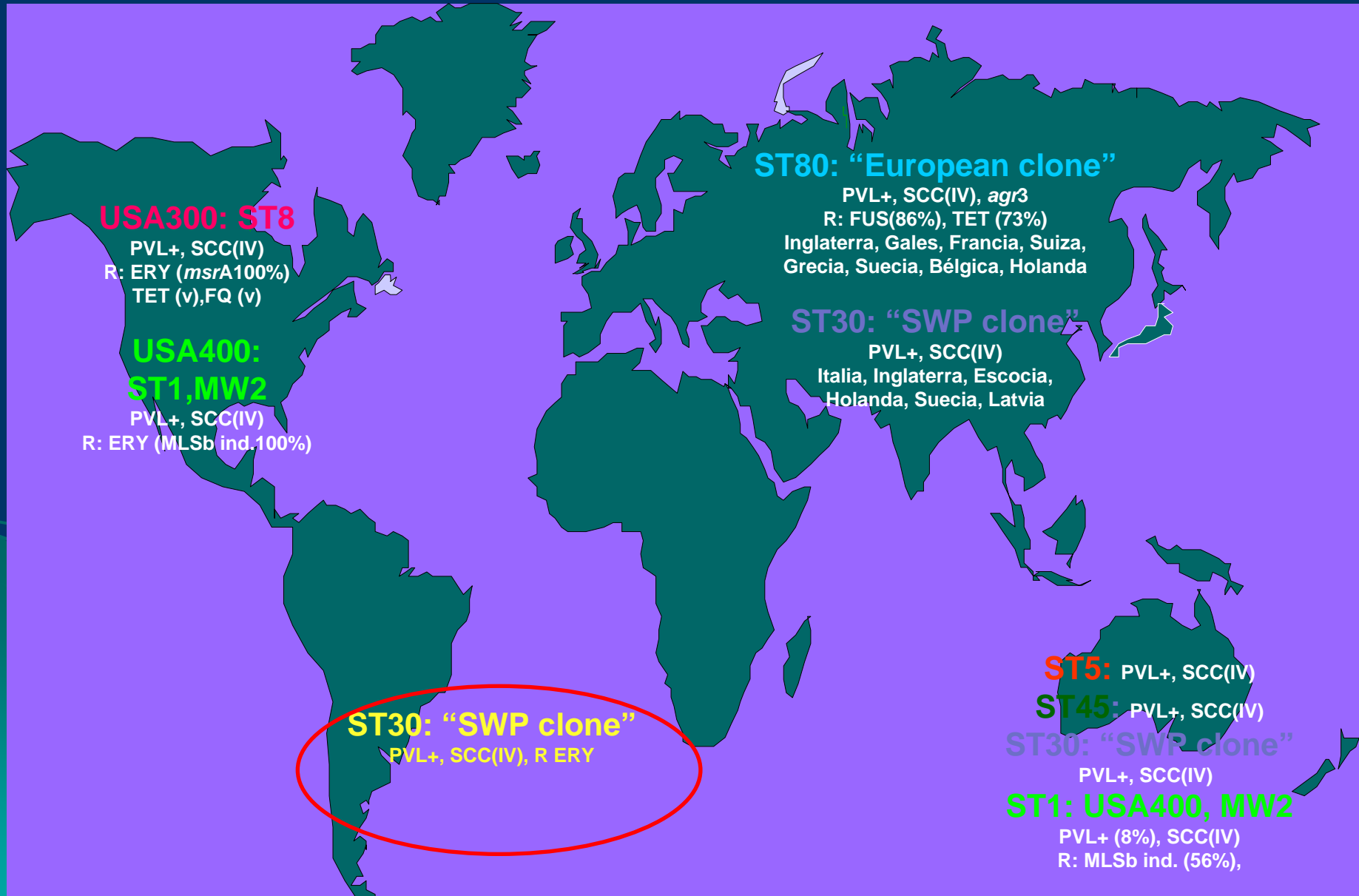
- a- La prevalencia en la Argentina es cercana al 15%
- b- El patrón de sensibilidad es igual al de los SAMR-IH.
- c- El d test permite detectar la resistencia inducible a clindamicina.
- d- Es más virulento que el SAMS-ac y el gen mec A le confiere la meticilino resistencia.
- e- Los SAMR-ac son sensibles a los betalactámicos con inhibidores de la betalactamasa.



# SAMR-ac

- Se comienza a detectar en nuestro país desde el año 2004.
- Predominan infecciones de piel y partes blandas como abscesos.
- Aumento de infecciones invasivas (10%)
- Patrón de sensibilidad diferente al SAMR-IH.
- Gen *mec A* otorga la meticilino- resistencia
- Genotipo SCC IV circulante en argentina.
- PVL + (neumonía necrotizante, osteomielitis complicadas).

# Clones de CA-MRSA



# INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Ensinck G., Meroi M., Ernst A., Mastrobernardino J.,  
Chiossone A., Aletti A., Lopez Papucci S., Uboldi M.,  
Badano A., Agazzini G., Larini S., Meroi N.  
Hospital de Niños Víctor J.Vilela. Rosario. Argentina

**OBJETIVO:** evaluar patrones de resistencia, características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de las infecciones por *S.aureus* provenientes de la comunidad en pacientes que concurrieron a nuestro hospital en el período comprendido entre 1/05 a 1/08

# INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

## RESULTADOS: SAMR-ac/total SA

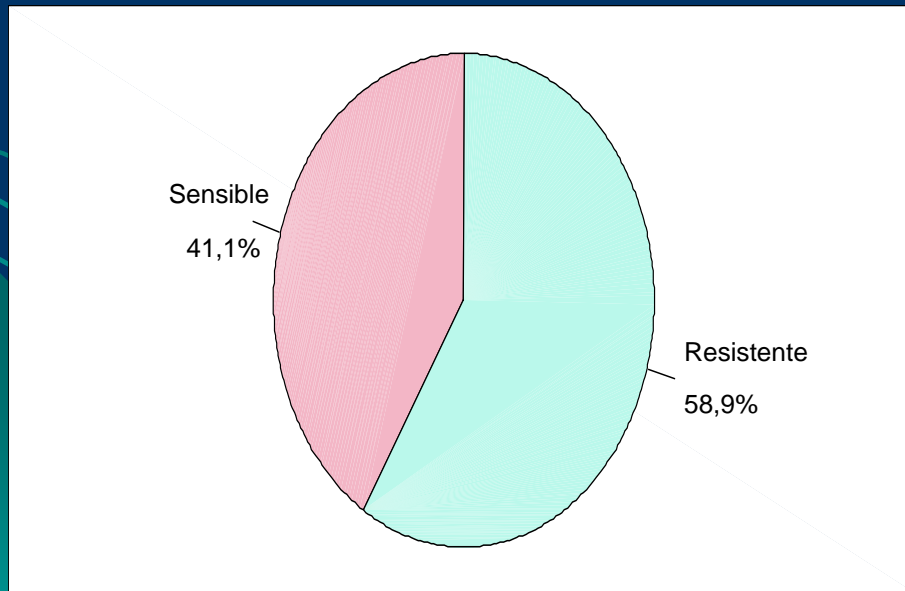
2004 10/40 (25%) (dato histórico)

2005 22/41 (53.7%)

2006 15/24 (62.5%)

2007 26/42 (62%)

107 pacientes/ 3 años  
con infecciones SA



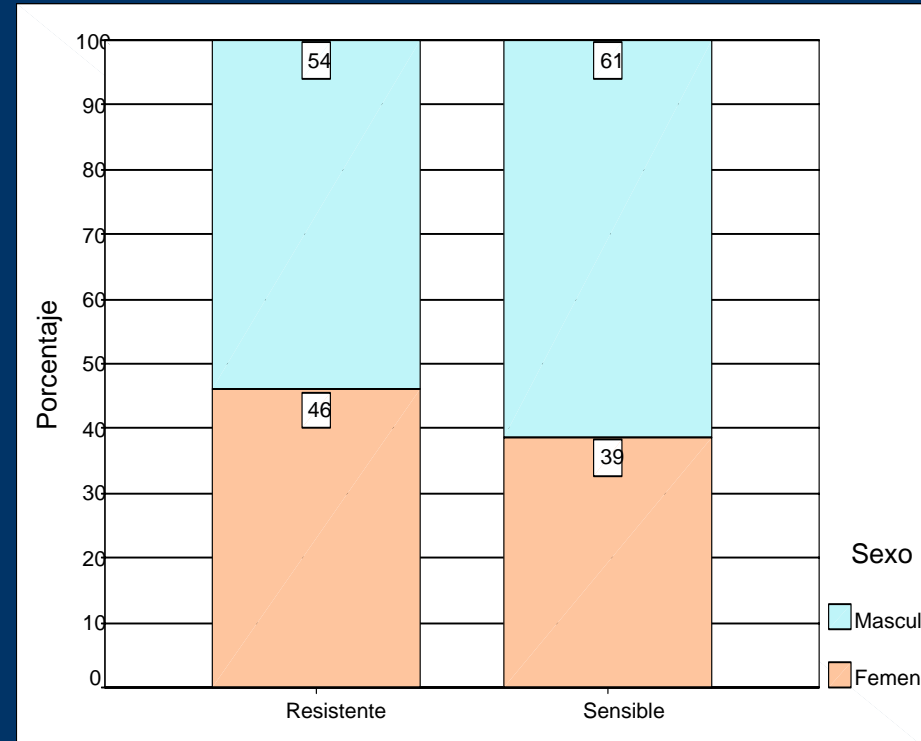
SAMS-ac 44(41.1%)

SAMR-ac 63 (58.9%)

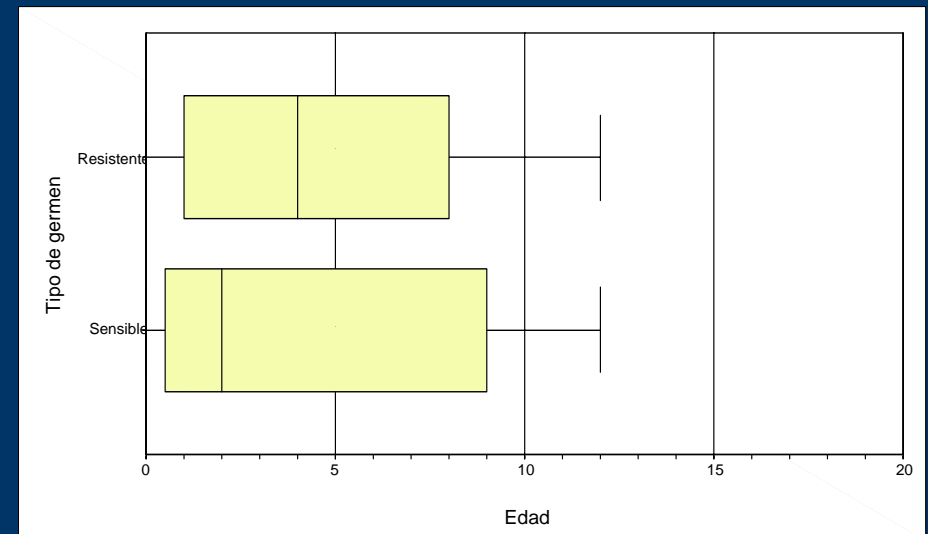


# RESULTADOS:

- No hubo diferencias significativas en sexo

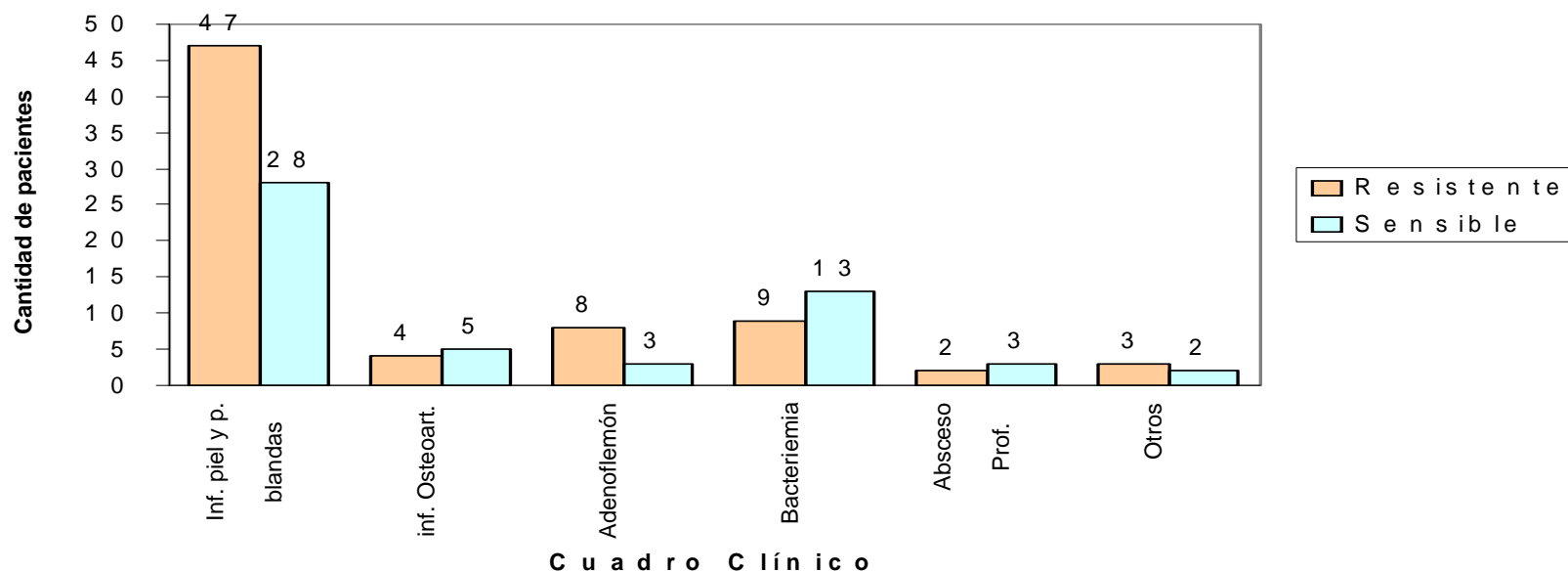


- No hubo diferencias significativas en edad
- El 50% SAMS-ac se produjeron < 2 años y el 50% SAMR-ac se produjeron en < 4 años (NS)



# RESULTADOS: Formas clínicas de presentación

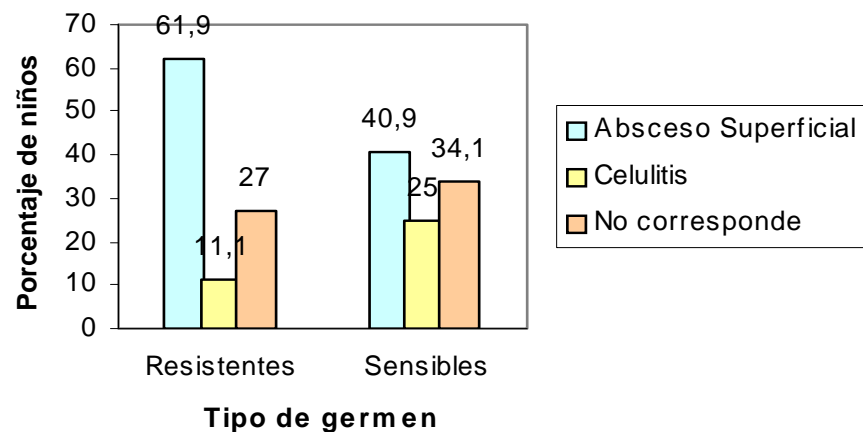
	resistente	sensible	total
Inf.piel y p.blandas *	47 (74.6%)	28 (63.6%)	75 (NS)
Osteoarticular	4 (6.3%)	5 (11.4%)	9 (NS)
Adenofleflomón	8 (12.7%)	3 (6.8%)	11 (NS)
<b>Bacteriemia</b>	<b>9 (14.3%)</b>	<b>13 (29.5%)</b>	<b>22 (S)</b>
Absc.profundos	2 (3.2%)	3 (6.8%)	5 (NS)
Otros	2 (3.2%)	3 (6.8%)	5 (NS)



# RESULTADOS:

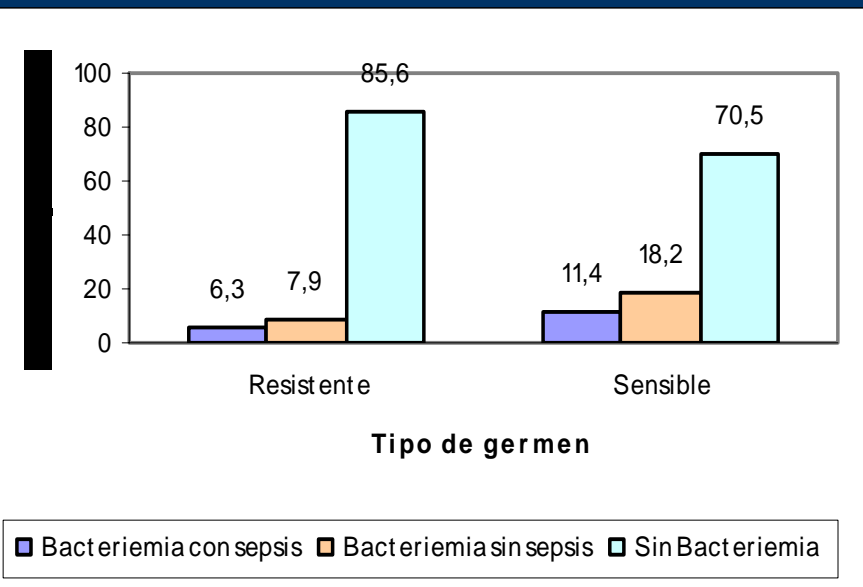
	resistente	sensible	total
<b>IPP(absceso)</b>	<b>39(61.9%)</b>	<b>18(40.9%)</b>	<b>57</b>

(p<0.05)



	resistente	sensible	total
<b>Bacteriemia</b>	<b>9 (14.3%)</b>	<b>13(29.5%)</b>	<b>22</b>

(p<0.05)



# Tabla de distribución de frecuencias de pacientes pediátricos con infecciones por SA-ac, , por tipo de germen según tipo de antibiótico administrado previo al aislamiento del germen.

	Tipo de germen			
	Resistente	Sensible	Total	
● ATB previo al diagnóstico Cefalotina/Cefalexina	Recuento	44	26	70
	% de Tipo de germen	69,8%	59,1%	65,4%
● Antibiótico diferente a Cefalo	Recuento	17	10	27
	% de Tipo de germen	27,0%	22,7%	25,2%
● Sin tratamiento previo	Recuento	2	6	8
	% de Tipo de germen	3,2%	13,6%	7,5%
● Sin dato	Recuento	0	2	2
	% de Tipo de germen	0%	4,5%	1,9%
● Total	Recuento	63	44	107
	% de Tipo de germen	100,0%	100,0%	100,0%

# CONCLUSIONES

- observamos un incremento de los SARM-ac, manteniendo en los últimos 3 años cifras estables.
- La presentación más frecuente fue como abscesos de piel y partes blandas, fueron menos bacteriémicos y la mayoría requirió tratamiento médico-quirúrgico.
- No hubo relación en cuanto a la mortalidad con la edad y sensibilidad.
- La mayoría fue sensible a clindamicina y todos presentaron buena evolución clínica.

# Estudio Multicéntrico de Infecciones por *Staphylococcus aureus* Provenientes de la Comunidad en Niños de la Argentina

**Paganini H** (1), Della Latta P (1), Muller Opet B (2), Ezcurra G (3), Uranga M (4), Aguirre C (5), **Ensinck G** (6), Kamiya de Macarrein M (7), Miranda M (8), Ciriaci C (9), Sarkis C (1) y Grupo de Estudio de *Staphylococcus aureus*: Hernández C (1), Casimir L (1), Rial MJ (2), Schenonne N (2), Ronchi E (3), Rodríguez MC (4), Aprile F (5), De Ricco C (2), García Saito V (5), Vrátnica C (5), Pons G (7), Ernst A (6), Morinigo S (7), Toffoli M (8), Bosque C (4), Monzani V (9), Mónaco A (1), Pinheiro JL (1), Mannino L (1), López M (9)

*Hospital Juan P. Garrahan (1) y Hospital Pedro de Elizalde (2) (Buenos Aires), Hospital Alassia (Santa Fé) (3), Hospital de Niños de San Justo (4) (Buenos Aires), Hospital Juan Pablo II (5) (Corrientes), Hospital de Niños J. Vilela (6) (Rosario), Hospital Pediátrico Dr. A.L. Castelán (7) (Resistencia), Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana (8) (Jujuy), Hospital Materno Infantil de Mar del Plata Don Victorio Tetamanti (9).*

Centro	SaMS/SaMR (%)
● Hospital J.P. Garrahan (BsAs) (92)	39/53 (58)
● Htal. P. de Elizalde (BsAs) (65)	23/42 (65)
● H. Alassia, Santa Fé (68)	20/48 (71)
● H. San Justo, BsAs (44)	11/33 (75)
● H. Juan Pablo II, Corrientes (43)	15/28 (65)
● H. Niños Resistencia (34)	10/24 (71)
● H. Vilela, Rosario (46)	17/29 (63)
● Htal Niños, Jujuy (33)	23/10 (30)
● Htal M. Infantil Mar del Plata (22)	8/14 (64)

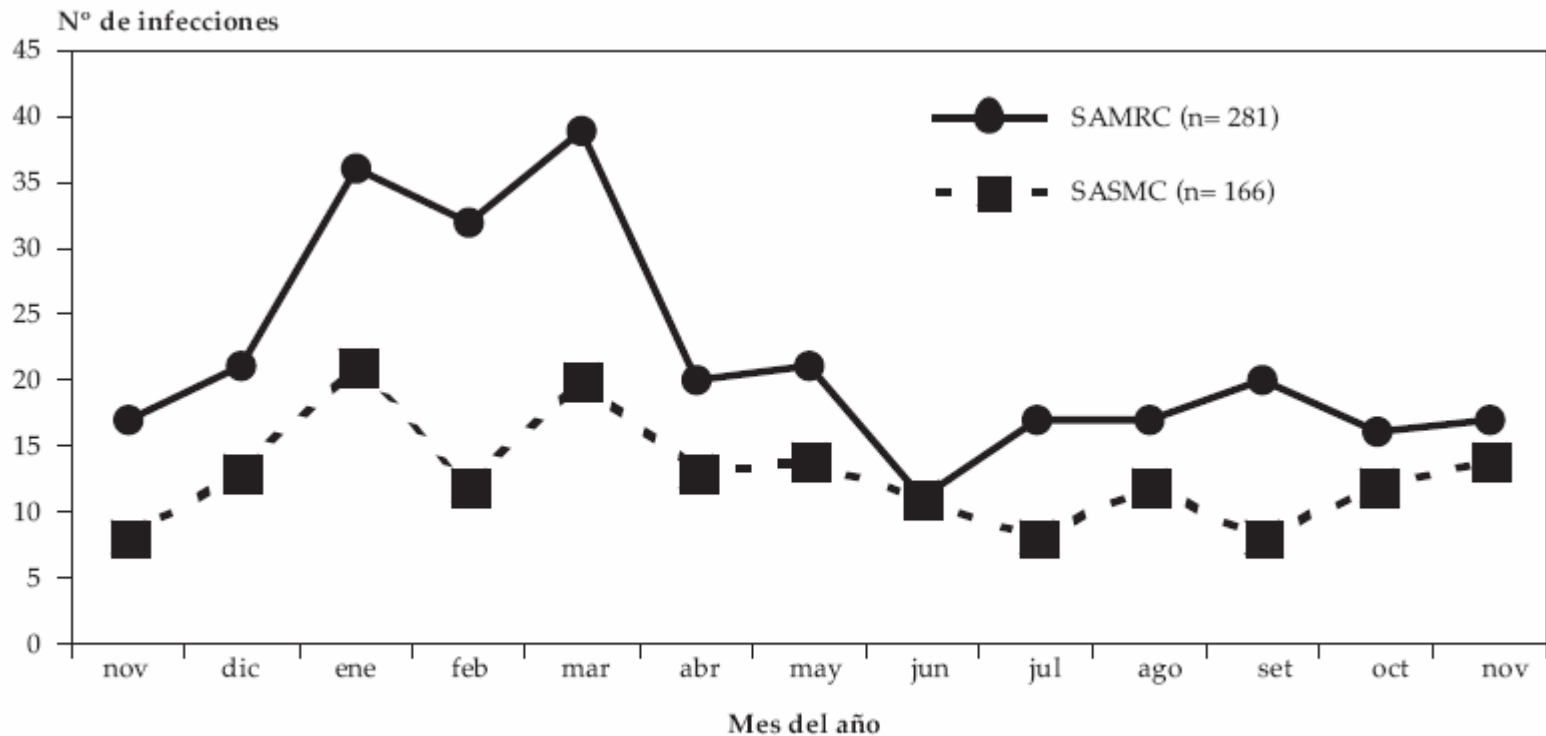
- **Objetivos:** Analizar las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y de evolución de las infecciones causadas por *S. aureus* provenientes de la comunidad (*SaMRC*) en niños de diferentes regiones geográficas de la Argentina.

- **Resultados.** Entre 11/2006 y 11/2007 fueron diagnosticadas 840 infecciones por *Sa*. 582 (68%) fueron comunitarias. Entre estas últimas 356 (61%) fueron *SaMRC*.

- 75 (21%) se presentaron en niños con EB
- 281 (79%) en niños sanos.
- Enfermedades de base más frecuentes fueron:
  - ✓ dermatopatías crónicas (13)
  - ✓ enfermedad crónica del SNC (9)
  - ✓ infección por el VIH (7)
  - ✓ cardiovasculares (6)



# Distribución anual de infecciones por SAMR-ac



SASMC: *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible proveniente de la comunidad.

SAMRC: *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente proveniente de la comunidad.

# Características generales

## Variable SaMR (281)

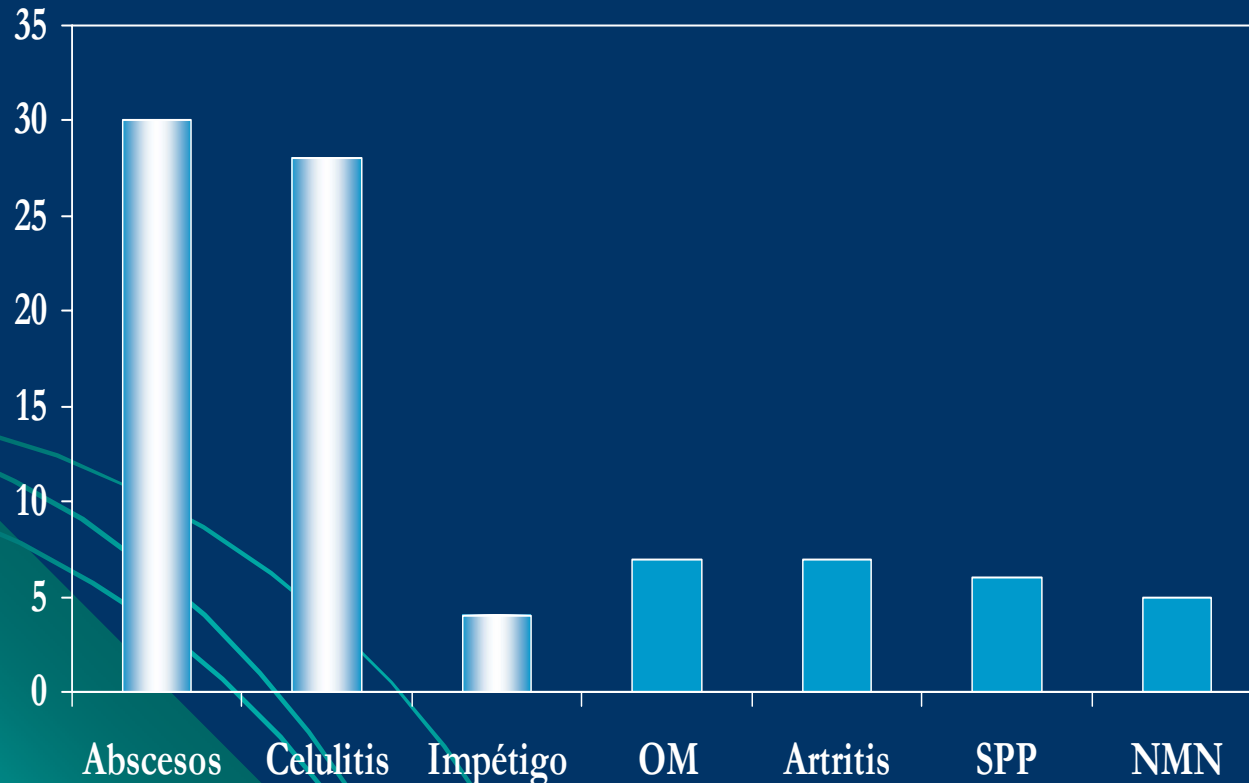
- Mediana de edad (m) y rango : 36 (1-201)
- Sexo masculino: 167 (59%)
- Personas en el domicilio: 5 (1-10)
- Concurrencia a guardería: 12 (4%)
- Contacto con trabajador salud: 11 (4%)
- Consulta previa en hospital: 145 (52%)
- Tratamiento ATB previo: 94 (33%)
- Procedimiento invasivo previo: 23 (8%)
- Cirugía previa: 3 (1%)

## Variable SaMR (356)

● Fiebre	208 (74%)
● Sepsis	30 (11%)
● Shock séptico	12 (4%)
● Bacteriemia	51 (18%)
● Recuento de leucocitos (mediana)	14.300 mm <sup>3</sup>
● Tratamiento quirúrgico	203 (72%)
● Tratamiento discordante	195 (69%)
● Tiempo de retraso (mediana en horas)	84
● Fallecidos	3 (1%)

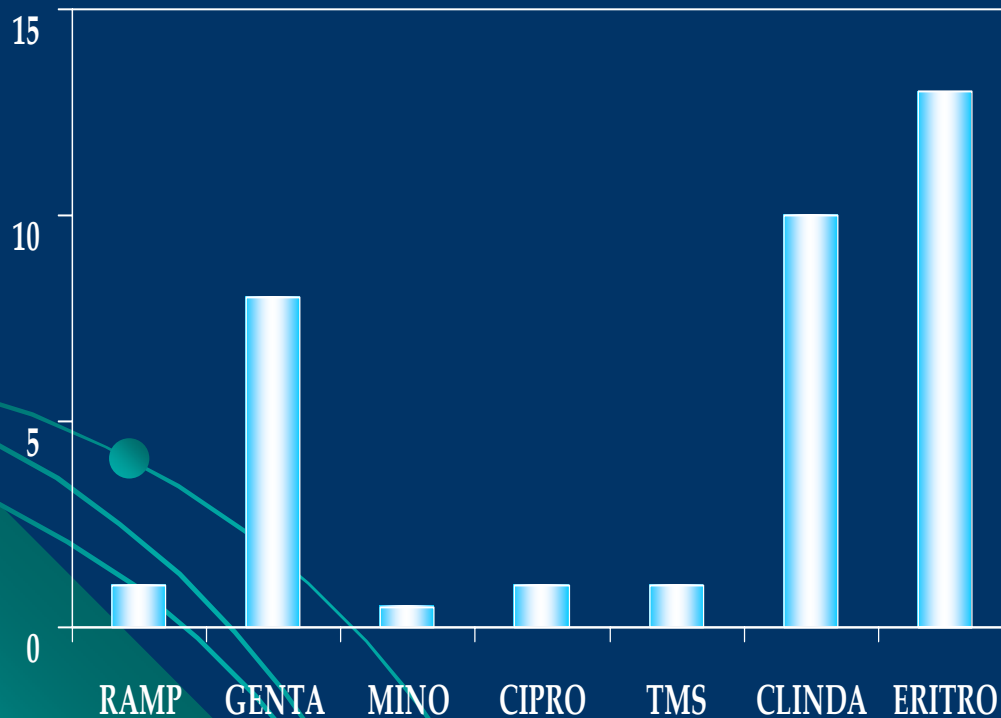
# SAMR-CO

## Focos Clínicos



Tipo de foco clínico	Foco inicial (n= 316) <sup>1</sup>	Foco posterior (n= 32) <sup>2</sup>
Abscesos subcutáneos	96 (30)	-
Celulitis	90 (28)	-
Osteomielitis	23 (7)	10 (31)
Artritis	21 (7)	1 (3)
Empiema pleural	19 (6)	7 (22)
Neumonía	16 (5)	2 (6)
Impétigo	13 (4)	-
Absceso del psoas	6 (2)	1 (3)
Piomiositis	4 (1,1)	-
Absceso hepático	1 (0,3)	-
Endocarditis	1 (0,3)	5 (16)
Absceso cerebral	1 (0,3)	1 (3)
Otros	25 (8)*	5 (16)*

# Resistencia ATB



Antibiótico	Nº de cepas evaluadas	Resistencia (n,%)
Rifampicina	273	3 (1)
Gentamicina	252	19 (8)
Ciprofloxacina	241	2 (1)
Trimetoprima-sulfametoxazol	272	2 (1)
Clindamicina	273	26 (10)
Eritromicina	264	34 (13)
Minociclina	219	1 (0,5)

**Prevalencia Nacional de *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina asociado a la comunidad (CA-MRSA) en Argentina: Estudio 2009.**

Sola C<sup>1</sup>, Lamberghini R<sup>2</sup>, Paganini H<sup>3</sup>, Gagetti P, Egea AL<sup>1</sup>, Lucero C, Faccione D, Galas M, Grupo CA-MRSA Argentina<sup>4</sup>, Bocco JL<sup>1</sup> y Corso A<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CIBICI – CONICET. Fac. de Cs. Químicas, UNC, <sup>2</sup>Hospital Militar Córdoba,

<sup>3</sup>Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan; <sup>4</sup>Hospitales Grupo CA-MRSA Argentina,

<sup>5</sup>Servicio Antimicrobianos, INEI-ANLIS “Dr. C Malbrán”.

Se analizaron todas las infecciones por *S. aureus* producidas durante el mes de **Noviembre del año 2009 en 66 hospitales distribuidos en 20 provincias y CABA.**

Se obtuvieron 591 aislamientos de *S. aureus*, de los cuales el 54% fueron MRSA, **37% CA-MRSA** y 17% HA-MRSA

LCR: 8/1. El 26 % de los **CA-MRSA** presentó R acompañante a un ANB: 15,1% ERY, 11,9% CLI, 9,6% GEN y 0,9 % CIP. Entre los HA-MRSA la R fue: 84% ERY-CLI, 90% GEN, 74% CIP, 25% RFA, 8% TMS y 6% CMP.

# Conclusiones

1. La tasa de infecciones causadas por SAMRC es alta en niños de nuestro país. Alerta epidemiológico, para los pediatras.
2. La infección de piel y partes blandas es el foco clínico prevalente, fundamentalmente, abscesos localizados.
3. La resistencia a clindamicina no supera el 15%. Esto permite reafirmar que este antibiótico se puede utilizar ante la sospecha de estas infecciones en niños.
4. Debe revisarse y normatizarse en forma urgente el tratamiento empírico de las infecciones provenientes de la comunidad en niños, particularmente las graves.

Sospecha de infección por SAMR-CO

1. Valorar la gravedad de la lesión
2. Toma de muestra microbiológica

Lesión leve  
Niño en buen  
estado general

Drenaje quirúrgico  
TMP-SMZ, Clindamicina  
o Minociclina

Lesión moderada  
Sin enfermedad de base  
o antecedente de  
hospitalización

Clindamicina

Paciente crítico o tóxico  
Enfermedad de base  
Infección severa

Vancomicina más  
drenaje quirúrgico



<b>Tipo de infección</b>	<b>Tratamiento recomendado</b>
Bacteriemia	Vancomicina
Endocarditis	Vancomicina
Neumonía	Clindamicina, vancomicina o TMP-SMZ
Abscesos viscerales	Clindamicina, vancomicina o TMP-SMZ Rifampicina
Artritis u osteomielitis	Clindamicina,, Vancomicina TMP-SMZ + Rifampicina
Piomiositis, miositis bacteriana aguda	Clindamicina, vancomicina TMP-SMZ + Rifampicina

# Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* Infections in Adults and Children

Catherine Liu,<sup>1</sup> Arnold Bayer,<sup>3,5</sup> Sara E. Cosgrove,<sup>6</sup> Robert S. Daum,<sup>7</sup> Scott K. Fridkin,<sup>8</sup> Rachel J. Gorwitz,<sup>9</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>10</sup> Adolf W. Karchmer,<sup>11</sup> Donald P. Levine,<sup>12</sup> Barbara E. Murray,<sup>14</sup> Michael J. Rybak,<sup>12,13</sup> David A. Talan,<sup>4,5</sup> and Henry F. Chambers<sup>1,2</sup>

Clinical Infectious Diseases 2011;52(3):e18–e55

## Piel y partes blandas

Absceso, furunculos, carbunco

Incisión y drenaje

Simple incisión y drenaje parece ser suficiente.

Para aquellas condiciones que requieran además ATB se utilizará TMP-SMZ, clindamicina, doxiciclina.

Celulitis purulenta (definida como Celulitis asociada con drenaje purulento o exudado en ausencia de un absceso drenable

Clindamicina

300-450 mg VO 3 veces por día o 10 a 13 mg/kg/dosis c/6-8 hs que no exceda 40mg/kg/d

TMP-SMX

4-6 mg/kg/dosis de TMP VO c/12 hs. No

Doxycycline

recomendado para niños < 2meses de edad 100 mg VO 2 veces por día, en <45kg: 2

mg/kg/dosis c/ 12 hs. Las tetraciclinas no son recomendadas en < de 8 años

Minocycline

200 mg x 1 luego 100 mg VO 2 veces por día, o 4 mg/kg VO x 1, luego 2 mg/kg/dosis VO c/12 hs

Linezolid

600 mg VO 2 v por día o 10 mg/kg/dosis VO c/8 hs, no exceder 600 mg/dosis

Celulitis no purulenta (definida como celulitis sin drenaje purulento o exudado y no asociada a absceso). Se relaciona con sensibilidad a B-lactamicos y celulitis a SBGA

Cefalexina 100 mg/kg/día c/6 hs. Si no responde clindamicina

Celulitis complicadas

Vancomicina 15–20 mg/kg/dosis c/ 6–8–12 hs IV  
Linezolid 600 mg VO/IV 2 veces por día o 10 mg/kg/dosis VO/IV c/8 h, no exceder 600 mg/dosis

Daptomicina Dosis en pediatría bajo  
Estudio niños 5 mg/kg (12–17 años), 7 mg/kg (7–11 años), 9 mg/kg (2–6 años)

Clindamycin 600 mg VO/IV c/8 hs o 10–13 mg/kg/dosis VO/IV C/6- 8 h, no exceder 40 mg/kg/día

## Bacteremia and endocarditis

### Bacteriemia

Vancomicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6-8–12 hs El agregado de gentamicina o rifampicina no es rutinamente recomendada
Daptomicina	6 mg/kg/dosis IV 1 vez/día o 6–10 mg/kg/día IV

### Endocarditis infecciosa

#### Válvula nativa (igual que bacteriemia)

### Endocarditis infecciosa

#### Válvula protésica

Vancomicina	
Vancomicina + Gentamicina + rifampicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6 hs  + 1 mg/kg/dosis IV c/ 8 hs + 300 mg VO/IV c/ 8 hs o 5 mg/kg/dose VO/IV c/ 8 hs

### Neumonía

Vancomicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6-8–12 h
Linezolid	600 mg PO/IV 2 veces /día o 10 mg/kg/dosis VO/IV c/ 8 hs, no exceder 600 mg/dosis
Clindamycin	600 mg VO/IV 3 veces/día o 10–13 mg/kg/dosis VO/IV c/ 6–8 hs, no exceder 40 mg/kg/día

## Huesos y articulaciones

### Osteomielitis

Vancomicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6-8–12 hs. Debridamiento quirúrgico y drenaje de abscesos asociados. Algunos expertos recomiendan el agregado de rifampicina 600 mg/día o 300-450 mg 2 v/día
Linezolid	600 mg VO/IV 2 veces por día o 10 mg/kg/dosis VO/IV c/8 h, no exceder 600 mg/dosis
Daptomicina	6-10 mg/kg/dosis IV 1 vez/día.
Clindamycin	600 mg VO/IV c/8 hs o 10–13 mg/kg/dosis VO/IV c/6–8hs, no exceder 40 mg/kg/día
TMP-SMX + rifampicina	3.5–4.0 mg/kg/dosis VO/IV c/8-12 hs

### Artritis Séptica

Vancomicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6-8–12 hs. Debridamiento Quirúrgico y drenaje de la articulación siempre deberealizar
Linezolid	600 mg VO/IV 2 veces por día o 10 mg/kg/dosis VO/IV c/8hs, no exceder 600 mg/
Daptomicina	6-10 mg/kg/dosis IV 1 vez/día.
Clindamycin	600 mg VO/IV c/8 hs o 10–13 mg/kg/dosis VO c/ 6- 8 hs, no exceder 40 mg/kg/día
TMP-SMX	3.5–4.0 mg/kg/dosis VO/IV c/8-12 hs

## Meningitis y absceso de cerebro

Meningitis, absceso de cerebro

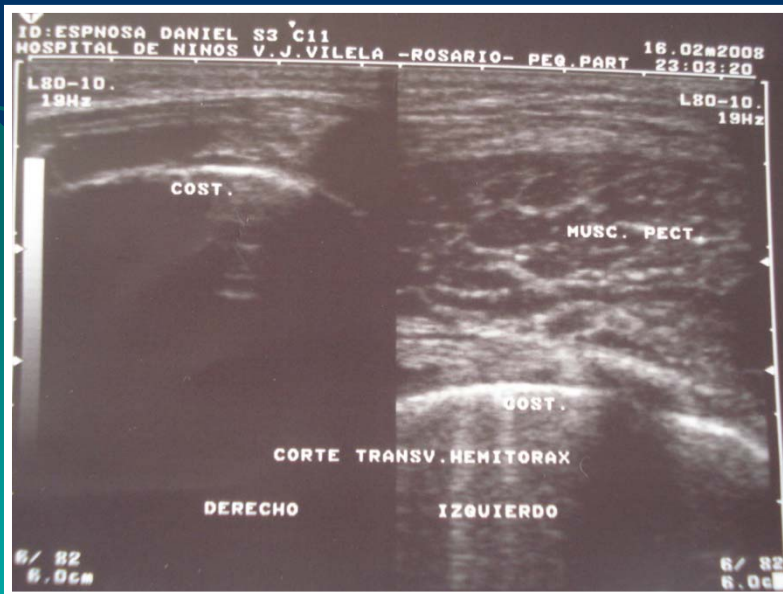
Empiema subdural, absceso

Espinal, trombosis seno cavernoso

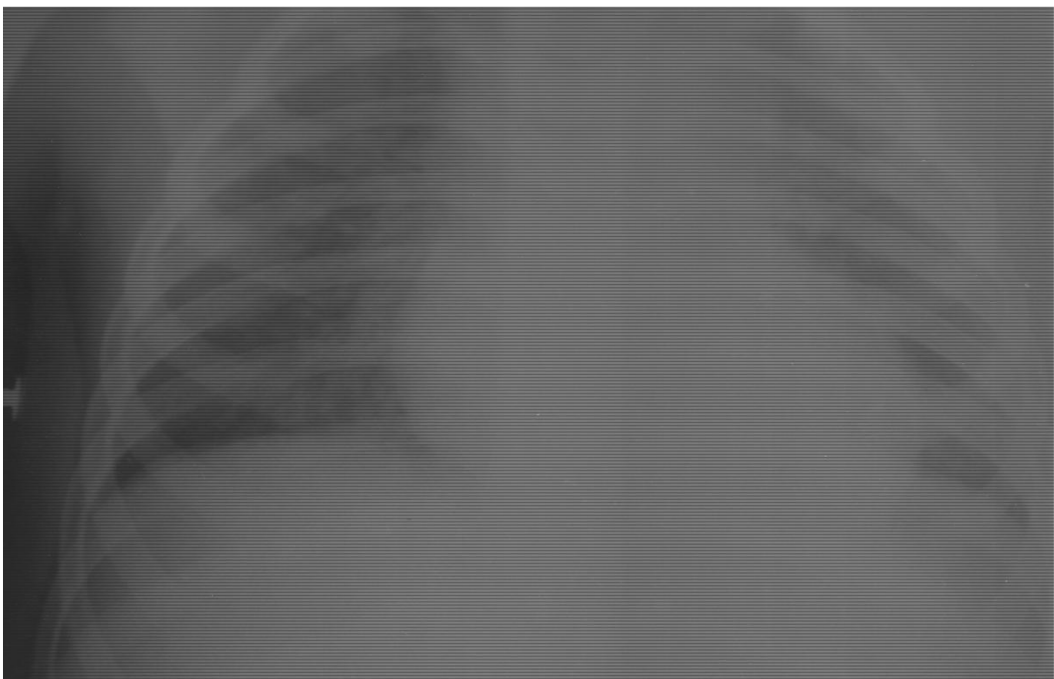
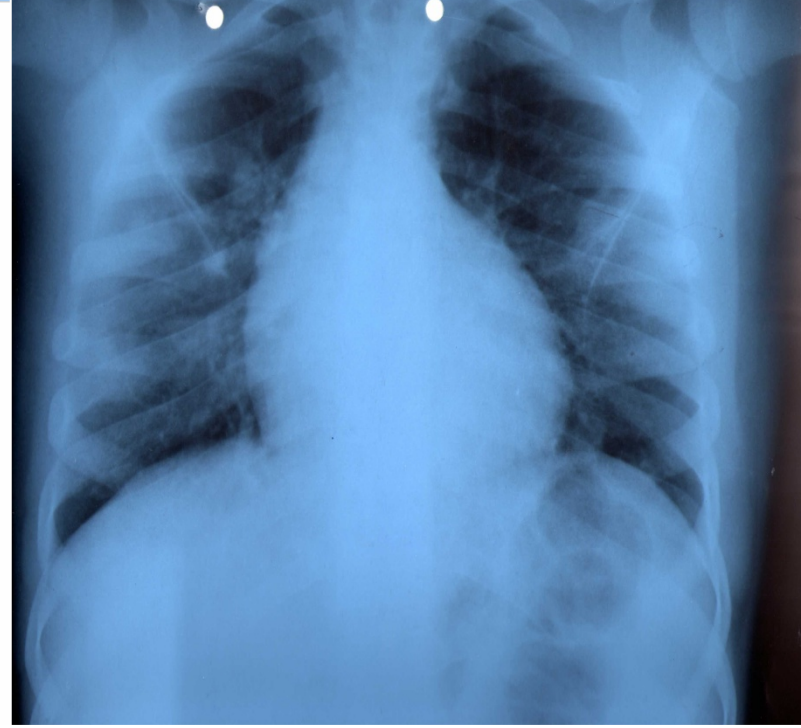
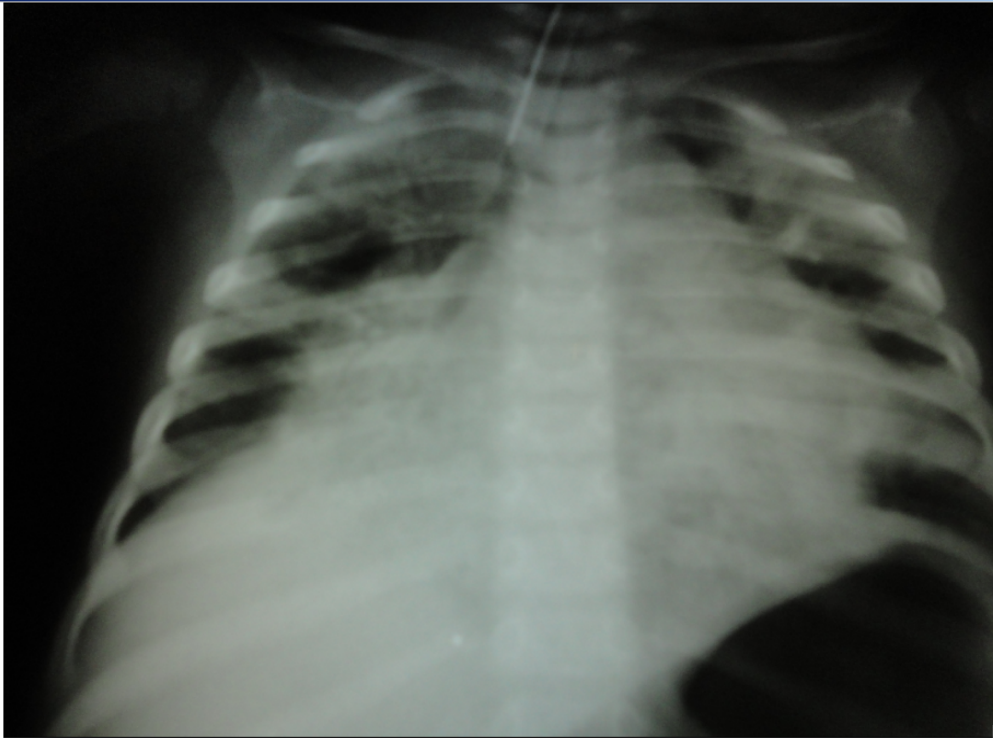
Vancomicina	15–20 mg/kg/dosis IV c/6 hs. Algunos expertos recomiendan el el agregado de Rifampicina o Linezolid
Linezolid	600 mg VO/IV 2 veces por día o 10 mg/kg/dosis VO/IV c/8 hs, no exceder 600 mg/dosis
TMP-SMX	5 mg/kg/dosis VO/IV c/8-12 hs

# Ecografía de partes blandas

- Celulitis y miositis a nivel pectoral.
- Aumento en 3 veces el tamaño de tejidos blandos a nivel de muslo izquierdo.
- Celulitis en pared abdominal.
- Aumento de liquido en cadera izquierda.



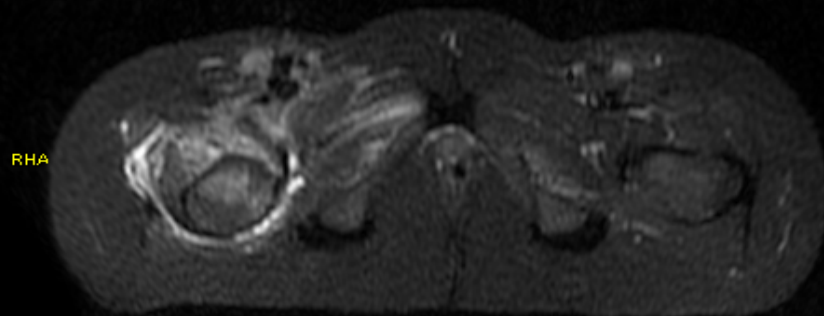




CORRENTI JOANA  
F 19/10/1995  
ID: MR0475

COR STIR  
AFL

HECA  
Ref: UNKNOWN\*UNKNOWN / Perf:  
Study date: 17/7/2008  
Study time: 07:57:58



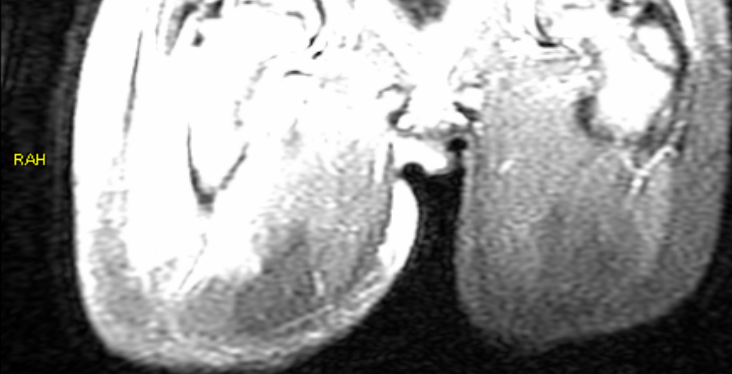
W1530 / C765  
TE: 41.8800010681152  
TR: 2920  
Slice pos: -68.1 ST: 6.0mm

Position: HFS  
5 IMA 21  
Zoom factor: x0.99

TORRES LUCAS  
M 1/1/1997  
ID: 6924  
Acc: 9948 1

COR STIR  
HP

HECA  
Ref: UNKNOWN\*UNKNOWN / Perf:  
Study date: 8/8/2008  
Study time: 08:07:11



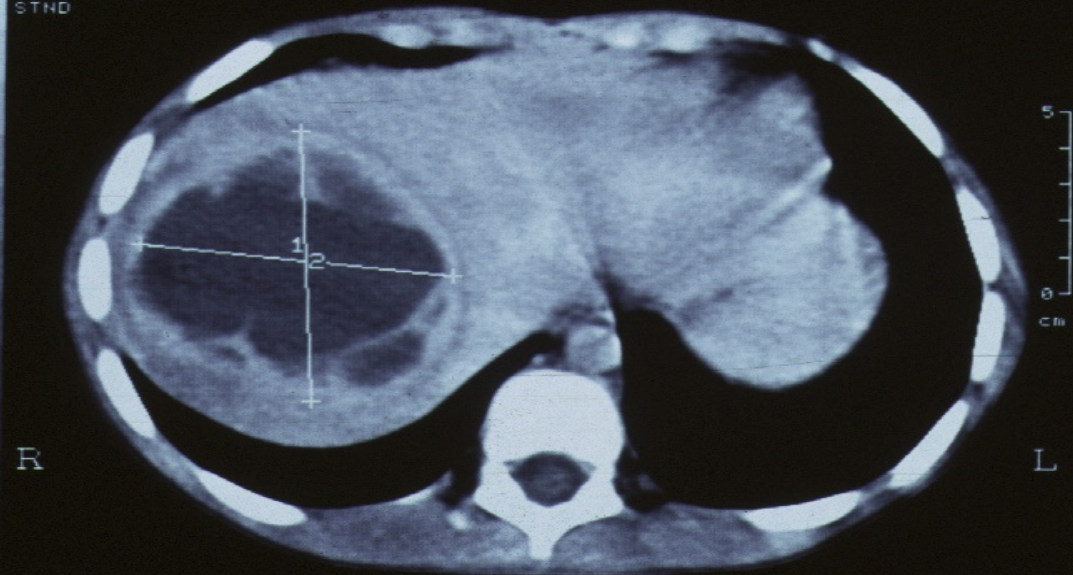
W308 / C154  
TE: 43.5999984741211  
TR: 2900  
Slice pos: -51.7 ST: 9.0mm

Position: HFS  
5 IMA 11  
Zoom factor: x0.99

00:45848 1-2662  
03.003:01 +C  
AX: -20.0mm  
+00.0°  
10mm  
39.8cm  
x= -0.31cm  
y= +0.00cm  
STND

MARTIN NADIA  
A

8: F  
2001/01/22 17:21:07  
ABDOMEN  
C/C



R

L

CRSP 120 HU  
800 mAs  
40.000 sec  
CAL

<2> D= +7.35cm  
H= -88.1°  
V= 1.9°  
<1> D= +6.73cm  
H= -7.0°  
V= 1.9°





**MUCHAS GRACIAS**



# Caso clínico

- Enf.actual: paciente de 11 años de edad, eutrófico incompletamente inmunizado, sin antecedentes personales ni familiares de jerarquía que consulta por un cuadro de 7 días de evolución de fiebre de 38° - 38.5°. A las 48 hs agrega alteración de la conducta y en las últimas 12 hs episodios de desorientación, apraxia y bradipsíquia. El pte pasa UCIP
- Ex físico: moderadamente enfermo, hemodinamicamente compensado, vigil, reactivo ubicado en tiempo y espacio sin signos meníngeos.
- Laboratorio: 16900 (80-0-0-20) VES 26 HTO 33 plaq 207000  
Hb 11.5 glic 144.

- A las 6 hs de internado presenta temblores, desconectado , pupilas midriáticas reactivas, con desviación de la mirada hacia la izquierda. Babinsky + pérdida de control de esfínteres.
- Diagnostico encefalopatía aguda: viral o pos-infecciosa, se realiza PL: LCR elementos 240 (80/20) gluc 52/110, Pr 1.12 Pandy ++  
Directo (-) **Se medica con CRO 80 mg/kg/día**  
Cultivo LCR (+) **SBGA**  
Hemoc: diplococos gram + en cadenas. Cultivo **SBGA**

# Caso Clínico

- Paciente de 6 años de edad, eutrófica bien inmunizada, con antecedentes de BOR, que consulta el 22/2/11 por dolor y eritema en talón derecho. A las 24 hs agrega fiebre por lo que consulta indicándose tratamiento sintomático. El día 24/2 el dolor se extiende a todo el miembro y persiste febril con registros de 39°. El 25/2 agrega artralgia de codo derecho con impotencia funcional. El 26/2 consulta en guardia donde se constata edema de miembros inferiores.
- Ex.físico: moderadamente enferma dolorida. FR 30 x´ , hipoventilación en base derecha. FC 126 x´ TA 80/50  
Dolor a la palpación de los 4 miembros y a la movilización activa y pasiva con limitación del movimiento de cadera derecha en posición antálgica, abducción externa
- Lab: 10.500 (79-0-0-14-4) HB 10 Hto 28.4 plaq 70.000 VES 99 TP 13 (10) U 15 Glic 101



- A las 6 hs del ingreso la pte se constata gravemente enferma, pálida, icterica, higado a 6 cm del RC y bazo 4 cm, dolor y tumefacción en muslo izquierdo e impotencia funcional , tumefacción de brazo izq
- Lab 17200 (85-0-0-7-6) plaq 86.000 VES 90 BiliT 3.74 (d3) creat 0.7 GOT 265 GPT 215. Con diagnostico de sepsis se expande con fisiológico a 20 ml/kg y pasa UCIP
- Se realiza punción de cadera derecha y hemocultivos x2
- Se medica con cefotaxima+ vancomicina

- Ecografía abdominal normal
- Ecografía de cadera derecha: derrame intra-articular de 0.74 cm
- Ecografía de brazo izq: aumento del espeso y ecogenicidad del tej celular subcutaneo del brazo y antebrazo izq compatible con celulitis





