



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**Sociedad Argentina de Pediatría  
Entidad Matriz**

Av. Coronel Díaz 1971  
1425 - Ciudad de Buenos Aires  
Teléfono: (011) 4821-8612 • Fax: (011) 4821-8612 interno101  
Correo Electrónico: congresos@sap.org.ar  
Web: www.sap.org.ar



Filial Córdoba

**Sociedad Argentina de Pediatría  
Filial Córdoba**

Corrientes N° 643  
5000 - Córdoba - Provincia de Córdoba  
Teléfono: (0351) -4253383  
Correo Electrónico: cordoba@sap.org.ar  
Web: www.sapcordoba.org.ar

7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica • 3, 4 y 5 de abril de 2014



Filial Córdoba

**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos

**Comité Nacional de Infectología**



Por un niño sano  
en un mundo mejor



# 7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica

**1° Jornadas de Enfermería  
en Infectología Pediátrica**

**Foro de Sociedades de  
Pediatría del CONO SUR**

*“Desafíos infectológicos en el cambiante  
mundo de la niñez y la adolescencia”*

**3, 4 y 5 de abril de 2014**

**PROGRAMA FINAL Y  
LIBRO DE RESÚMENES**

**Sede**

**Sheraton Córdoba Hotel**

Av. Duarte Quirós 1300. Ciudad de Córdoba - Provincia de Córdoba



**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos

**Comité Nacional de Infectología**



# **7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica**

**1° Jornadas de Enfermería  
en Infectología Pediátrica**

**Foro de Sociedades de  
Pediatría del CONO SUR**

*“Desafíos infectológicos en el cambiante  
mundo de la niñez y la adolescencia”*

**3, 4 y 5 de abril de 2014**

**PROGRAMA FINAL Y  
LIBRO DE RESÚMENES**

**Sede**

**Sheraton Córdoba Hotel**

Av. Duarte Quirós 1300. Ciudad de Córdoba- Provincia de Córdoba

## ÍNDICE

Autoridades .....	3
Mensaje de bienvenida .....	4
Declaraciones de Interés y Auspicios .....	5
Invitados del exterior .....	6
Invitados del Cono Sur .....	6
Información general y científica .....	7
Acto Inaugural .....	9
Acto de Clausura y Entrega de Premios .....	9
Conferencias y Simposios Intersociedades .....	10
Reuniones Especiales y Presentación de Videos .....	11
Planígrafos .....	12
Programa científico .....	15
Programa Jornadas de Enfermería en Infectología Pediátrica .....	29
Sesiones de Trabajos libres .....	31
Resúmenes de trabajos libres .....	57
Índice de participaciones científicas .....	144
Índice de autores de trabajos libres .....	154
Simposios Satélite organizados por la industria farmacéutica .....	198
Empresas que participan en la exposición comercial .....	199
Plano Hotel Sheraton de Córdoba .....	200

# Sociedad Argentina de Pediatría

## Comisión Directiva 2013 - 2015

### Presidente

Dra. Ángela Gentile

### Vicepresidente 1°

Dr. Jorge L. Cabana

### Vicepresidenta 2°

Dra. Nélide Carmen Valdada

### Secretaria General

Dra. Stella Maris Gil

### Tesorero

Dr. Omar L. Tabacco

### Protesorero

Dr. Walter O. Joaquín

### Secretario de Educación Continua

Dr. Carlos Gustavo Wahren

### Secretario de Actas y Reglamentos

Dr. Mario Hugo Elmo

### Secretaria de Relaciones Institucionales

Dra. Verónica S. Giubergia

### Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Mariana Rodríguez Ponte

### Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Carlota Judit Russ

### Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. María Eugenia Cobas

### Vocal 1°

Dr. Daniel Edgardo Stechina

### Vocal 2°

Dra. Sandra Bufarini

### Vocal 3°

Dra. Silvia Marchisone

### Coordinadora Técnica

Dra. Adriana G. Afazani

### Dirección de Congresos y Eventos

#### Director

Dr. Raúl S. Merech

#### Coordinadora

Dra. Lidia Parga

#### Asesores

Dr. Daniel Beltramino

Dr. Juan Ursomarso

Dr. Alejandro Lozano

## Región Centro-Cuyo

### Directora Titular

Dra. Cristina Gatica

### 1° Directora Asociada

Dra. Fátima Vega

### 2° Directora Asociada

Dra. Susana Acosta

## Sociedad Argentina de Pediatría Filial Córdoba

### Presidente

Dr. Luis Ahumada

### Vicepresidenta 1°

Dra. Laura Moreno

### Vicepresidente 2°

Dr. Héctor Pedicino

### Secretario General

Dr. Fernando Bollati

### Secretaria Educacion Continua

Dra. Cecilia Cuestas

Dra. Silvina Cipriani

Dra. Laura Moreno

### Secretaria de Relaciones Institucionales

Dr. Hector Pedicino

Dr. Raul Ferrari

### Secretaria de Medios, Relaciones Comunitarias, Prensa

Dr. Hector Pedicino

Dr. Mario Polacov

### Secretaria Comites, Grupos de Trabajo, Comisión

Dr. Nahir Quijada

Dr. Fernando Gambarte

Dra. Alejandra Jalil

### Secretaria de Actas y Reglamentos

Dra. Miriam Calvari

### Tesorero

Dr. Fernando Ulloque

### Protesorero

Dra. Mirta Ferryra

### Vocal

Nicolas Moya

### PRESIDENTE DE HONOR

Dra. Angela Gentile

Dr. Gustavo Cardigni

### COMITÉ DE HONOR

Dr. Héctor Abate

Dra. Carlota Russ

Dr. Raúl Ruvinsky

Dra. Julia Viu

## COMITÉ ORGANIZADOR

### Presidenta

Dra. Ana Ceballos

### Vicepresidente

Dr. Alberto Aird

### Secretaria General

Dra. Miriam Bruno

### Prosecretaria General

Dra. María Silvia Maurizio Dama

### Secretaria Científica

Dra. Gabriela Ensinek

### Prosecretaria Científica

Dra. Miriam Calvari

### Tesorero

Dr. Omar Tabacco

### Protesorero

Dr. Enrique Ortega

### Vocales

Dra. Cristina Euliarte

Dra. Andrea Falaschi

Dra. Silvia Ferreyra

Dra. Andrea Gajo Gane

Dra. Mariana Lanzotti

Dra. Claudia Limpias

Dra. Zulma Martinez

Dr. Pedro Quintana

Dra. Mónica Ana María Rodríguez

Dra. Fabiana Sardi

Dra. Gabriela Taponnier

Dra. Eugenia Tirao

Dra. Lia del Valle Ruiz

Dra. Ilide Selene De Lisa

### Asesor del Comité Organizador

Dr. Angel Minguez

### Integrantes del Comité Científico

Dra. Liliana Asis

Dra. Alicia Aletti

Dra. Luciana Bellone

Dra. Elizabeth Bogdanowicz

Dr. Juan Carlos Beltramino

Dr. Aldo Cancellara

Dr. Martín Caruso

Dra. Gabriela Gregorio

Dr. José Marcó del Pont

Dr. Pablo Melonari

Dra. Sandra Morinigo

Dr. Alejandro Santillán Iturres

Dra. Claudia Vratnica

Dr. Alejandro Ellis

### Asesores del Comité Científico

Dr. Hector Abate

Dra. Angela Gentile

Dra. Carlota Russ

## Autoridades de las 1° Jornadas de Enfermería en Infectología Pediátrica

### Comité Organizador

#### Coordinadora

Lic. ECI Laura Furlan

#### Secretaria

Lic. Edith Cavallo

### Integrantes del Comité Científico

Lic. Flavia Loza

Lic. Liliana Martínez

Lic. Ana Cristina Ulloa

Lic. Genoveva Ávila

Lic. Gloria Portillo

Lic. Liliana del Valle Rodríguez

### Asesores del Comité Científico

Lic. ECI Elena Andión

Dra. Silvina Malvárez

## MENSAJE DE BIENVENIDA

*Estimados colegas:*

*Les damos la bienvenida al 7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica y 1° Jornadas de Enfermería en Infectología Pediátrica.*

*Este encuentro ha sido posible gracias al fecundo trabajo que viene desarrollando desde hace años, el Comité Nacional de Infectología.*

*Este Congreso tiene un claro objetivo: permitir la participación de todos aquellos profesionales de la salud interesados en obtener información científica actualizada, intercambiar ideas y conocimientos en relación a datos epidemiológicos, avances diagnósticos, tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas, en el marco de una realidad siempre cambiante.*

*Se han recibido más de 180 trabajos de todas las regiones del país; su conocimiento y discusión, permitirá el intercambio de enriquecedoras experiencias.*

*Nuestro agradecimiento a los invitados internacionales y locales por su participación, así como al Comité Organizador por su compromiso humano y profesional. Un especial reconocimiento al grupo de Enfermería, que respondió a la convocatoria con gran espíritu de trabajo.*

*Esperamos dar respuesta a nuestro lema "**Desafíos Infecciológicos en el cambiante mundo de la niñez y adolescencia**", por el bien de nuestros niños, adolescentes y sus familias.*

*La Córdoba de las campanas los recibe afectuosamente, esperando que todos disfruten de su riqueza histórico-cultural y de nuestra hospitalidad.*

*Un cordial saludo,*

**Dra. Ana Ceballos**  
Presidenta

7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica



## DECLARACIONES DE INTERÉS Y AUSPICIOS

### Interés Académico

- Universidad Nacional del Nordeste - Resolución 4915/2013

### Interés Municipal

- Municipalidad de Córdoba - Decreto 4728

### Auspicios

- Círculo Médico de Córdoba
- Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barceló - 5084/13
- Instituto Universitario del Hospital Italiano
- Ministerio de Salud - Provincia de Entre Ríos - Decreto 4472/13
- Ministerio de Salud - Provincia de Río Negro - Resolución 3591/13
- Ministerio de Salud - Provincia de Jujuy - Expediente 70000799/2013
- Ministerio de Salud - Provincia de Catamarca - Resolución 1573
- Ministerio de Salud - Provincia de Córdoba - Resolución 0044/2014
- Ministerio de Salud Pública - Provincia de Salta - Resolución 1822
- Ministerio de Salud - Provincia de San Luis
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Pontificia Universidad Católica Argentina
- Sociedad Argentina de Bacteriología, Micología y Parasitología Clínicas (SADEBAC)
- Sociedad Argentina de Infectología (SADI)
- Universidad de Buenos Aires - Resolución 2617
- Universidad Nacional de Córdoba - Resolución 2778
- Universidad Católica de Córdoba - Resolución 1442
- Universidad Católica de Santiago del Estero - Resolución 303/2013
- Universidad Nacional del Comahue - Resolución 0963
- Universidad Nacional del Rosario - Resolución 4343/2013
- Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Ciencias Médicas - Resolución 4586/2013
- Universidad Nacional de la Patagonia Austral - Resolución 1080/13 -R- UNPA
- Universidad Nacional del Litoral - Resolución 670
- Universidad Nacional de Jujuy - Resolución 1771/13
- Universidad Nacional de Salta - Expediente 12.441/13

### Adhesiones

- Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba - Nota 63/2013

## INVITADOS DEL EXTERIOR



**Dr. Eitan Berezin** (*Brasil*)  
Profesor titular de Pediatría e  
Infectología Pediátrica.  
Facultad de Ciencias Médicas de Santa  
Casa de São Paulo.  
Miembro del Comité Técnico Asesor de  
Inmunización del Ministerio de Salud de  
Brasil.



**Dr. Heikki Peltola** (*Finlandia*)  
Especialista en Enfermedades  
Infecciosas en Pediatría.  
Profesor en Enfermedades  
Infecciosas, University of Helsinki.



**Dr. Steve Black** (*EE.UU.*)  
Profesor Adjunto.  
Center for Global Child Health,  
Cincinnati Children's Hospital Medical  
Center.



**Dr. Pablo Sánchez** (*EE.UU.*)  
Especialista en Enfermedades  
Infecciosas en Pediatría.  
Profesor de la División Pediátrica Neonatal  
y Perinatología del  
University of Texas Southwestern Medical  
Center.



**Dr. Frank De Stefano** (*EE.UU.*)  
Médico Epidemiólogo.  
Director de la Oficina de Seguridad e  
Inmunización - CDC.



**Dra. María Elena Santolaya** (*Chile*)  
Jefa de la Unidad de Infectología del  
Hospital Luis Calvo Mackenna.  
Profesora Titular de Pediatría de la Facul-  
tad de Medicina de la  
Universidad de Chile.



**Dra. Luiza Helena Falleiros-Arlant**  
(*Brasil*)  
Pediatra Infectóloga.  
Presidente de la Sociedad  
Latinoamericana de Infectología Pediátrica  
(SLIPE).

## PRESIDENTES DE SOCIEDADES DE PEDIATRÍA DEL CONO SUR



**Dra. Ángela Gentile**  
(*Argentina*)



**Dr. Luis Zabaleta**  
(*Bolivia*)



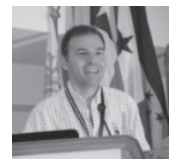
**Dr. Eduardo Da Silva Vaz**  
(*Brasil*)



**Dr. Hernán Sepúlveda**  
(*Chile*)



**Dr. Salim Eguiazú Florentín**  
(*Paraguay*)



**Dr. Alfredo Cerisola**  
(*Uruguay*)



## INFORMACIÓN GENERAL Y CIENTÍFICA

### Secretaría General

Atiende todo lo relacionado con acreditaciones, inscripciones, información general y certificados.

*Horario de funcionamiento:*

Jueves 3 de abril	7:30 a 18:00
Viernes 4 de abril	8:00 a 17:30
Sábado 5 de abril	8:00 a 12:00

### Secretaría Científica

Atiende todo lo relacionado con el desarrollo del programa, funcionamiento de las salas y las necesidades y consultas de los integrantes del Programa Científico.

*Horario de funcionamiento:*

Jueves 3 de abril	7:30 a 18:00
Viernes 4 de abril	8:00 a 17:30
Sábado 5 de abril	8:00 a 12:00


### Oficina de recepción de material audiovisual

Todos los relatores deben concurrir para presentar el material por lo menos 1 (una) hora antes del inicio de la sesión correspondiente. Aquellas presentaciones que se desarrollen en el primer horario de la mañana deberán entregarse el día anterior.

*Horario de funcionamiento:*

Jueves 3 de abril	7:30 a 18:00
Viernes 4 de abril	8:00 a 17:30
Sábado 5 de abril	8:00 a 12:00

### Idioma oficial / Traducción

El idioma oficial del Congreso es el castellano. Habrá traducción simultánea inglés / castellano durante las sesiones en las que participa el invitado de habla inglesa. Están identificadas en el programa con este símbolo 

Para retirar los receptores de traducción es indispensable dejar un documento con foto que le será devuelto contra la entrega del aparato. Solicitamos no comprometer al personal ya que no se hará ningún tipo de excepción.

### Fotografía / Filmación

Le recordamos que no está permitido sacar fotos o filmar las sesiones científicas del Congreso.

Un equipo de filmación y fotografía ha sido contratado para tal fin.

### Credenciales

Serán exigidas sin excepción para el ingreso a todas las sesiones del Congreso.

### Horarios

Los tiempos y horarios establecidos en el Programa Científico serán respetados estrictamente.

### Certificados

Se entregarán certificados a todos los inscriptos al Congreso. Se podrán retirar en la Secretaría General del Congreso desde el sábado 5 de abril a partir de las 8:00.

Los certificados que no se retiren durante el Congreso podrán ser solicitados en la sede de la Sociedad Argentina de Pediatría Entidad Matriz a partir del lunes 14 de abril en el horario de 12:00 a 19:00 o sino podrán ser imprimidos directamente desde la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría: <http://www.sap2.org.ar/inscripciones/certificados.php>.

### Constancia de asistencia

Se entregarán sólo por expreso pedido del participante. Deberá solicitarla en la Secretaría General antes del sábado 5 de abril a las 8:00.



### **Certificados de participaciones científicas**

Todos los participantes del Programa Científico recibirán el correspondiente certificado al finalizar la sesión.

### **Certificados de Trabajos Libres**

Se extenderá un **único certificado por Trabajo Libre** con la nómina completa de autores que figuran en el resumen enviado. No se realizarán copias para los coautores.

El certificado se entregará al relator al finalizar la sesión correspondiente.

## **FILMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS**

La FILMACIÓN de las actividades de este Congreso (conferencias, mesas redondas, etc.) autorizadas por los relatores se publicarán en la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría (**[www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)**).

Para acceder a ellas deberá ingresar al Campus Virtual de la Sociedad desde la sección CONGRESOS de nuestra página web.

La Sociedad Argentina de Pediatría no se hace responsable por accidentes personales, pérdidas, daños a bienes y hurtos de las pertenencias de las personas que asistan a los congresos, eventos o reuniones en general que organice la entidad, cualquiera sea el motivo de su presencia en los mismos y que pudiesen producirse dentro o fuera de las instalaciones previstas para su realización.

Los Congresos y Eventos de la  
Sociedad Argentina de Pediatría  
han sido declarados

**LIBRES DE HUMO DE TABACO**



Se ruega no fumar durante el evento

Al ingresar a los Salones de Sesiones

**APAGUE SU CELULAR**





## ACTO INAUGURAL

**Jueves 3 de abril**

**17:30**

Salón Lugones A

*(1° subsuelo)*

Palabras de las autoridades

Homenaje al Dr. Daniel Stamboulian

**CONFERENCIA**

**Medicina en la música**

Dr. Heikki Peltola

## ACTO DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS

**Sábado 5 de abril**

**12:00**

Salón Lugones A

*(1° subsuelo)*

Palabras de las autoridades

Entrega de Premios

7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica y ACCESIT

## CONFERENCIAS

### **Tratamiento simplificado de las infecciones severas**

*Dr. Heikki Peltola*

Jueves 3 de abril – 12:00 a 12:45 – Salón Lugones A (1° subsuelo)

### **Medicina en la música**

*Dr. Heikki Peltola*

Jueves 3 de abril – 17:30 – Salón Lugones A (1° subsuelo)

### **Nuevas tecnologías en vacunas: ampliando la prevención**

*Dr. Steve Black*

Viernes 4 de abril – 12:00 a 12:45 – Salón Lugones A (1° subsuelo)

### **Uso y abuso de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales**

*Dr. Pablo Sánchez*

Viernes 4 de abril – 12:00 a 12:45 – Salón Champaquí (1° subsuelo)

## SIMPOSIOS INTERSOCIEDADES

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL VIAJERO (SLAMVI) /  
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

### **Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando**

Jueves 3 de abril

8:30 a 10:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGÍA (SADI) /  
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

### **Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando**

Jueves 3 de abril

16:00 a 17:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA (SLIPE) /  
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

### **Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención.**

#### **Presentación del libro: Manual de vacunas latinoamericano**

Jueves 3 de abril

16:00 a 17:30

Salón Champaquí (1° subsuelo)



## REUNIONES ESPECIALES

### FORO DE SOCIEDADES DE PEDIATRÍA DEL CONOSUR

Miércoles 2 de abril

### TALLER INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA - SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA 2014

Miércoles 2 de abril

*Círculo Médico de Córdoba*

### REUNIÓN DEL COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA

Viernes 4 de abril

## PRESENTACIÓN DE VIDEOS

### EN LA ESCUELA APRENDEMOS A CUIDARNOS: ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS?

*Comité de Infectología SAP Córdoba - Ministerio de Educación - Círculo Médico de Córdoba*

Jueves 3 de abril

10:00 a 10:30

Salón La Terraza (1° subsuelo) - Monitor 10

### CAMPAÑA DE VACUNACIÓN: SARAMPIÓN, RUBEOLA, POLIOMELITIS EN NIÑOS ENTRE 1 A 4 AÑOS

*ProNaCei - Ministerio de Salud de la Nación*

Viernes 4 de abril

10:00 a 10:30

Salón La Terraza (1° subsuelo) - Monitor 10

### FAVORECIENDO LA PREVENCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Viernes 4 de abril

10:00 a 10:30

Salón La Terraza (1° subsuelo) - Monitor 10

<b>JUEVES 3 DE ABRIL</b>				<b>La Terraza</b>
<b>Lugones A</b>	<b>Lugones B</b>	<b>Champaquí</b>	<b>Las Sierras</b>	<b>1° subsuelo</b>
<b>1° subsuelo</b>	<b>1° subsuelo</b>	<b>1° subsuelo</b>	<b>1° subsuelo</b>	<b>1° subsuelo</b>
<b>MESA REDONDA</b> Abordaje de las infecciones osteoarticulares	<b>MESA REDONDA</b> Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?	<b>SIMPOSIO SLAMVI/SAP</b> Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando	<b>MESA REDONDA</b> Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?	
<b>Receso</b>				
<b>MESA REDONDA</b> Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?	<b>MESA REDONDA</b> Infección por VIH/SIDA: visión actual	<b>MESA REDONDA</b> Tuberculosis en el siglo XXI	<b>MESA REDONDA</b> Parasitosis: Enfermedades desatendidas	
<b>CONFERENCIA</b> Tratamiento simplificado de las infecciones severas				
<b>13:00 a 14:30</b>	<b>SIMPOSIO SATÉLITE</b>	<b>SIMPOSIO SATÉLITE</b>	<b>SIMPOSIO SATÉLITE</b>	
<b>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES</b>				<b>RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES</b>
<b>SIMPOSIO SADI/SAP</b> Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando	<b>MESA REDONDA</b> Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales	<b>SIMPOSIO SLIPE/SAP</b> Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención	<b>MESA REDONDA</b> Profilaxis postexposición: el tiempo es oro	
<b>16:00 a 17:30</b>				
<b>ACTO INAUGURAL</b> <b>CONFERENCIA</b> Medicina en la música				
<b>17:30</b>				



<b>VIERNES 4 DE ABRIL</b>					
	<b>Lugones A</b>	<b>Lugones B</b>	<b>Champaquí</b>	<b>Las Sierras</b>	
	<i>1° subsuelo</i>	<i>1° subsuelo</i>	<i>1° subsuelo</i>	<i>1° subsuelo</i>	
08:30 a 10:00	<b>MESA REDONDA</b> Seguridad en vacunas: ¿qué debemos saber?	<b>MESA REDONDA</b> Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento	<b>SESIÓN INTERACTIVA</b> Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave	<b>1° JORNADAS DE ENFERMERÍA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA</b>  (Página 29)	
10:00 a 10:30	<b>Receso</b>				
10:30 a 12:00	<b>MESA REDONDA</b> Infecciones del sistema nervioso central	<b>MESA REDONDA</b> Farmacología aplicada a la práctica diaria	<b>SESIÓN INTERACTIVA</b> Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas		
12:00 a 12:45	<b>CONFERENCIA</b> Nuevas tecnologías en vacunas: ampliando la prevención		<b>CONFERENCIA</b> Uso y abuso de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales		
13:00 a 14:30	<b>SIMPOSIO SATELITE</b>		<b>SIMPOSIO SATELITE</b>		
14:30 a 16:00	<b>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES</b>				
16:00 a 17:30	<b>MESA REDONDA</b> Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios	<b>MESA REDONDA</b> Infecciones asociadas al cuidado de la salud	<b>SESIÓN INTERACTIVA</b> Infecciones perinatales: siempre un dilema		
17:30 a 19:00			<b>SIMPOSIO SATELITE</b>		
					<b>RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES</b>

<b>SÁBADO 5 DE ABRIL</b>			
	<b>Lugones A</b>	<b>Lugones B</b>	<b>Champaquí</b>
	<i>1° subsuelo</i>	<i>1° subsuelo</i>	<i>1° subsuelo</i>
08:30 a 10:00	<b>MESA REDONDA</b> Controversias y decisiones en el niño febril	<b>MESA REDONDA</b> Paciente neutropénico febril: puesta al día	<b>MESA REDONDA</b> Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas
10:00 a 10:30	<b>Receso</b>		
10:30 a 12:00	<b>MESA REDONDA</b> Infecciones perinatales: el dilema continúa	<b>MESA REDONDA</b> Pacientes trasplantados: una nueva realidad	<b>MESA REDONDA</b> Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica
12:00	<b>ACTO DE CLAUSURA</b>		

# PROGRAMA CIENTÍFICO









## PROGRAMA CIENTÍFICO

### JUEVES 3 DE ABRIL

08:30 a 10:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

#### MESA REDONDA: Abordaje de las infecciones osteoarticulares

Coordinador: *Dr. Aldo Cancellara*

Secretaria: *Dra. Mónica Ana María Rodríguez*

Panelistas:

- Novedades en el diagnóstico y seguimiento de las infecciones osteoarticulares  
*Dra. Andrea Falaschi*
- Diagnóstico por imágenes: ¿qué métodos son más útiles?  
*Dr. Fernando Gentile*
- Tratamiento moderno de osteomielitis aguda  
*Dr. Heikki Peltola*



08:30 a 10:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

#### MESA REDONDA: Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?

Coordinadora: *Dra. Gabriela Gregorio*

Secretaria: *Dra. Laura Álvarez*

Panelistas:

- Rol de la gentamicina y rifampicina en infecciones por Gram positivos  
*Dr. Gustavo Ezcurra*
- *Pseudomonas aeruginosa*: ¿cuál es la mejor opción?  
*Dr. Alejandro Santillán*
- *Acinetobacter*: mejor combinación terapéutica  
*Dra. Elizabeth Bogdanowicz*

08:30 a 10:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**SIMPOSIO SLAMVI/SAP: Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando**

Coordinador: *Dr. Ángel Minguez*

Secretario: *Dr. Nicolás Moya*

Panelistas:

- Riesgo del viaje con niños a destinos exóticos: ¿cómo asesorar?  
*Dra. Mariana Lanzotti*
- Recomendaciones y requerimientos de vacuna Fiebre Amarilla  
*Dra. Paula Della Latta*
- Prevención de la rabia para la familia que viaja: ¿cómo evaluar este riesgo y qué conductas tomar?  
*Dr. Alejandro Lepetic*
- El post viaje en Pediatría y la experiencia internacional a través de la base Geosentinel / STM  
*Dr. Tomás Orduna*

08:30 a 10:00

Salón Las Sierras (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?**

Coordinadora: *Dra. Claudia Vratnica*

Secretaria: *Dra. Lía del Valle Ruíz*

Panelistas:

- Leishmaniasis  
*Dra. Silvina Ruvinsky*
- Fiebre Hemorrágica  
*Dra. Andrea Uboldi*
- Encefalitis por flavivirus  
*Dra. Lorena Spinsanti*

10:30 a 12:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?**

Coordinador: *Dr. Daniel Stamboulian*

Secretaria: *Dra. Eugenia Tirao*

Panelistas:

- Tratamiento empírico inicial y rol del SAMR-Co  
*Dra. Gabriela Ensinck*
- Conducta quirúrgica frente a neumonías necrotizantes y supuración pleuropulmonar  
*Dr. Victor Defago*
- Cómo medir efectividad en las vacunas neumocócicas  
*Dra. Ángela Gentile*



10:30 a 12:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**Mesa Redonda: Infección por VIH / SIDA: visión actual**

Coordinadora: *Dra. Miriam Bruno*

Secretaria: *Dra. Zulma Martínez*

Panelistas:

- La problemática del pediatra  
*Dra. Graciela Barboni*
- Adolescencia y adherencia  
*Dra. Solange Arazi Caillaud*
- Nuevas modalidades terapéuticas  
*Dra. Rosa Bologna*

10:30 a 12:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Tuberculosis en el siglo XXI**

Coordinador: *Dr. Héctor Abate*

Secretaria: *Dra. Ilide Selene De Lisa*

Panelistas:

- Un desafío permanente para el pediatra  
*Dra. Ana María Rosaenz*
- Métodos diagnósticos nuevos versus los tradicionales  
*Dra. Ana Barnes*
- Profilaxis y tratamiento en la era de la multirresistencia  
*Dra. Norma González*

10:30 a 12:00

Salón Las Sierras (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Parasitosis: enfermedades desatendidas**

Coordinadora: *Dra. Andrea Gajo Gané*

Secretaria: *Dra. Lía Del Valle Ruíz*

Panelistas:

- Interpretación de los estudios coproparasitológicos  
*Dra. Liliana Asis*
- Toxocariasis  
*Dr. Jaime Altcheh*
- Triquinosis  
*Dra. Alicia Puscama*

12:00 a 12:45

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**CONFERENCIA: Tratamiento simplificado de las infecciones severas**

Conferencista: *Dr. Heikki Peltola*

Presentador: *Dr. Héctor Abate*



14:30 a 16:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Ver página 34

14:30 a 16:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Ver página 35

14:30 a 16:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Ver página 36

14:30 a 16:00

Salón La Terraza (1° subsuelo)

RECORRIDA DE PÓSTER DIGITALES

Ver página 37

16:00 a 17:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**SIMPOSIO SADI/SAP: Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando**

Coordinadoras: *Dra. Carla Vizotti*

*Dra. Ana Ceballos*

Secretaria: *Dra. Silvia Ferreyra*

Panelistas:

- Una mirada pediátrica  
*Dra. Carlota Russ*
- Gripe en embarazada  
*Dr. Pablo Bonvehi*
- Virus respiratorio sincicial  
*Dr. Fernando Polack*



16:00 a 17:30

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales**

Coordinadora: *Dra. María Silvia Maurizio Dama*

Secretaria: *Dra. Pilar Rodríguez Alassia*

Panelistas:

- Situaciones clínicas en las que es necesaria la profilaxis  
*Dr. Miguel Galicchio*
- Manejo de contactos: ¿cuándo, cómo y a quién?  
*Dra. Mariana Lanzotti*
- Vacunas en huéspedes y situaciones especiales  
*Dra. Virginia Bazán*

16:00 a 17:30

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**SIMPÓSIO SLIPE/SAP: Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención**

Coordinador: *Dr. Miguel Trenaghi*

Secretario: *Dr. Pablo Trenaghi*

Panelistas:

- Estado actual de las infecciones por rotavirus y neumococo en Brasil  
*Dr. Eitan Berezin*
- Enfermedad meningocócica en Chile  
*Dra. María Elena Santolaya*
- Impacto de la introducción de vacuna HVA en Argentina: futuros pasos  
*Dra. Ángela Gentile*
- SLIPE: Calendario de vacunaciones propuesto para Latinoamérica  
*Dra. Luiza Falleiros*

16:00 a 17:30

Salón Las Sierras (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Profilaxis postexposición: el tiempo es oro**

Coordinadora: *Dra. Rina Moreno*

Secretaria: *Dra. Mónica Ana María Rodríguez*

Panelistas:

- Agresión sexual: manejo infectológico  
*Dra. Carmen Libonati*
- Accidentes punzocortantes no ocupacionales  
*Dra. Liliana Elizabeth Lima*
- Mordeduras: problemas y soluciones  
*Dr. Martín Caruso*

17:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**ACTO INAUGURAL Y CONFERENCIA**

Medicina en la música

Conferencista: *Dr. Heikki Peltola*

Presentador: *Dr. Alberto Aird*





## VIERNES 4 DE ABRIL

08:30 a 10:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

### MESA REDONDA: Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?



Coordinadora: *Dra. Ana Ceballos*

Secretaria: *Dra. Sandra Belfiore*

- Colaboración mundial para evaluar seguridad en vacunas  
*Dr. Steve Black*
- Vigilancia de ESAVI (eventos adversos relacionados a vacunas) experiencia de una unidad centinela de Argentina  
*Dra. Ángela Gentile*
- ¿Demasiadas y muy pronto? Sin riesgo de autismo  
*Dr. Frank De Stefano*

08:30 a 10:30

Salón Lugones B (1° subsuelo)

### MESA REDONDA: Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento

Coordinadora: *Dra. Lydia Carvajal*

Secretaria: *Dra. Agustina Peuchot*

- Cultivos de vigilancia: cuándo hacerlos y cómo interpretarlos  
*Dra. María Paula Della Llata*
- Bacterias productoras de carbapenemasas  
*Dra. Silvana Ruvinsky*
- Bacterias productoras de BLEE  
*Dr. Marcelo Fabián Galas*

08:30 a 10:30

Salón Champaquí (1° subsuelo)

### SESIÓN INTERACTIVA: Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave

Coordinador: *Dr. Raúl Ruvinsky*

Secretaria: *Dra. María Soledad Álvarez*

- Casos clínicos  
*Dr. Aldo Cancellara*  
*Dra. Andrea Falaschi*  
*Dr. Alberto Aird*



10:30 a 12:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Infecciones del Sistema Nervioso Central**



Coordinador: *Dr. Enrique Casanueva*

Secretaria: *Dra. Eugenia Tirao*

- Tratamiento actual de la meningitis bacteriana  
*Dr. Heikki Peltola*
- Desafíos diagnósticos en las meningoencefalitis virales  
*Dra. Gabriela Barbás*
- Complicaciones neurológicas post infecciosos  
*Dr. Javier Linzoain*

10:30 a 12:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Farmacología aplicada a la práctica diaria**

Coordinador: *Dr. Norberto Giglio*

Secretaria: *Dra. Patricia Carrizo Herrera*

Panelistas:

- Pk-PD: importancia de la biodisponibilidad  
*Dra. Marina Bottiglieri*
- Lo bueno y lo malo de las terapias prolongadas y continuas  
*Dr. Alejandro Cané*
- Adicción, sinergia y antagonismos  
*Dr. Marcelo Fabián Galas*

10:30 a 12:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Enfermedades transmisibles en jardines maternas y escuelas**

Coordinadora: *Dra. Miriam Calvari*

Secretario: *Dr. Nicolás Moya*

Panelistas:

- Bioseguridad y prevención  
*Dra. Alejandra Gaiano*
- Normas de evicción y reingreso  
*Dra. María Silvia Maurizio Dama*
- Situaciones de riesgo  
*Dra. Ana María Chiossone*



12:00 a 12:45

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**CONFERENCIA: Nuevas tecnologías en vacunas: ampliando la prevención**

Conferencista: *Dr. Steve Black*

Presentadora: *Dra. Carlota Russ*



12:00 a 12:45

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**CONFERENCIA: Uso y abuso de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales**

Conferencista: *Dr. Pablo Sánchez*

Presentadora: *Dra. Gabriela Ensinck*

14:30 a 16:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES**

Ver página 46

14:30 a 16:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES**

Ver página 47

14:30 a 16:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES**

Ver página 48

14:30 a 16:00

Salón La Terraza (1° subsuelo)

**RECORRIDA DE PÓSTER DIGITALES**

Ver página 49

16:00 a 17:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios**

Coordinador: *Dr. Raúl Ruvinsky*

Secretario: *Dr. Pedro Quintana*

- Quinolonas: ¿cuándo indicar?  
*Dra. Elizabeth Bogdanowicz*
- ¿Antibióticos en diarrea?  
*Dra. Gabriela Tapponier*
- Mitos y verdades en las profilaxis médicas  
*Dra. Luciana Bellone*

16:00 a 17:30

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Infecciones asociadas al cuidado de la salud**

Coordinadora: *Dra. Cecilia Enfedaque*

Secretaria: *Dra. Ana Fedullo*

- Infecciones asociadas a catéter: un indicador de la seguridad del paciente  
*Dr. José Marco del Pont*
- Infecciones asociadas a ARM: el valor de un diagnóstico adecuado  
*Dra. Gabriela Gregorio*
- Infecciones asociadas a catéter urinario: ¿frecuentes en pediatría?  
*Dra. Fabiana Sardi*

16:00 a 17:30

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**SESIÓN INTERACTIVA: Infecciones perinatales: siempre un dilema**

Coordinadora: *Dra. Lilita Asis*

Secretaria: *Dra. María Soledad Álvarez*

Panelistas:

- Toxoplasmosis: preguntas frecuentes  
*Dra. Gabriela Ensinck*
- Infecciones por EBHGB: ¿qué se modifica con la profilaxis materna?  
*Dr. Alejandro Ellis*
- CMV: ¿cuándo y a quiénes tratar?  
*Dr. Pablo Sánchez*



## SÁBADO 5 DE ABRIL

8:30 a 10:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

### MESA REDONDA: Controversias y decisiones en el niño febril

Coordinador: *Dr. Alberto Aird*

Secretario: *Dr. Gustavo Fernando Lazarte*

Panelistas:

- ¿Antibióticos en todos los menores de un mes?  
*Dr. Martín Ferolla*
- ¿Qué desafíos nos plantea el niño de 1 a 3 meses?  
*Dra. Miriam Bruno*
- El niño de 3 a 36 meses en la era de la Vacunación antineumocócica  
*Dr. Alejandro Ellis*

08:30 a 10:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

### MESA REDONDA: Paciente neutropénico febril: puesta al día

Coordinador: *Dr. Enrique Casanueva*

Secretario: *Dr. Emiliano Muñoz*

Panelistas:

- Tratamiento empírico inicial  
*Dr. José Marco del Pont*
- Terapia antifúngica: empírica versus preventiva  
*Dra. María Elena Santolaya*
- Neumonía: metodología diagnóstica y tratamiento  
*Dr. Santiago López Papucci*

08:30 a 10:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

### MESA REDONDA: Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas

Coordinadora: *Dra. Susana Devoto*

Secretaria: *Dra. Cristina Euliarte*

Panelistas:

- Epidemiología  
*Dra. Cynthia Spillman*
- Nueva metodología diagnóstica  
*Dr. Héctor Freilij*
- Novedades en el tratamiento  
*Dr. Jaime Altcheh*

10:30 a 12:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Infecciones perinatales: el dilema continúa**

Coordinadora: *Dra. Liliana Benegas*

Secretaria: *Dra. Verónica Higa*

- Sífilis congénita: una oportunidad perdida en la prevención  
*Dr. Pablo Sánchez*
- Sífilis situación actual en Argentina  
*Dra. Gladys Ferrucci*
- Herpes neonatal: importancia diagnóstica y terapéutica  
*Dr. Pablo Sánchez*

10:30 a 12:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Pacientes trasplantados: una nueva realidad**

Coordinador: *Dr. Luis Flynn*

Secretario: *Dr. Leonardo Coria*

- Manejo infectológico: prevención vs. tratamiento precoz  
*Dr. Alejandro Cané*
- CMV: ¿cómo diagnosticamos y cuándo tratamos?  
*Dr. José Marco del Pont*
- Uso oportuno de las inmunizaciones  
*Dra. Andrea Uboldi*

10:30 a 12:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**MESA REDONDA: Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica**

Coordinadora: *Dra. Julia Grunfeld de Viu*

Secretaria: *Dra. Claudia Limpas*

- Enfermedad por arañazo de gato  
*Dr. Alicia Aletti*
- Enfermedad de Kawasaki  
*Dr. Pablo Melonari*
- Infección por Mycoplasma  
*Dra. Miriam Calvari*

12:30

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**ACTO CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS**



## 1° Jornadas de Enfermería en Infectología Pediátrica

<b>VIERNES 4 DE ABRIL</b>	
<b>Las Sierras</b>	
<i>1° subsuelo</i>	
<b>08:30 a 8:45</b>	<b>ACTO DE APERTURA</b>
<b>08:45 a 09:15</b>	<b>CONFERENCIA</b> <b>Determinantes sociales de la salud: contribuciones y desafíos</b> <i>Dra. Silvina Malvarez</i> Presenta: <i>Lic. Edith Cavallo</i>
<b>09:15 a 10:00</b>	<b>CONFERENCIA</b> <b>Programas de control de infecciones en instituciones de salud pediátrica: auditoría constante</b> <i>Lic. ECI Elena Andión</i> Presenta: <i>Lic. Susana Ossman</i>
<b>10:00 a 10:45</b>	<b>CONFERENCIA</b> <b>Virus respiratorios en época invernal.</b> <b>Planes estratégicos para el abordaje en las instituciones de salud</b> <i>Lic. ECI Laura Furlán</i> Presenta: <i>Lic. Liliana Martínez</i>
<b>10:45 a 11:15</b>	<b>RECESO</b>
<b>11:15 a 12:00</b>	<b>CONFERENCIA</b> <b>Infecciones en pediatría: casos relevantes e intervenciones específicas</b> <i>Lic. ECI Nanci Miguez</i> Presenta: <i>Lic. ECI Flavia Loza</i>
<b>12:00 a 12:45</b>	<b>CONFERENCIA</b> <b>Empoderamiento del personal de enfermería: la clave del éxito</b> <i>Lic. ECI Elena Andión</i> Presenta: <i>Prof. Gloria Portillo</i>
<b>12:45 a 13:45</b>	<b>RECESO</b>

<b>Las Sierras</b>	
<i>1° subsuelo</i>	
<b>13:45 a 14:45</b>	<p align="center"><b>MESA REDONDA</b>  <b>Infecciones asociadas a procedimientos invasivos:            paquetes de medidas de prevención</b></p> <p>Coordinadora: <i>Lic. ECI Laura Furlán</i>            Secretaria: <i>Lic. Cristina Savoy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección primaria de la sangre asociada Catéter venoso central (IPS /CVC). <i>Lic Flavia Loza</i></li> <li>• Neumonía asociada a ventilación (NAV). <i>Enf. Stella Zenzano</i></li> <li>• Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario (ITU/CU). <i>Lic. Nanci Miguez</i></li> </ul>
<b>14:45 a 15:30</b>	<p align="center"><b>CONFERENCIA</b>  <b>TIC´s para el desarrollo de la información en el área infectológica</b>  <i>Mgter. María Cristina Cometto</i></p> <p>Presenta: <i>Lic. Genoveva Ávila</i></p>
<b>15:30 a 16:15</b>	<p align="center"><b>CONFERENCIA</b>  <b>Higiene de superficies del entorno del paciente:            un viaje microbiano estelar</b>  <i>Lic. ECI Elena Andión</i></p> <p>Presenta: <i>Lic. Mario Gómez</i></p>
<b>16:15 a 16:45</b>	<b>RECESO</b>
<b>16:45 a 17:30</b>	<p align="center"><b>MESA REDONDA</b>  <b>Vacunación segura</b></p> <p>Coordinadora: <i>Lic. ECI Cristina Savoy</i>            Secretaria: <i>Lic. Mariana Cummins</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas de calendario <i>Enf. Miriam Woffel</i></li> <li>• Vacunas en Huéspedes Especiales <i>Enf. Vanesa Alicia Argüello</i></li> </ul>
<b>17:30 a 18:30</b>	<p align="center"><b>MESA REDONDA</b>  <b>Administración de antibióticos: de la practica a la evidencia</b></p> <p>Coordinadora: <i>Lic. Ana C. Ulloa</i>            Secretaria: <i>Lic. Rosa Rodríguez</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia institucional en el análisis de reporte de errores <i>Lic. Nancy Chiappero</i></li> <li>• Novedades en Admistración de antibióticos <i>Enf. Daniela López Paglie</i></li> </ul>
<b>18:30</b>	<b>ACTO DE CLAUSURA</b>

# SESIONES DE TRABAJOS LIBRES









## TRABAJOS LIBRES

JUEVES 3 DE ABRIL

14:30 a 16:00

### PRESENTACIÓN ORAL

SALÓN LUGONES A	SALÓN LUGONES B	SALÓN CHAMPAQUÍ
30 – 39 – 77 – 112 – 130	58 – 62 – 63 – 159 – 166	35 – 52 – 150 – 198 – 200 – 207

### RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES SALÓN LA TERRAZA

MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
5 – 17 – 78 – 80 – 105 – 117 – 156 – 178	6 – 33 – 56 – 70 – 82 – 106 – 108 – 120 – 140	7 – 9 – 44 – 177 – 190 – 191 – 204 – 205
MONITOR 4	MONITOR 5	MONITOR 6
13 – 14 – 16 – 19 – 26 – 45 – 59 – 68 – 149	10 – 24 – 42 – 51 – 54 – 137 – 164 – 175	104 – 107 – 110 – 123 – 127 – 132 – 145 – 197
MONITOR 7	MONITOR 8	MONITOR 9
21 – 46 – 48 – 73 – 118 – 122 – 168 – 174	18 – 53 – 69 – 83 – 102 – 113 – 188 – 193	28 – 38 – 67 – 71 – 111 – 124 – 167 – 179

VIERNES 4 DE ABRIL

14:30 a 16:00

### PRESENTACIÓN ORAL

SALÓN LUGONES A	SALÓN LUGONES B	SALÓN CHAMPAQUÍ
34 – 134 – 158 – 172 – 202	49 – 86 – 87 – 103 – 121	55 – 76 – 85 – 157 – 171

### RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES SALÓN LA TERRAZA

MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
93 – 94 – 98 – 99 – 116 – 133 – 153 – 154	4 – 143 – 176 – 181 – 185 – 192	79 – 125 – 135 – 182 – 187 – 195 – 203
MONITOR 4	MONITOR 5	MONITOR 6
15 – 20 – 22 – 25 – 27 – 29 – 37 – 60 – 147	23 – 41 – 43 – 65 – 66 – 90 – 92	11 – 36 – 81 – 136 – 165 – 210 – 212
MONITOR 7	MONITOR 8	MONITOR 9
84 – 183 – 186 – 201 – 206 – 208 – 209	97 – 160 – 169 – 194 – 199 – 213	88 – 89 – 109 – 148 – 151 – 162 – 173 – 189 – 196

## TRABAJOS LIBRES

JUEVES 3 DE ABRIL

### PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

14:30 a 16:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiología**

Discutidores: *Dr. Raúl Ruvinsky*  
*Dr. Lía del Valle Ruiz*

- 30** PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.  
Lucion M.; Juárez M. ; Romanin V. ; Castellano V. ; Bakir J. ; Viegas M. ; Mistchenko A. ; Gentile A.
- 39** VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)  
Juarez M. ; Romanin V. ; Lucion M. ; Grobaporto M. ; Marques M. ; Mistchenko A. ; Gentile A.
- 77** ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?  
Ali N. ; Caride J. ; Gastal M. ; Fiorucci M. ; Moya E. ; Sanchez M. ; Parola J. ; Valente H. ; Vaquero L. ; Citate G. ; Ceccon A.
- 112** VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLOGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA  
Gomila A. ; Bertoni L. ; Garnero A. ; Vanzo C. ; Glatstein E.
- 130** ESTUDIO DE BROTE POR *BURKHOLDERIA CEPACIA* EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)  
Bessone C. ; Aguila D. ; Farabollini S. ; Goldberg S. ; Gorosito M. ; Martin M. ; Melvin M.

Jueves 3



14:30 a 16:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones bacterianas**

Discutidores: *Dra. Elizabeth Bogdanowickz*  
*Dr. José Marco del Pont*

- 58** DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POSTRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO  
*Vazquez M. ; Reyes P. ; Casanueva E. ; Torres S. ; Richard L. ; Kusminsky G. ; Rocca Rivarola M.*
- 62** ASOCIACIÓN ENTRE EL RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y SEVERIDAD DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL  
*Coria L. ; Murúa N. ; Hernández M.*
- 63** AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS  
*Vratnica C. ; Rojas F. ; Fernández M. ; Giusiano G.*
- 159** COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD  
*Melonari P. ; Olguín M. ; Abate H. ; Rosaenz L. ; Del Negro V. ; Comez P. ; Llano L. ; Salomón A.*
- 166** COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UNA HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA  
*Melonari P. ; Rodriguez Saá C. ; Olguín M. ; Abate H.*

14:30 a 16:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Vacunas - epidemiología**

Discutidoras: *Dra. Sandra Belfiore*  
*Dra. Alejandra Gaiano*

- 35** IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO  
*Ensinck G. ; Uboldi A. ; Perez Hernandez E. ; Lopez Papucci S. ; Aletti A. ; Chiossone A. ; Pigozzi F. ; Meroi N. ; Pinotti M.*
- 52** EFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013.  
*Juarez M. ; Lucion M. ; Bakir J. ; Romanin V. ; Grobaporto M. ; Giglio N. ; Gentile A.*
- 150** PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.  
*Gentile A. ; Bakir J. ; López Papucci S. ; Lución M. ; Molina F. ; Abate H. ; Gajo Gane A. ; Santillán Iturres A. ; Casanueva E. ; Firpo V. ; Alfredo Martín C. ; Cansellara A. ; Grupo De Trabajo Enfermedad Bacteriana Invasiva.*
- 198** ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.  
*Minguez Á. ; Spitale N. ; Visconti L. ; Huerta M. ; Voza L. ; Bernardi G. ; Brito R.*
- 200** ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
*Minguez Á. ; Bernardi G. ; Spitale N. ; Visconti L. ; Landa M. ; Brito R. ; Frola M. ; Arrúa S. ; Delisa I.*
- 207** EFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.  
*Gentile A. ; Bakir J. ; Bialorus L. ; Caruso L. ; Fernández M. ; Mirra D. ; Santander C. ; Terluk M. ; Zurdo P. ; Gentile F.*



## RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 1 (1° subsuelo)

### CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones en el huésped inmunocomprometido

Discutidores: *Dr. Alejandro Cané*

*Dr. Santiago Lopéz Papucci*

- 5 PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.  
Casanueva E. ; Malla L. ; Cané A. ; Ávila Diez M. ; Marcó Del Pont M. ; Cheang Y. ; Silva M.
- 17 ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN?.  
HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA  
HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 - SANTA FE- ARGENTINA  
Vassia M. ; Strina P. ; Sioli N. ; Ortellao L. ; Bietti J. ; Pierini J. ; Mayo R.
- 78 TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA  
Vanzo C. ; Bertoni L. ; Garnero A. ; Gomila A. ; Glatstein E.
- 80 INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR *ASPERGILLUS TERREUS*  
Mónaco M. ; Pereda R. ; Dondoglio P. ; Verdaguer V. ; Echave C. ; Camiansqui M. ; Sosa C. ; Cancellara A.
- 105 FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR *EXOPHIALA JEANSELMEI*  
Trejo C. ; Landa E. ; Squassi I. ; Bergese L. ; Rodriguez Rodrigues A. ; Gilligan T. ; Navone Lier M. ; Perez Marc G. ; Gaivironsky R.
- 117 “*TRICHOSPORUM SPP*” PRESENTACIÓN DE UN CASO  
Trejo C. ; Landa E. ; Squassi I. ; Mosteirio J. ; Bergese L. ; Rodriguez Rodrigues A. ; Gilligan T. ; Navone Lier M. ; Perez Marc G. ; Gaivironsky R.
- 156 EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER  
Del Negro V. ; Gomez P. ; Aguirre M. ; Abate H.
- 178 PRESENTACIÓN DE UN CASO: “BACTERIEMIA POR *MICROBACTERIUM MARITYPICUM* EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO”  
Orpianesi M. ; Padilla G. ; Gambaudo M. ; Calvari M.

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 2 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones virales**

Discutidoras: *Dra. Silvina Ruvinsky*  
*Dra. Ana María Chiossone*

- 6** HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA  
Peuchot A. ; Peuchot J. ; Corazza R. ; Franchi A.
- 33** DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA  
Ortellao L. ; Kuszniez G. ; Rudi J. ; Gomez A. ; Molina F. ; Cocigio R. ; Pierini J. ; Cantarutti D. ; Diaz R. ; Bonet V. ; Vidal G.
- 56** VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD  
Agosti M. ; De Barrio A. ; Batista G. ; Genchi A. ; Sosa F. ; D'Angelo G. ; Langard M. ; Garcia R.
- 70** PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA.  
Garnero A. ; Bertoni L. ; Gomila A. ; Vanzo C. ; Glatstein E.
- 82** INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS  
Sapia E. ; Sordelli N. ; Barciulli F. ; Manolelles G. ; De Mena A. ; Aurelia F. ; Dastugue M.
- 106** PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?  
Trejo C. ; Rodriguez Rodrigues A. ; Squassi I. ; Navone Lier M. ; Pálizas M. ; Perez Marc G. ; Gaivironsky R.
- 108** PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO  
Agosti M. ; García M. ; Morales J. ; Uriarte V. ; Gimenez V.
- 120** SÍNDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS:  
A PROPÓSITO DE UN CASO  
Trejo C. ; Rodriguez Rodrigues A. ; Masci G. ; Squassi I. ; Navone Lier M. ; Del Rincón J. ; Macchi V. ; Perez Marc G. ; Gaivironsky R
- 140** SCORE DE TAL Y MORBILIDAD ASOCIADA A BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL  
Di Vincenzo F. ; Falco M. ; Oller A.

Jueves 3



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 3 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: HIV / SIDA pediátrico**

Discutidoras: *Dra. Graciela Barboni*  
*Dra. Fabiana Sardi*

- 7 OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL  
Peuchot A. ; Peuchot J. ; Corazza R. ; Franchi A.
- 9 PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.  
Rojas Molina C. ; Gonzalez G. ; Nugnes C. ; Rodriguez A. ; Tajés R. ; Taiman J. ; Gonzalez R.
- 44 EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1  
Barbás M. ; Castro G. ; Gallego S. ; Sosa M. ; Sicilia P. ; Marín Á. ; Kademian S. ; Cudolá A.
- 177 TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH  
Palma M. ; Hernandez S. ; Giordano P. ; Tapponnier G. ; Gregorio G.
- 190 TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL - CORDOBA  
Asis E. ; Loyola S. ; Martinez Z. ; Higa V. ; Villa L.
- 191 HIV CONGÉNITO: ANÁLISIS DE UN CASO  
Calvari M. ; Agostini M. ; Arbones R.
- 204 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO EN LOS NIÑOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH  
Alvarez L. ; Bruno M. ; Cañizal A.
- 205 TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS  
Alvarez L. ; Bruno M. ; Martin M. ; Cañizal A.

Jueves 3



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 4 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones bacterianas**

Discutidoras: *Dr. Alejandro Ellis*  
*Dra. Ana Rosaenz*

- 13** NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEDADES REGIONALES  
*Dovis N.* ; Infante I. ; Ricart M. ; Ortellao L.
- 14** A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULLOSA  
*Dovis N.* ; Infante I. ; Ricart M. ; Ortellao L.
- 16** OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS  
*Bravo G.* ; Muñoz E. ; Hurtado C. ; Veron M. ; Negrussi V. ; Weissbrod P.
- 19** LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. CELULITIS ORBITARIA EN PACIENTE CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO.  
*Ricart M.* ; Fessia C. ; Saldaña L.
- 26** DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO  
*Lienau M.* ; Urquiza M. ; Casanueva E. ; Cane A. ; Rocca Rivarola M.
- 45** INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*. EVALUACIÓN DE SU INCIDENCIA EN NIÑOS EN NUESTRO HOSPITAL  
*Asurmendi M.* ; Fleitas H. ; Machain M.
- 59** BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011.  
*Marzetti S.* ; *Vega Cabezas E.* ; Moreno M. ; Rovira J. ; Senn N. ; Romero A.
- 68** ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN DOS HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA  
*Distefano N.* ; Tonetto I. ; Teplitz E. ; Garat C. ; Echegoyen M. ; Diaz Arguello C. ; Laspiur M. ; Panis K. ; Velez P.
- 149** ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.  
*Echave C.* ; Camiansqui M. ; Dondoglio P. ; Verdaguer V. ; Mónaco A. ; Pereda R. ; Cancellara A.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 5 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Casos clínicos**

Discutidoras: *Dra. Alicia Aletti*

*Dra. Paula Della Latta*

- 10 ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A *BARTONELLA HENSELAE*  
Villalba P. ; Rotolo M. ; Cuevas N. ; Caporaletti V. ; Andrada R. ; Ferrero J. ; Montiel C. ;  
García L. ; Corredera M. ; Donatelli S.
- 24 UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLICACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE  
ENFERMEDAD:TUMOR HINCHADO DE POTT  
Peñaranda Y. ; Muñoz M. ; Alba J. ; Bellone L. ; Boudot R. ; Godoy H.
- 42 BACTERIEMIA POR *STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE* SUBSP. EQUISIMILIS  
(*STREPTOCOCCUS*  $\beta$  HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS.  
PRESENTACIÓN DE UN CASO.  
Luciani M. ; Folgar M. ; Padilla D. ; Smayevsky J. ; Vidaurreta S. ; Ellis A.
- 51 ¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN  
CLÍNICO-IMAGENLÓGICA.  
Barragan V. ; Ferreira V. ; Ferrucci G. ; Mena G. ; Michalski J. ; Muzio M.
- 54 ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO  
Carciente J. ; Detke C. ; Paviolo M. ; Loto Y. ; Rodriguez G. ; Gonzalez M.
- 137 OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO  
Barboni F. ; Ferreyra M. ; Oller A. ; Paredes N. ; Roldán O. ; Ravera L. ; Hernanz P. ; Ferreyra M.
- 164 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE  
Colombara M. ; Karakachoff M. ; Gamba N. ; Navarro L. ; Ezcurra G. ; Servicio De Infectología ;  
Servicio De Anatomía Patológica ; Rossi N.
- 175 INFECCIÓN URINARIA POR *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORA DE  $\beta$ -LACTAMASA DE  
ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD  
Lavitola M. ; Porporato M. ; De Toro V. ; Kondratiuk Y. ; Gilardi M. ; Ballesta D. ; Polizzi J. ;  
Landa P. ; Alvarez L.

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 6 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Casos clínicos**

Discutidoras: *Dra. Miriam Calvari*  
*Dra. Cristina Euliarte*

- 104** MENINGITIS NEONATAL POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*, UN DESAFIO PARA LA SALUD PUBLICA  
Diaz B. ; Cannistraci Giolito R. ; Fuente M. ; Fernandez C. ; Sienko G.
- 107** EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN ASOCIADO A DISFUNCIÓN HEPÁTICA POR PARVOVIRUS B19  
Hernandez M. ; Peralta C.
- 110** PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO  
De Lorenzi M. ; Rodriguez Alassia P. ; Spedaletti S. ; Massone V. ; Butarelli L. ; Fernandez N. ; Spoleti M. ; Vidal M.
- 123** REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?  
Taffi C. ; Esposto S. ; Sabugal E. ; Shaieb A.
- 127** PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA  
PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.  
Ferreyra M. ; Lopez Papucci P. ; Spedaletti S. ; Vidal M. ; Spoleti M. ; Ferreyra M.
- 132** FASCIOSIS HUMANA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO  
Ruiz Blasco M. ; Ramior Damario M.
- 145** PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE  
Bardazzi N. ; Basqueseaux J. ; Fernandez R. ; Martin M. ; Melvin M. ; Gorosito M. ; Santoro M.
- 197** ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD  
Moya N. ; Leiva C. ; Broiero M. ; Fedullo A. ; Maurizio M. ; Mobellán W. ; Vozza L.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 7 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Vacunas**

Discutidoras: *Dra. Andrea Uboldi*  
*Dra. Andrea Falaschi*

- 21 TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
Muñoz E. ; Bravo G. ; Belloni B. ; Hurtado C. ; Negrussi V. ; Veron M.
- 46 CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)  
Nolte M. ; Giglio N. ; Castellano V. ; Lamy P. ; Mazzola A. ; Gentile A.
- 48 SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
Castellano V. ; Giglio N. ; Lamy P. ; Nolte M. ; Gentile A.
- 73 ESTRATEGIA SANITARIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR  
Vallejos S. ; Tirao E. ; Almada D.
- 118 ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA  
Encabo C. ; Cardetti M. ; Nolte N. ; Brezigar A. ; Segui V.
- 122 VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Ferrario C. ; Bokser V. ; Sevilla M. ; Cabello C. ; Miño L.
- 168 VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)  
Verdier M. ; De Cristofano A. ; Faragó M. ; Areso M. ; López Yunes M. ; Marco Del Pont J. ; Ferraris V.
- 174 CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO  
Ruvinsky R. ; Aranda O. ; Balanzat A. ; Falke G. ; Abudara G. ; Di Coste S. ; Cattaino A. ; Eymann A. ; Warren C. ; Ferraris J. ; Dalamon R.

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 8 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones congénitas y neonatales**

Discutidoras: *Dra. Cecilia Enfedaque*

*Dra. Liliana Venegas*

- 18** SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA  
Arce E. ; Barbosa N. ; Romano M. ; Benitez N. ; Gonzalez K.
- 53** CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO  
Keller R. ; Casanueva E. ; Zambruno A. ; Conzi M. ; Musante G.
- 69** SINDROME NEFROTICO SECUNDARIO A SIFILIS CONGENITA  
Etulain P. ; Santodomingo M. ; Marengo A.
- 83** SIFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON,  
MALVINAS ARGENTINAS  
Marzana M. ; Duro E. ; Propato E. ; Lopez L.
- 102** SIFILIS CONGENITA  
Ferrucci G.
- 113** SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS  
Bonardo M.; Fernie M. ; Papaleo N. ; Fernández P.
- 188** SINDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS  
Asis E. ; Martinez Z. ; Higa V. ; Fernandez P.
- 193** SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL  
Asis E. ; Loyola S. ; Villa L. ; Martinez Z. ; Higa V. ; Licha M. ; Fissore J.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 9 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiología**

Discutidoras: *Dra. María Gabriela Abalos*  
*Dra. Silvia Ferreyra*

- 28 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.  
*Folgar M.* ; *Smayevsky J.* ; *Vidaurreta S.* ; *Ellis A.*
- 38 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS  
*Castrucci A.* ; *Rubinstein E.* ; *Grecco N.* ; *Cohen L.* ; *Romanello N.* ; *Viberti M.*
- 67 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO  
*Vratnica C.* ; *Giusiano G.* ; *Valdovinos Zaputovich B.* ; *Scappini M.* ; *Pruyas C.*
- 71 ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR *STAFILOCOCCUS AUREUS* (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)  
*De Carli D.* ; *De Carli M.* ; *Mirra D.* ; *Galiñanes S.* ; *Rodriguez L.* ; *Castillo D.* ; *Aguirre A.*
- 111 DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCHE EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012  
*Sevilla M.* ; *Ferrario C.* ; *Bokser V.* ; *Miño L.* ; *Rial M.* ; *Svartz A.* ; *Montoto L.*
- 124 VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN  
*Ruvinsky S.* ; *Taicz M.* ; *Perez M.* ; *Mónaco A.* ; *García Escudé N.* ; *Inda L.* ; *Carbonaro M.* ; *Bologna R.*
- 167 BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL  
*De Cristofano A.* ; *Ilari S.* ; *Herrera S.* ; *Marco Del Pont J.* ; *Staneloni I.*
- 179 COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)  
*Cesolari J.* ; *Mercado M.* ; *Benegas L.* ; *Gallo J.*

## VIERNES 4 DE ABRIL

### PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

14:30 a 16:00

Salón Lugones A (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiología e infecciones intrahospitalarias**

Discutidoras: *Dra. Gabriela Gregorio*

*Dra. Miriam Bruno*

- 34** USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)  
*Quiros R. ; Fabbro L. ; Novau A. ; Balmaceda B. ; Iturria P. ; Iolster T. ; Siaba A. ; Musante G. ; Keller R.*
- 134** HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR  
*Lopez Papucci S. ; Badano A. ; Chiossone A. ; Ensinck G. ; Aletti A. ; Bonifachich E. ; Agazzini G. ; Ernst A. ; Larini S. ; Bonaudi C. ; Pigozzi F. ; Pinotti M. ; Uboldi A. ; Fossati S. ; Regueira M.*
- 158** ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA  
*Cortes P. ; Gonzalez P. ; Contreras Funes V. ; Barcudi D. ; Huerta V. ; Calvari M. ; Dinatale M. ; Ferreyra S.*
- 172** VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.  
*Marco Del Pont J. ; Farago C. ; Verdier L. ; López Yunes M. ; Areso S. ; De Cristofano A.*
- 202** DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.  
*Marco Del Pont J. ; Farago C. ; De Cristofano A. ; Verdier L. ; Lopez Yunes M. ; Areso S.*



14:30 a 16:00

Salón Lugones B (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones bacterianas**

Discutidores: *Dr. Enrique Casanueva*  
*Dr. Héctor Abate*

- 49** VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS.  
*Alejandro E. ; Fossati S. ; Estraviz M. ; Regueira M. ; Sciarrota J. ; Vay C.*
- 86** PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES INVASIVAS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*: DETECCIÓN DE CEPAS VACUNALES, ANTIBIOTIPOS Y SEROTIPOS.  
*Villagra De Trejo A. ; González M. ; Assa J.*
- 87** NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.  
*Ensinck G. ; Lazarte G. ; Alvarez M. ; Lopez Papucci S. ; Ernst A. ; Miguez N. ; Meroi N. ; Chiossone A. ; Aletti A. ; Segado A.*
- 103** DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE UNO A TRES MESES : EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS  
*Buendia J. ; Colantonio L. ; Urman G. ; Urman E. ; Grosman A.*
- 121** PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS.  
*Ruvinsky S. ; Buscio M. ; Gimenez S. ; Hernandez C. ; Litterio M. ; Pinheiro J. ; Isasmendi A. ; D'Amore V. ; Barrenechea M. ; Ruiz J. ; Aisenberg N. ; Barzotti D. ; Bologna R.*

Viernes 4



14:30 a 16:00

Salón Champaquí (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Enfermedades emergentes y reemergentes, infecciones congénitas, inmunocomprometidos**

Discutidores: *Dra. Liliana Asís*  
*Dr. Alberto Aird*

- 55** VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA  
Keller R. ; Zambruno A. ; Casanueva E. ; Conzi M. ; Musante G.
- 76** EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA  
Vanzo C. ; Bertoni L. ; Garneró A. ; Gomila A. ; Molina M. ; Sferco A. ; Glatstein E.
- 85** INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA”  
Ruvinsky S. ; Orduna T. ; Arce L. ; Mendez G. ; San Miguel S. ; Maliani M. ; Mudrik G. ; Alonso M. ; Salomon D.
- 157** ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO  
Melonari P. ; Olguín M. ; Llano L. ; Schroh A. ; Falaschi A. ; Abate H.
- 171** INFECCIÓN POR *PNEUMOCISTIS JIROVECI* (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS  
Marco Del Pont J. ; Farago C. ; Verdier L. ; Areso S. ; López Yunes M. ; De Cristofano A.



## RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 1 (1° subsuelo)

### CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones bacterianas

Discutidoras: *Dr. Ana Ceballos*

*Dra. Agustina Peuchot*

- 93** ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO  
*Palma M.* ; *Hernandez S.* ; *Salas Lopez E.* ; *Tapponnier G.* ; *Gregorio G.*
- 94** NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR  
*Chavez M.* ; *Fernandez G.* ; *López Garces J.* ; *Steinbach M.* ; *Scorzato L.* ; *Montoto M.*
- 98** CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013  
*Uranga M.* ; *Casanueva E.* ; *Aprile F.* ; *Bringas H.* ; *Loguzzo O.* ; *Nocera R.*
- 99** FIEBRE TIFOIDEA EN PEDIATRÍA  
*Biancolini J.* ; *Iglesias A.*
- 116** A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA  
*Volovik I.* ; *Zanutigh J.* ; *Carcuro S.* ; *Barboza L.* ; *Aguilar C.* ; *Bianco A.* ; *Molina V.* ; *Vallini L.* ; *Bruno E.* ; *Carrillo V.*
- 133** ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. SINDROME DE AUSTRIAN  
*Lacerna R.* ; *Arguelles M.* ; *Martinetto V.* ; *Gasque M.* ; *Lopez M.* ; *Camaño G.*
- 153** “DECLINACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN NIÑOS INTERNADOS, LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN CAPRINA-BOVINA EN MENDOZA”  
*Abate H.* ; *Rosaenz A.* ; *Falasci A.*
- 154** INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRÍA  
*Hernandez S.* ; *Palma M.* ; *Gregorio G.* ; *Fernandez Lausi A.* ; *Priore G.* ; *Tapponnier G.*

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 2 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Casos clínicos**

Discutidoras: *Dra. Rina Moreno*  
*Dra. Cecilia Magneres*

- 4 SEPTICEMIA POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. A PROPÓSITO DE UN CASO  
Corallo T. ; Morinigo S. ; Lamberti D. ; Aguirre C. ; Zapico L. ; Euliarte C.
- 143 ERITROPOYESIS DÉRMICA, SIGNO PRECOZ DE INFECCIÓN CONGÉNITA  
Di Vincenzo F. ; Falco M. ; Oller A.
- 176 NEUROCYSTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE  
Gaeto N. ; Zakic A. ; Perez E. ; Sosa S. ; Carlos D. ; Raggio S. ; Pereyra N. ; Bruno M. ;  
Reines V. ; Dalamon R.
- 181 HIV: PRESENTACION ATIPICA EN PACIENTE PEDIATRICO  
Padilla G.; Orpianesi M. ; Gambaudo M. ; Calvari M.
- 185 RAHNELLA AQUATILIS : BACTERIEMIA EN UN LACTANTE  
Moya N. ; Leiva C. ; Vozza L. ; Fadullo A. ; Ortega E. ; Nobile C. ; Maurizio M.
- 192 SÍFILIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO  
Asis E. ; Higa V. ; Martinez Z.

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 3 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones bacterianas / casos clínicos**

Discutidoras: *Dra. María Silvia Maurizio Dama*  
*Dra. Andrea Gajo Gané*

- 79 LACTANCIA MATERNA Y HIV: ¿POR QUE NOS OLVIDAMOS DESPUES DE NACER?  
Ortellao L. ; Cantarutti D. ; Forchino M.
- 125 ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS  
Zeballos V.; Librici E. ; Mansilla Guevara M. ; Santoro M. ; Melvin M. ; Gorosito M.
- 135 PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA.  
PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO  
López Papucci P. ; Ferreyra M. ; Melzi S. ; Spoletti M. ; Vidal M. ; Spedaletti S.
- 182 COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO:  
UNA FORMA DE PRESENTACIÓN?  
Coria L. ; Ciravegna S. ; Hidalgo N. ; Lastra L.
- 187 MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.  
REPORTE DE UN CASO  
Asis E. ; Higa V. ; Martinez Z. ; Fernandez P. ; Ferreyra M.
- 195 TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO  
Higa V. ; Asis E. ; Martinez Z. ; Morell D. ; Hiramatsu E. ; Garcia L. ; Popov O.
- 203 QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO. A PROPÓSITO DE UN CASO  
Ponessa A. ; Suarez C. ; Calvari M. ; Baez J. ; Ruiz I. ; Ciuffo S.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 4 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones por microbacterias / infecciones parasitarias**

Discutidores: *Dr. Guillermo Moscatelli*  
*Dra. Claudia Vratnica*

- 15 COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENT (SAMR)  
Teves Echazu A. ; Cap N. ; Diaz Oliva J. ; Soto M. ; Jaureguizar M. ; Pace A. ; Basserman J. ; Grichene J.
- 20 HIDATIDOSIS PULMONAR  
Sapia E. ; Fain L. ; Selinger C. ; Moscatelli G. ; Altchek J. ; Acastello E. ; Dastugue M.
- 22 DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR  
Saidman G. ; Oroz V. ; Santamaria P. ; Meier Bucci G. ; Hirsch R. ; Rubinstein E.
- 25 ABSCESOS MULTIPLES COMO FORMA DE PRESENTACION DE TUBERCULOSIS  
Cortez M.
- 27 SÍNDROME DRESS INDUCIDO POR FÁRMACOS ANTI-TUBERCULOSIS  
Saidman G. ; Oroz V. ; Meier Bucci G. ; Hirsch R. ; Santamaria P. ; Rubinstein E.
- 29 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.  
Moscatelli G. ; García Bournissen F. ; Moroni S. ; Altchek J.
- 37 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.  
Israilevich G. ; Ezcurra G. ; Oliva M. ; Druetta G. ; D'Jorge P. ; Lorenz R. ; Lopez M.
- 60 PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA  
Moscatelli G. ; Bisio M. ; Ballering G. ; Moroni S. ; González N. ; García Bournissen F. ; Altchek J.
- 147 HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS  
Aguirre M. ; Abate H. ; Falaschi A. ; Duci N.

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 5 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Varios**

Discutidoras: *Dra. Gabriela Tapponnier*  
*Dra. Gabriela Ensinck*

- 23 MENINGITIS BACTERIANA POR *STREPTOCOCCO PNEUMONIAE* CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO)  
Alconchel M. ; Buzin D. ; Cabrera Maldonado M. ; Fassa R. ; Gualini M. ; Zalazar A.
- 41 OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA - INFECCION CONNATAL  
Fernandez V. ; Somma S. ; Quirolo M.
- 43 MENINGITIS A *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*: PATOLOGIA PRESENTE EN LA COMUNIDAD  
Arroyo E. ; Caballero R.
- 65 SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO  
Distefano N. ; Tonetto I. ; Teplitz E. ; Garat C. ; Echegoyen M. ; Diaz Arguello C. ; Bonardo V. ; Laspiur M. ; Panis K. ; Velez P.
- 66 CARACTERISTICAS DE LAS INFECCIONES POR *STAPHILOCOCCUS AUREUS* EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013  
De Carli D. ; Galíñanes S. ; Mirra D. ; De Carli M. ; Pérez Vargas J. ; Muñoz P. ; Dolabjian M. ; Parenza P. ; Checcacci E.
- 90 INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)  
Bravo G. ; Scorzato L. ; Giurfo R. ; Montoto M. ; Buero Trebino A. ; Monzon N.
- 92 MENINGITIS POR *STAPHILOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)  
Galeano F. ; Bravo G. ; Szwarc J. ; Scorzato L.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 6 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Varios**

Discutidores: *Dr. Eduardo Cuestas*  
*Dra. Luciana Bellone*

- 11** AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA.  
*Villalba P. ; Rotolo M. ; Cuevas N. ; Caporaletti V. ; Andrada R. ; Ferrero J. ; Montiel C. ; Garcia L. ; Corredera M. ; Donatelli S.*
- 36** ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN NIÑOS DE ARGENTINA  
*Cancellara A. ; Melonari P. ; Firpo V. ; Mónaco A. ; Ezcurra G. ; Ruiz Del Valle L. ; Aletti A. ; Gregorio G. ; Gaiano A. ; Aird A. ; Bellone L. ; Calvari M. ; Torregrosa C. ; Morinigo S. ; Voza L. ; Tonetto I. ; Flynn L. ; Bidone N. ; Russ C. ; Ellis A.*
- 81** ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO “AVELINO CASTELÁN” RESISTENCIA-CHACO  
*Chiarelli G. ; Morinigo S. ; Aguirre C. ; Lamberti D. ; Corallo T. ; Euliarte C.*
- 136** EVALUACIÓN DE UN MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITIS BACTERIANA  
*Colombara M. ; Diez S. ; Karakachoff M.*
- 165** NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA  
*Colombara M. ; Diez S. ; Karakachoff M. ; Batagliotti M. ; Baroni M. ; Zalazar F. ; Giani R. ; Mayoral C.*
- 210** ROL DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN LAS NEUMONIAS  
*Gentile F. ; Spagnuolo F.*
- 212** NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO  
*Ponsiglione A. ; Laffont C. ; Barragan V. ; Muzio F. ; Blanco E. ; Ferrucci G. ; Ferreira V.*

14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 7 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Infecciones virales / epidemiología**

Discutidoras: *Dra. Gladys Ferruci*  
*Dra. Mariana Lanzotti*

- 84** HOSPITALIZACIONES POR VARICELA  
Morínigo S. ; Chiarelli G. ; Corallo T. ; Lamberti D. ; Aguirre C. ; Euliarte C.
- 183** CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA  
Vozza L. ; Spitale N. ; Visconti L. ; Moya N. ; Fedullo A. ; Maurizio M. ; Tapia M. ; Minguez Á.
- 186** SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA  
Vozza L. ; Spitale N. ; Visconti L. ; Moya N. ; Fedullo A. ; Maurizio M. ; Bernardi G. ; Ortega L. ; Minguez A.
- 201** SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?  
Vozza L. ; Fedullo A. ; Moya N. ; Maurizio M. ; Broiero M. ; Spitale N. ; Visconti L. ; Ahumada L. ; Ferreyra M. ; Minguez Á.
- 206** INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.  
Gentile A. ; Bakir J. ; Agosti M. ; Ensinnck G. ; Abate H. ; Gajo Gane A. ; Santillán Iturres A. ; Gaita L. ; Rüttimann R. ; Grupo De Trabajo Meningococo.
- 208** EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.  
Juarez M. ; Turco M. ; Romanin V. ; Lucion M. ; Grobaporto M. ; Bakir J. ; Vazquez M. ; Gentile A.
- 209** ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO  
Juarez M. ; Hernandez S. ; Moya A. ; Lucion M. ; Gentile A.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 8 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Varios**

Discutidores: *Dr. Alejandro Santillán*  
*Dr. Martín Caruso*

- 97** FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS  
Poet M. ; Pastaro D. ; López Papucci S. ; Ensinck G. ; Lejona S.
- 160** MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS  
Della Latta M. ; Paineira D. ; Hernandez G. ; Salvo G. ; Mendez J.
- 169** ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN  
PACIENTE ADOLESCENTE  
Nuñez Camelino M.; Gajo Gane A.; Medina Pintos S.; Scappini M., Sanz R.
- 194** LEISHMANIASIS: UNA ENFERMEDAD QUE SE EXTIENDE  
Calvari M. ; Agostini M. ; Arbones R.
- 199** CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC  
Calvari M. ; Gordo S. ; Teijeiro Á. ; Sanchez Bocco R. ; Sapene C.
- 213** IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA  
ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS  
Altcheh J. ; Moscateli G. ; Moroni S. ; García Bournissen F. ; Bisio M. ; Ballering G. ;  
Gonzalez N. ; Caruso M. ; Miranda M. ; Monla C. ; Vaina M. ; Valdez M. ; Moran L. ;  
Rodriguez T. ; Ledesma Patiño O. ; Ribeiro I.



14:30 a 16:00

Salón La Terraza – Monitor 9 (1° subsuelo)

**CATEGORÍA TEMÁTICA: Varios**

Discutidoras: *Dra. María Rosa Agosti*  
*Dra. Susana Devoto*

- 88** SEPSIS CON MENINGITIS A *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B. REPORTE DE UN CASO  
Marzetti S. ; Rovira J. ; Acevedo I. ; Marzetti F. ; Arispe M. ; Poggi A.
- 89** INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES  
Alvarez C. ; Ramos Mejia L. ; Highton E. ; Razzetti M. ; Del Campo L. ; Alabart N. ; Luedicke N.
- 109** COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS  
De Lorenzi M. ; Fernandez N. ; Gonzalez A. ; Spedaletti S. ; Roperto M. ; Butarelli L. ; Lieber G. ;  
Bonavía H ; Moleteni G.
- 148** EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS  
PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA - ARGENTINA  
Martinez L. ; Chirino P. ; Irusta I. ; Sciametta M.
- 151** PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA  
EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVO  
Falaschi A. ; Abate H. ; Acevedo C. ; Rosaenz L.
- 162** INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN  
Della Latta M. ; Juarez M. ; Enfedaque C. ; Gentile A.
- 173** TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA  
Areso M. ; López Yunes M. ; Faragó M. ; Verdier M. ; De Cristófano A. ; Marco Del Pont J.
- 189** PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR *SERRATIA*  
*MARSESCENS* EN UN NEONATO  
Fedullo A. ; Moreno G. ; Maurizio M. ; Moya N. ; Ahumada L. ; Ferreyra M. ; Vozza L.
- 196** ABSCESO DEL PSOAS  
Calvari M. ; Marchesi A. ; Arbones R.

Viernes 4

# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



Los resúmenes de los Trabajos son reproducción exacta  
de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene responsabilidad  
alguna sobre sus contenidos.

**PO:** Presentación oral de trabajo libre

**RPD:** Recorrida póster digital

## SEPTICEMIA POR *CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM*. A PROPÓSITO DE UN CASO

**RPD 4**

Corallo T.<sup>1</sup>; Morinigo S.<sup>2</sup>; Lamberti D.<sup>3</sup>; Aguirre C.<sup>4</sup>;  
Zapico L.<sup>5</sup>; Euliarte C.<sup>6</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO A. CASTELÁN RESISTENCIA - CHACO<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
<terecorrallo@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

*Chromobacterium violaceum* es un bacilo Gram negativo, anaerobio facultativo, habitante común del suelo y agua en regiones tropicales y subtropicales. Es oportunista y puede causar infección en individuos sanos e inmunocomprometidos, luego de la exposición de heridas al suelo o agua contaminados o por ingestión. Es resistente a muchos de los antimicrobianos de uso rutinario. Generalmente se presenta como una infección localizada en el sitio de inoculación, acompañada de fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, rápida progresión a la formación de múltiples abscesos en hígado, pulmones, riñones y evolución a sepsis fulminante.

### OBJETIVO

Presentación de un caso.

### CASO CLÍNICO

Niño de 8 años, proveniente de zona rural, con antecedentes previos de infecciones de piel a repetición y cuadros de adenitis abscedada. Comienza 5 días antes del ingreso con hipertermia, vómitos, dolor abdominal y aparición de tumoración dolorosa en región inguinal izquierda. Es derivado a este hospital por abdomen agudo. Ingres a pá-

lido, taquicárdico, taquipneico, hipoxémico, hipotenso, mal perfundido. Rales crepitantes pulmonares diseminados. Abdomen doloroso. Lesiones cicatrizales de piodermitis en la región inguinal con adenopatía de 3x2 cm dolorosa, adherida a planos profundos en región inguinal izquierda y de 1x1 cm en región inguinal derecha. Radiografía torácica con imágenes multifocales de exudados algodonosos. Laboratorio: acidosis metabólica severa e hipoglucemia. Se asume como Septicemia a focos dérmico y pulmonar, se toman cultivos de sangre y orina y se medica con Vancomicina - Gentamicina. Ingres a asistencia respiratoria mecánica. Evolucion a shock séptico refractario. Fallece 3 hs después.

De hemocultivos se aisló *Chromobacterium violaceum* resistente a cefalosporinas, sensible a aminoglucósidos, carbapenems, ciprofloxacina, piperacilina-tazobactam.

### CONCLUSIÓN

Las infecciones por *Chromobacterium violaceum* son infrecuentes y se debe sospechar si el paciente tuvo contacto por ingestión o traumatismo punzo-cortante con suelo, aguas estancadas, ríos o lagunas, ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y adecuado instaurado a la mayor brevedad posible son relevantes para garantizar la supervivencia, debido a la rápida progresión y su elevada letalidad.

## PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

**RPD 5**

Casanueva E.<sup>1</sup>; Malla I.<sup>2</sup>; Cané A.<sup>3</sup>; ávila Diez M.<sup>4</sup>;  
Marcó Del Pont M.<sup>5</sup>; Cheang Y.<sup>6</sup>; Silva M.<sup>7</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<qcasanueva@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Citomegalovirus (CMV) es la infección viral más frecuente en pacientes trasplantados pediátricos. La primoinfección o reactivación producen efectos directos afectando diversos órganos y muerte o indirectos como rechazo agudo o crónico y favoreciendo infecciones oportunistas. La prevención universal o la terapia preventiva solo cuando hay evidencia de replicación asintomática de CMV son las principales estrategias.

### OBJETIVO

Comparar evolución de pacientes pediátricos receptores de trasplante hepático CMV neg/donantes CMV pos (mismatch) vs receptores pre-trasplante CMV positivos, con terapia preventiva con ganciclovir.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes pediátricos con trasplante hepático en nuestro hospital entre Diciembre 2007 y 2012. En pacientes mismatch se realizó PCR-CMV en sangre semanal hasta los 4 meses postrasplan-

te y de ser positiva se administraba ganciclovir por 14 días en asintomáticos o 28 días en sintomáticos. En receptores CMV positivos se realizaron PCR-CMV o PP 65 mensuales.

### RESULTADOS

40 pacientes, 11 hombres (27.5%) y 29 mujeres (72.5%) fueron evaluados. La mediana de edad al momento del trasplante fue 24 meses (5 m - 15 años). La causa del trasplante fue: 40% atresia biliar, 27,5% cirrosis, 25% fallo hepático agudo y 7,5% otros. El 50% fueron trasplantes vivos relacionados y 7,5% (3) recibieron un segundo trasplante. 7 pacientes fueron mismatch (17,5%). Mortalidad global fue 12,5% y 1 paciente receptor murió por enfermedad CMV. 6 de 7 pacientes mismatch desarrollaron infección CMV (OR 43.7; RR 7.08), 5 durante el primer mes postrasplante y 2 desarrollaron enfermedad (OR 0.12; RR 0.083). Solo 4 de 29 receptores CMV positivos tuvieron enfermedad, en 3 casos 5 meses postrasplante.

### CONCLUSIÓN

Los pacientes CMV mismatch tuvieron el mayor riesgo de infección pero fueron detectados precozmente y tratados. La enfermedad sintomática se observó mayormente en receptores positivos. En nuestra serie la terapia preventiva fue una estrategia segura y eficaz para el manejo de los pacientes mismatch.



## HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA

**RPD 6**

**Peuchot A.<sup>1</sup>; Peuchot J.<sup>2</sup>; Corazza R.<sup>3</sup>; Franchi A.<sup>4</sup>**

HIGA EVA PERONI<sup>2,3,4</sup>

<agupeuchot@yahoo.com>

### INTRODUCCION

Varicela se caracteriza por presentar un espectro clínico amplio y variable condicionado por las características del huésped. Esta afección puede acontecer con leve afectación del estado general, hasta una enfermedad con severo compromiso clínico y complicaciones.

### OBJETIVO

Describir y analizar las internaciones por varicela desde 01/05/2010 a 30/06/2012 en pediatría.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes internados por varicela entre 01/05/2010 y 30/06/2012. Se analizaron: edad, diagnóstico, días y época de internación, evolución, cultivos. Se definió complicación de varicela al evento ocurrido dentro de los 14 días de comienzo del exantema y con el cual el virus pueda haber contribuido.

### RESULTADOS

Se internaron 3540 pacientes, 27 fueron varicela y complicaciones asociada. Principalmente en Primavera.

Infección piel y partes blandas: 74%(20/27) presentaron

esta complicación. Edad media 2.8 años. Solo 15% de hemocultivos positivos: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes. Intención promedio 7 días. Evolucionaron favorablemente.

Infecciones respiratorias: 18% (5/27) presento complicación respiratoria. Mortalidad del 20% por SDR. Sin aislamiento en hemocultivos. Promedio edad 18 meses, de internación 5 días.

Sistema nervioso: 3,7%, Síndrome Guillan Barre en niña de 4 años. Evoluciono favorablemente.

Sepsis: 3,7%, niña de 4 años. Fallecida. Hemocultivos Streptococcus pyogenes.

### CONCLUSIÓN

La varicela aun es causa de importante morbimortalidad. La infección de piel representó la complicación más frecuente, el 26% restante padeció complicaciones severas con una mortalidad del 7,4%.

Los países con vacunación contra varicela presentaron descenso significativo en consultas, internaciones y muertes. Menores de 1 año presentan beneficio secundario vinculado a menor circulación del virus.

## OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL

**RPD 7**

**Peuchot A.<sup>1</sup>; Peuchot J.<sup>2</sup>; Corazza R.<sup>3</sup>; Franchi A.<sup>4</sup>**

HIGA EVA PERONI<sup>2,3,4</sup>

<agupeuchot@yahoo.com>

### OBJETIVOS

Evaluar el momento del diagnóstico de infección HIV materno en el periodo comprendido UNO 1/1/2000 al 31/12/2005, periodo DOS 1/1/2006 al 1/12/2009 y periodo TRES del 1/1/2010 al 31/12/2012. 1. Determinar el cumplimiento de profilaxis antirretroviral durante la gesta 2. Determinar la tasa de transmisión vertical en la población en estudio 3. Identificar los principales factores de riesgo de transmisión presentes en los niños infectados.

### METODO

Estudio retrospectivo descriptivo observacional de 312 niños expuestos perinatales a fin de determinar cumplimiento de profilaxis antirretroviral en la gesta y tasa de transmisión. Para el diagnóstico se utilizo PCR HIV. Se dividieron en periodos UNO 1/1/2000 al 31/12/2005, DOS 1/1/2006 al 1/12/2009 y TRES 1/1/2010 al 31/12/2012.

### RESULTADOS

312 niños, 16 niños presentaron seguimiento incompleto, se excluyeron del estudio. Los 276 niños restantes realizaron al menos dos determinaciones PCR\_HIV luego del 4 mes

de vida. El 50,7% de las madres (140/276) se diagnosticó durante la gesta. De ellas en 40% presentaba diagnóstico al parto o puerperio (56/140).

UNO: 46% (68/145) diagnostico durante la gesta, de ellas el 36,7% (25/68) en periparto.

DOS: 55% diagnostico durante la gestación (40/72) de ellas 37,5% (15/40) en periparto.

TRES: 52% diagnostico durante la gesta(31/59), de ellas el 51,6% (16/31) en periparto.

Adherencia HAART: 218 madres con diagnóstico previo al parto 87,15% (190/218). 11 niños presentaron HIV (3,6%).

El 88,23% (15/17) de los infectados fueron producto de embarazos no controlados con diagnóstico en periparto. Todos recibieron profilaxis antirretroviral.

### CONCLUSIONES

A pesar de la mayor difusión y conocimiento de esta afección continúa siendo alarmante el diagnóstico durante la gestación dado el acceso tardío al sistema de salud lo cual impide efectivizar las medidas terapéuticas preventivas para disminuir la transmisión vertical. Se deben de fortalecer los programas de asistencia en los servicios de atención primaria a fin de favorecer el ingreso precoz y oportuno de esta población en el sistema de salud.

## PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV

**RPD 9**

Rojas Molina C.<sup>1</sup>; Gonzalez G.<sup>2</sup>; Nugnes C.<sup>3</sup>; Rodriguez A.<sup>4</sup>; Tajés R.<sup>5</sup>; Taiman J.<sup>6</sup>; Gonzalez R.<sup>7</sup>

HOSPITAL CHURRUCUA<sup>1234567</sup>  
<vmolina@intramed.net>

### INTRODUCCIÓN

Existen variaciones en la forma de presentación de la infección por el HIV. Los lactantes suelen ser asintomáticos en los primeros meses de vida aunque las primeras manifestaciones clínicas ocurren en promedio a los 4 meses cuando la infección es por vía vertical y 4,8 años en el resto. Los hallazgos clínicos comprenden desde infecciones oportunistas y recurrentes hasta retraso en el desarrollo neurológico y pondoestatural.

### OBJETIVOS

Ilustrar a través de un caso clínico un de las formas de presentación de la infección perinatal por HIV.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la historia clínica de un paciente sexo femenino de 1 mes de vida que se interna por sepsis, se realizan policultivos con resultados negativos se realizó punción lumbar sin obtención de LCR asumiéndose compromiso meníngeo. Evolucionó de manera tórpida con recaída del cuadro febril a pesar del tratamiento antibiótico (ATB). En el

laboratorio presenta plaquetopenia y anemia con leucocitos normales y transaminasas aumentadas 10 veces mayor del valor máximo.

Antecedentes perinatológicos: nacida de término con peso adecuado, parto vaginal, alimentada a pecho exclusivo, vacunación completa para la edad, serologías maternas de rutina del embarazo negativas, HIV y VDRL: no reactivas con fecha 15 días previos al nacimiento. Internada a los 11 días de vida por sepsis neonatal con meningitis a *Enterococcus faecalis*.

Se interconsulta con hematología quien sugiere realizar serologías virales para descartar causa infecciosa: PARVOVIRUS, EBV, CMV, Hepatitis virales: todos negativos y HIV por ELISA: reactivo, se solicita carga viral para HIV: 10.000.000 copias/ml, log: > 7; CD4 1307/mm<sup>3</sup> (22%); CD83029/mm<sup>3</sup> (52%). La paciente cumple el tratamiento ATB y se deriva a Hospital de mayor complejidad para seguimiento.

### CONCLUSIÓN

Destacar la importancia de la sospecha clínica de transmisión vertical del HIV en lactantes que presentan infecciones severas recurrentes a pesar que el screening de rutina de la embarazada arroje resultados negativos.

## ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE

**RPD 10**

Villalba P.<sup>1</sup>; Rotolo M.<sup>2</sup>; Cuevas N.<sup>3</sup>; Caporaletti V.<sup>4</sup>; Andrada R.<sup>5</sup>; Ferrero J.<sup>6</sup>; Montiel C.<sup>7</sup>; Garcia L.<sup>8</sup>; Corredera M.<sup>9</sup>; Donatelli S.<sup>10</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL DE MORÓN<sup>12345678910</sup>  
<pauvillalba@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

En el siguiente caso clínico expondremos junto con la presentación habitual, una presentación atípica de la infección causada por *Bartonella Henselae*. Dicho paciente concurrió a nuestro hospital en el mes de Septiembre del año 2013.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años de edad el cual se interna por adenopatía laterocervical izquierda de 14 días de evolución. Había recibido tratamiento antibiótico ambulatorio y por persistencia del cuadro se interna para estudio. Al ingreso paciente febril con tumoración laterocervical izquierda de 7 x 4 cm, con signos de flogosis, indurada y dolorosa. En su 9no día de internación presenta convulsión tónico-clónica generalizada afebril, de 10 minutos de duración aproximadamente, que cede con diazepam, quedando con hemiparesia de miembro superior e inferior izquierdo transitoria. Se medica con Aciclovir, previa realización de punción lumbar por clínica y

proteíorraquia elevada. EEG normal. Se comienza tratamiento con fenitoína. Recibió 7 días totales de ceftriaxona, 18 días de Clindamicina y tres días de Amoxicilina-clavulánico con buena evolución de la adenomegalia. Se realiza en internación TAC y RMN de cerebro donde se observa quiste aracnoideo occipital izquierdo.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Se solicitan los siguientes estudios: Viroológico y cultivo de LCR. Serologías para HIV, Hepatitis B y C, Toxoplasmosis, CMV, EBV y *Bartonella Henselae*. PPD. RX tórax. Ecografía de partes blandas. HMC X 2. Único resultado positivo: *Bartonella Henselae* Igm

### CONCLUSIÓN

A pesar de que la enfermedad por arañazo de gato es la forma de presentación clínica más frecuente de la infección por *Bartonella H.* No debemos olvidarnos las demás presentaciones clínicas, como lo son la afectación del SNC e infección diseminada con compromiso orgánico. Dentro de las manifestaciones del SNC se puede presentar como una encefalopatía aguda, hemiplejía, estado epiléptico, ataxia cerebelosa y polineuropatía desmielinizante.



## AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA

**RPD 11**

Villalba P.<sup>1</sup>; Rotolo M.<sup>2</sup>; Cuevas N.<sup>3</sup>; Caporaletti V.<sup>4</sup>;  
Andrada R.<sup>5</sup>; Ferrero J.<sup>6</sup>; Montiel C.<sup>7</sup>; Garcia L.<sup>8</sup>;  
Corredera M.<sup>9</sup>; Donatelli S.<sup>10</sup>  
HOSPITAL MUNICIPAL DE MORÓN<sup>2345678910</sup>  
<pauvillalba@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones de piel y partes blandas constituyen una consulta habitual en todas las edades, produciendo cuadros leves a severos. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus Aureus*. La variedad de entidades y los cambios en las etiologías y patrones de sensibilidad en la era de las infecciones por *Staphylococcus Aureus* meticilino resistentes de la comunidad (SAMRCo), convierten el manejo de estas patologías en un tema de interés, siendo conocida la tendencia de este germen a causar infecciones extrahospitalarias predominantemente cutáneas. Debido al aumento de los fracasos en los tratamientos empíricos iniciados para infecciones en piel y partes blandas y las actualizaciones con respecto a dicho tema, decidimos iniciar una estadística propia con respecto a la prevalencia de SAMR en nuestra comunidad.

### OBJETIVO

Realizar una estadística que refleje los gérmenes predominantes en las infecciones de piel y partes blandas de los chicos internados. Corroborar si en nuestro medio así como lo refleja la bibliografía, existe aumento del número de casos de infecciones de piel y partes blandas secundarios a SAMR.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomó como población de estudio, todos aquellos pacientes internados en el Servicio de pediatría (desde 1 mes a 14 años), por infecciones de piel y partes blandas. El estudio realizado es descriptivo y retrospectivo, tomando en cuenta las tomas de muestra de secreciones de dichas infecciones mandadas a cultivo.

### RESULTADOS

Se contabilizan 26 cultivos de secreciones, tomados de pacientes internados por infecciones de piel y partes blandas. De los cuales de informan los siguientes resultados: Todos resultaron positivos para la búsqueda de gérmenes. Siendo 24 positivos para SA y 1 positivo para E. Coli. De los positivos para SA, 1 fue SA meticilino sensible, 1 fue no tipificado y 22 positivos para SAMR. De estos últimos 20 fueron SAMRCo.

## NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEDADES REGIONALES

**RPD 13**

Dovis N.<sup>1</sup>; Infante I.<sup>2</sup>; Ricart M.<sup>3</sup>; Ortellao L.<sup>4</sup>  
SANATORIO SANTA FE<sup>234</sup>  
<natidovis@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica, febril producida por la *Leptospira interrogans*, se localiza en los túbulos contorneados del riñón del huésped eliminándose por la orina. Las infecciones humanas aparecen por contacto directo con orina o tejidos de animales infectados, o de forma indirecta, por contacto con agua o tierra contaminadas. Los síntomas son fiebre, cefalea, mialgias, inyección conjuntival y en casos graves ictericia, insuficiencia renal, hemorragias y meningitis aséptica. La aglutinación microscópica (MAT) representa la forma habitual de diagnóstico. El tratamiento es con penicilina o derivados.

### OBJETIVOS

Presentar dos casos clínicos que reflejen la influencia de las conductas adolescentes en su salud. Realizar una breve referencia de la epidemiología de la leptospirosis. 1-Caso Clínico: Niña de 13 años de edad sin antecedentes patológicos de jerarquía que ingresa por Síndrome Febril sin foco aparente acompañado de vómitos y dolor lumbar de 24 hs de evolución. Laboratorio: GB 9300, Fórmula 70/1/0/26/3, VSG: 40, y orina completa: abundantes leucocitos. Se sospecha de infección urinaria alta por lo que se realiza hemocultivos

y urocultivo, e inicia tratamiento con Ceftriaxona. A las 48 hs los cultivos son negativos. A las 72hs se decide el alta sanatorial por buena evolución clínica. 2-Caso Clínico: Niña de 14 años de edad sin antecedentes patológicos de jerarquía que ingresa por Síndrome febril de 8 días de evolución asociado a mialgia generalizada y cefalea. La madre refiere que en el pueblo había 15 chicos con los mismos síntomas y que días previos, participaron de una fiesta donde jugaron en un chiquero. Laboratorio: GB 6000, FI 52/1/0/30/2, VSG 18 .Orina completa: normal. Ecografía abdominal: normal. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Se solicitan serología para Brucelosis, Leptospirosis, Triquinosis y Paludismo. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona. Confirmando luego Leptospirosis positiva. A las 72 hs se otorga alta por buena evolución clínica con Amoxicilina. Posteriormente se confirma que la paciente del primer caso, había participado de la misma fiesta, y se lo había ocultado a sus padres. Certificándose el diagnóstico de Leptospirosis.

### CONCLUSIÓN

Los hábitos y costumbres de niños y adolescentes pueden influir en su salud, es nuestro deber como pediatras conocer estas prácticas y la epidemiología local como causa de síndrome febril prolongado sin foco, para arribar al correcto diagnóstico.

## A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULLOSA

**RPD 14**

Dovis N.<sup>1</sup>; Infante I.<sup>2</sup>; Ricart M.<sup>3</sup>; Ortellao L.<sup>4</sup>

SANATORIO SANTA FE<sup>1,2,3,4</sup>  
<nati@dovis@hotmail.com>

### OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un paciente con Neumonía de evolución tórpida.

### INTRODUCCIÓN

La neumonía es una de las infecciones más frecuentes de la infancia. El *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno bacteriano más común y el Virus Sincitial Respiratorio el agente vírico más importante. Se debe pensar en el *Staphylococcus aureus* ante una neumonía de rápida progresión, con derrame pleural o formación de neumatoceles. El diagnóstico etiológico es difícil.

### CASO CLÍNICO

Paciente de un año de edad que ingresa por cuadro de dolor abdominal, fiebre y vómitos de 48 hs de evolución. Laboratorio ingreso: GB 17100 (47/2/0/45/6); Eritrosedimentación: 43 y PCR ++. Radiografía tórax: neumonía de base derecha con derrame pleural bilateral. Se inicia tratamiento con oxígeno y ceftriaxona. A las 72 hs, se constata derrame pleural y se decide la punción evacuadora obteniéndose líquido sero-purulento, quedando con tubo de drenaje pleural. Hemocultivo y cultivo de líquido pleural negativo. A los 6 días de internación por desmejoría de la curva febril

y Radiografía de tórax con imágenes bullosas; se sospecha infección estafilocócica agregándose Vancomicina al esquema antibiótico. Luego de 7 días se retira tubo de drenaje. Al onceavo día de internación cede la fiebre y se rota a Trimetroprima/Rifampicina. Al 17 día de internación se indica Alta Sanatorial. A las 72 hs postalta se reingresa por dificultad respiratoria. Laboratorio: GB 14200 (70/1/0/26/3); Eritrosedimentación: 22. TAC de tórax: lóbulo inferior del pulmón derecho lesión quística de 89 mm que impresiona bulla. Comienza tratamiento con oxígeno, y Vancomicina/Ceftriaxona. Al 11 día de internación por buena evolución clínica/radiológica y de laboratorio se indica alta sanatorial con Trimetroprima/Rifampicina.

### CONCLUSIÓN

La infección estafilocócica es una causa poco frecuente de neumonía en niños inmunocompetentes. La neumonía por *Staphylococcus* tiende a presentarse como una enfermedad aguda y grave, en especial porque muchos antibióticos usados para tratar las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) no proporcionan una cobertura apropiada para este agente. La destrucción de las paredes bronquiales puede dar lugar a la formación de neumatoceles en más del 50% de los casos y a empiemas. A pesar de su baja frecuencia las neumonías estafilocócicas deben ser tratadas con antibióticos de amplio espectro cubriendo cepas multiresistentes.

## COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)

**RPD 15**

Teves Echazu A.<sup>1</sup>; Cap N.<sup>2</sup>; Diaz Oliva J.<sup>3</sup>; Soto M.<sup>4</sup>; Jaureguizar M.<sup>5</sup>; Pace A.<sup>6</sup>; Basserman J.<sup>7</sup>; Grichene J.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<Agustinate@hotmail.com>

### INTRODUCCION

El absceso hepático es una infección supurativa infrecuente en pediatría; por lo general es único, compromete al lóbulo derecho y se presenta con fiebre y dolor abdominal. La mayoría se producen por diseminación hematógena y el *Staphylococcus aureus* (SA) es el agente etiológico más frecuente. Suele asociarse a la inmunosupresión, la desnutrición y algunas enfermedades parasitarias, como la toxocariasis. Esta última, al favorecer la respuesta Th2, con inhibición de la Th1, produce inmunomodulación secundaria, disminuyendo así la resistencia frente a las infecciones bacterianas. A su vez, la reacción granulomatosa inducida por la migración larvaria puede favorecer la sobreinfección bacteriana. Esta parasitosis es habitualmente asintomática, aunque puede tener afectación sistémica, siendo el hígado el principal órgano blanco con la formación de granulomas eosinofílicos.

### OBJETIVO

Alertar sobre la posible asociación entre toxocariasis y absceso hepático.

### CASO CLINICO

Niño de 2 años y 10 meses, previamente sano que se interna por síndrome febril de 10 días de evolución, dolor abdominal y masa palpable en hipocondrio derecho de 3 x 3 cm, bordes definidos, dolorosa, adherida a planos profundos. Se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis, hipereosinofilia, anemia, trombocitosis, hipergammaglobulinemia y reactantes de fase aguda elevados; hepatograma normal y hemocultivos negativos (-). La ecografía y TC abdominal muestran una imagen redondeada heterogénea que involucra el tejido subcutáneo y el parénquima hepático por lo que se solicitan marcadores tumorales (-); PPD 0 mm; serologías virales, Toxoplasma y Bartonella negativos, Toxocara spp. positivo (+). Luego de la valoración interdisciplinaria del caso, se decide realizar abordaje quirúrgico para diagnóstico etiológico. Durante el mismo, se evidencia lesión nodular abscedada granulomatosa adherida a la pared abdominal con posterior desarrollo de SAMR en cultivo. La anatomía patológica informa absceso eosinofílico asociado a toxocariasis. Recibe clindamicina-rifampicina-albendazol con buena evolución.

### CONCLUSION

La toxocariasis genera granulomas eosinofílicos e inmunomodulación secundaria que predisponen a la formación de abscesos hepáticos por SA. Destacamos la importancia de considerar el diagnóstico de toxocariasis en pacientes con absceso hepático para el adecuado abordaje de ambas patologías.



## OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS

**RPD 16**

**Bravo G.<sup>1</sup>; Muñoz E.<sup>2</sup>; Hurtado C.<sup>3</sup>; Veron M.<sup>4</sup>; Negrussi V.<sup>5</sup>; Weissbrod P.<sup>6</sup>**  
HOSPITAL PENNA<sup>123456</sup>  
<myg20@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda (OMA) es un término general que expresa la inflamación del oído medio, de causa infecciosa o no infecciosa. Después del control de salud, es una de las consultas más frecuentes en pediatría, observándose en los últimos años un aumento exponencial en el número de consultas. A partir del año 2012, se introdujo en el Calendario Nacional, la vacuna de 13 serotipos antineumocócica (AN13 S), en menores de 2 años.

### OBJETIVO

Describir la incidencia de casos de OMA pre y post introducción de vacuna AN13 S, en menores de 2 años, en un CESAC de la CABA.

### POBLACION, MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, de 2 grupos de casos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de OMA, realizado por otoscopia, durante los períodos del 1/1/2010 al 31/12/2011, y 1/1/2012 al 1/9/2013 pre y post introducción de vacuna AN13 S. Las variables analizadas serán: edad, nro. de dosis de vacunas, tratamiento antibiótico (TTO), evolución.

### RESULTADOS

Los resultados fueron recolectados en una planilla de datos.

Período 1/1/2010 al 31/12/2011: Se recolectaron 54 casos de OMA, que corresponden al 2,67% (n=2016) de las consultas realizadas en menores de 2 años durante el período. La mediana de edad fue de 12 (meses), siendo la media de 12,8 meses (Rango: 2-23 m). Ninguno de los 54 pacientes presentaba vacunación con AN13 S. Inicialmente fueron tratados con amoxicilina 45 pacientes (83%); 4 (7%) con amoxicilina clavulánico; 2 con ceftriaxona (4%); 1 con claritromicina (2%); y en 2 no se obtuvieron datos (4%); 8 pacientes evolucionaron con OMA recidivante (RE); 2 con resistente (RS) y 2 con compromiso bilateral (B). Período 1/1/2012 al 1/9/2013: Se relevaron 48 casos de OMA resultando el 2,52% de las consultas (n=1902). Mediana de edad 13 (meses); media: 13,71 meses (R: 4-23 m). Se registro vacunación con AN13 S en 35 niños (73%); 3 con una dosis, 18 con dos, 14 con tres, 6 no vacunados (13%), 7 no presentaron carnet (14%). La 1er opción de TTO fue amoxicilina: 43 casos (90%), amoxicilina clavulánico 4 (8%); sin antibiótico 1 (2%). Se registraron 3 episodios de OMA RE, 3 RS, 3 B.

### CONCLUSIÓN

No se encontraron diferencias significativas en el número de casos de OMA en los 20 meses post introducción de vacuna AN13 S con respecto al período 2010-2011. La amoxicilina fue el antibiótico de primera línea más utilizado para el TTO de OMA. 2 vs 3 y 8 vs 3 en OMA RS y RE respectivamente comparando ambos períodos. Se necesita continuar la vigilancia para conocer el real impacto de la vacunación.

## ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR).

### ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN?

## SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA-SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE - SALA 5 - SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE - SALA 5 -

**RPD 17**

**Vassia M.<sup>1</sup>; Strina P.<sup>2</sup>; Sioli N.<sup>3</sup>; Ortellao L.<sup>4</sup>; Bietti J.<sup>5</sup>; Pierini J.<sup>6</sup>; Mayo R.<sup>7</sup>**  
HOSPITAL J.BITURRASPE<sup>1234567</sup>  
<valevassia@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los enterococos vancomicina (EVR) resistentes emergieron como importantes patógenos en todo el mundo. En la sala de pediatría, sector oncohematología, de un hospital general se detectó un aumento en el número de casos en los años 2008 y 2009 por lo que se tomaron medidas de uso prudente de la vancomicina, higiene, educación y aislamiento con control de la transmisión.

### OBJETIVO

Conocer la prevalencia en el sector de oncología, de la sala de pediatría y así evaluar las medidas de control para evitar su transmisión.

### POBLACIÓN

Se analizaron 52 pacientes periodo de 01/2008 a 11/2013, con diagnóstico de leucemia, se analizaron 197 muestras

de coprocultivos, de búsqueda específica de enterococo, tomados en materia fecal e hisopado rectal, utilizando como técnica bilis esculina con vancomicina. Se obtuvieron 40 muestras EVR (+) (32%), dos E. faecalis y el resto faecium las muestras se envían al I. Malbran, Van A. El primer paciente detectado, con EVR (+) fue en 01/2008. En dicho año se detectaron un 32,5% y 2009 52,5%. Los EVR (-) 12% y 22% respectivamente. Al detectar el problema se implementaron medidas de control y prevención, descendiendo a un 2,5 a 5% desde el 2010 al 2013 en los EVR (+). De los 18 pacientes con EVR (+) (34%) 2 son EVR (+), y 7 tienen 3 copro (-)

### CONCLUSIÓN

En esta descripción se ve que el uso racional de vancomicina en los protocolos de neutropenia febril, las medidas higiénicas, aislamiento del paciente, produjo una disminución notable en la aparición de casos nuevos, con vigilancia epidemiológica y el seguimiento de los pacientes, a través de la toma de tres coprocultivos (-), se seguirá intentando erradicar este problema, que siempre sigue latente.



## SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA

**RPD 18**

Arce E.<sup>1</sup>; Barbosa N.<sup>2</sup>; Romano M.<sup>3</sup>; Benitez N.<sup>4</sup>; Gonzalez K.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE LA MADRE Y NIÑO<sup>2,3,4,5</sup>  
<edgabriel\_82@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCION

La sífilis congénita es una infección que se adquiere de la madre infectada que no ha recibido tratamiento adecuado. A través del pasaje transplacentario del *treponema pallidum*, puede producirse en cualquier momento de la gestación o el parto. Es sífilis congénita todo neonato cuya madre tuvo sífilis no tratada o tratada inadecuadamente, independientemente de la presencia de signos o síntomas o resultados de laboratorio. Muchos recién nacidos de madres de sífilis que no presentan evidencia clínica de infección, meses o años después, pueden aparecer con anomalías clínicas y de laboratorio. Continua siendo una enfermedad grave para el recién nacido con complicaciones que lo pueden llevar a la muerte, y de alta prevalencia en nuestra región, producto de embarazos poco controlados o no controlados, en una enfermedad fácilmente detectable y tratable.

### OBJETIVOS

General determinar la prevalencia de sífilis congénita en el servicio de neonatología del hospital de la madre y el niño e Formosa, durante 18 meses. Particular demostrar la existencia de sífilis congénita grave en el servicio de neonatología.

### POBLACIÓN

Todos lo recién nacidos internados en el servicio de neonatología del hospital de la madre y e niño, en un período que abarca desde el 1 de abril del 2012 hasta el 30 noviembre del 2013, durante dicho periodo se internaron en el servicio 1732 pacientes. La información se obtuvo de la historia clínica de los internados en el servicio de neonatología del hospital de la madre y el niño Formosa-Argentina.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal observacional, realizado en un hospital público con 3900 nacimientos anuales y servicio de neonatología (categoría IIB) de derivación y referencia de la provincia.

### RESULTADOS

De un total de 1732 recién nacidos internados en el servicio de neonatología se encontraron 27 casos con diagnóstico de sífilis congénita que recibieron tratamiento completo, que representa 1,5% de la población en estudio, de los cuales 7%(2) presento complicaciones de la enfermedad (uno con sífilis congénita grave, y otro con neurolúes) y 55% (15) presentaron coinfecciones. Con una tasa anual de 1,5 por 1000 nacimientos.

### CONCLUSIONES

La prevalencia de sífilis congénita continúa siendo elevada, con la media nacional. A pesar de un diagnóstico sencillo, y un tratamiento no costoso, la mayor prevalencia de sífilis congénita se debe a falta de controles prenatales.

## LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. CELULITIS ORBITARIA EN PACIENTE CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**RPD 19**

Ricart M.<sup>1</sup>; Fessia C.<sup>2</sup>; Saldaña L.<sup>3</sup>

HOSPITAL J. B. ITURRASPE.<sup>1,2,3</sup>  
<poroar@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La aciduria glutárica Tipo 1 es un error congénito del metabolismo de los Aminoácidos esenciales lisina y triptófano determinado por el déficit de la enzima Glutaril-coenzima A deshidrogenasa, como consecuencia se produce un aumento de ácido glutárico, 3-hidroxi glutárico y glutacónico, produciendo como lesión orgánica la degeneración estriatal (núcleos caudado y putamen), y que se manifiesta como distonía, discinesia, macrocefalia. Se transmite de manera autosómica recesiva, con una incidencia mundial de 1:40000 RN. El tratamiento con L- Carnitina y una rápida intervención ante episodios hipercatabólicos (infecciones) con líquidos, electrolitos y glucosa retrasa la aparición de los síntomas neurológicos en los asintomáticos y la progresión en los sintomáticos.

### OBJETIVOS

- Presentar un caso clínico de celulitis orbitaria en un paciente con diagnóstico prenatal de aciduria glutárica tipo 1.

Descripción: Paciente de 10 meses de edad, RNT 38 semanas, RCIU, Gesta 6, 2 abortos, 2 hermanos fallecidos por aciduria glutárica tipo 1.

Se alimentó con pecho exclusivo hasta los 3 meses donde se incorpora la leche especial libre de lisina y pobre en triptófano, y a las semanas de vida L-carnitina y Riboflavina. Concurrió a controles neurológicos y a estimulación temprana por retraso en pautas madurativas. A los 9 meses se interna por Sme febril de 4 días de evolución con tumefacción en hemirostro derecho, se toman hemocultivos y comienza tratamiento con cefotaxima a 150mg/kg/día, debido a mala evolución, constatándose al examen físico celulitis orbitaria se realiza tomografía de órbita y senos paranasales, la cual informa compromiso orbitario con etmoiditis homolateral por lo que se agrega vancomicina a 40 mg/kg/d, se mantuvo una vcl con glucosado al 5%, con flujo de glu de 4,5 mg/kg/min, mantuvo la riboflavina y se aumentó al doble la dosis de L. Carnitina, con una evolución clínica y por imágenes ad íntegrum a los 26 días de tratamiento, sin complicaciones neurológicas.

### CONCLUSIONES

El conocimiento de este error congénito del metabolismo permitió en nuestro paciente realizar una intervención temprana y oportuna para evitar el daño neurológico severo e irreversible, que habitualmente son el debut en este tipo de patologías, desencadenadas por cuadros infecciosos.



## HIDATIDOSIS PULMONAR

**RPD 20**

Sapia E.<sup>1</sup>; Fain L.<sup>2</sup>; Selinger C.<sup>3</sup>; Moscatelli G.<sup>4</sup>; Altcheh J.<sup>5</sup>; Acastello E.<sup>6</sup>; Dastugue M.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>234567</sup>  
<yamiliasapia@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis, causada por el estado larvario del cestode *Echinococcus granulosus*, responsable de morbi-mortalidad mundial. Se manifiesta con la formación de quistes localizados más frecuentemente en hígado y pulmón.

### OBJETIVO

Describir la clínica, evolución y tratamiento de una paciente con hidatidosis pulmonar.

Caso: Paciente de 6 años, oriunda de Perú, consulta al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez por dolor torácico tipo puntada de costado y síndrome febril de 48hs de evolución. Al examen físico presenta fiebre, dificultad respiratoria, hipoventilación en hemitórax inferior derecho, abolición del murmullo vesicular y crepitantes en base pulmonar derecha. Se realiza hemograma: glóbulos blancos: 19.900 mm<sup>3</sup> y proteína C reactiva: 277 mg/L. Radiografía de tórax frente y perfil: imagen derecha redondeada con contenido aéreo, radiografía en decúbito lateral derecho: semiluna de aire que se moviliza. Tomografía tórax: en proyección del lóbulo inferior derecho una imagen bien circunscrita de paredes engrosadas, muestra contenido hipodenso, finamente

heterogéneo de 58 x 63 mm de diámetro. Por las manifestaciones clínicas, leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados y las imágenes: comienza tratamiento con cefotaxime 150 mg/kg y clindamicina 30 mg/kg. Presenta lectura de hemocultivos y reacción en cadena de la polimerasa para *Staphylococo aureus* y *Neumococo* negativas. Respuesta adecuada a los antibióticos, permaneciendo afebril a partir de las 48hs. Por sospecha de quiste hidatídico se solicita serología con método de hemaglutinación indirecta 1/16 positiva, ecografía abdominal y tomografía de cerebro normal. Inicia tratamiento con albendazol 10 mg/kg/día previo a la cirugía. Se realiza apertura del quiste observando contenido purulento, aspiración del mismo, extracción de la membrana y basteado de la cavidad. En la anatomía patológica se describen los ganchos de escólices.

Discusión: El diagnóstico de hidatidosis se basa en tres pilares: el examen físico con antecedentes epidemiológicos, las imágenes y las pruebas serológicas. El tratamiento es quirúrgico, realizando medicación previa con albendazol.

### CONCLUSIÓN

Considerar la hidatidosis en aquellos pacientes con una imagen quística pulmonar y epidemiología positiva; teniendo en cuenta la posibilidad de sobreinfección bacteriana. En el tiempo de espera para la cirugía el uso de albendazol evita la diseminación de protoescólices pre e intraoperatorio.

## TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

**RPD 21**

Muñoz E.<sup>1</sup>; Bravo G.<sup>2</sup>; Belloni B.<sup>3</sup>; Hurtado C.<sup>4</sup>;

Negrussi V.<sup>5</sup>; Veron M.<sup>6</sup>  
CESAC 8 - HOSPITAL PENNA<sup>123456</sup>  
<emilianomunoz80@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Inmunizaciones a través del Calendario Nacional de Vacunación (CNV) tiene como meta la vacunación universal, que requiere de elevadas Tasas de Cobertura.

### OBJETIVOS

Determinar la tasa de vacunación de niños que asisten al Cesac N° 8 y los factores asociados al incumplimiento del CNV.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, epidemiológico de corte transversal en niños de 0 a 12 años que concurren a consultorios externos del Cesac N° 8 del Área Programática del Htal Penna en el período comprendido entre el 1 al 30 de agosto de 2013. Se revisaron las libretas de vacunación, se elaboró un formulario con datos demográficos: sexo, edad; vacunas completas, incompletas y vacunación desconocida; y se indagó las causas de incumplimiento y la percepción de algún subsidio estatal por el niño. Se excluyeron niños con enfermedades crónicas. Análisis estadístico: frecuencias.

### RESULTADOS

Se relevaron los datos de 381 niños, el 52,8% fueron niñas, la edad media fue de 46,22 meses, el 79% de los niños presentó

vacunas completas (n:303), vacunas incompletas en un 10,76% (n:41) y estado de vacunación desconocido por falta de carnet en un 8,14% (n:31). Las causas más frecuentes de vacunación incompleta fueron enfermedad no grave (n:11), olvido (n:9), imposibilidad de concurrir (n:6), no e indicar-no sabía (n:4) faltante de dosis (n:3), sin carnet (n:1) y desconocen la causa (n:7), un 60,1 % de los adultos refirió la percepción de algún subsidio estatal (CP:111, AUH:81, OTROS: 37). Las dosis faltantes más frecuentes en los esquemas incompletos fueron: Antigripal 2013 (n:15), Sabin 4° (n:8), Prevenar 3° (n:7), Prevenar 2° (n:6) Hep A (n:6), Triple Viral1° (n:6), Sabin 2° (n:5), pentavalente 2° (n:5) y DPTH 4° (n:4) y DPTH 1° (n:3), siendo los 18 meses la edad de mayores incumplimientos.

### CONCLUSIÓN

La tasa de cobertura global es al menos del 79 %, con un 8,14 % de faltas de carnet a la consulta, si bien el incumplimiento del 10,76% fue asociado mayormente a enfermedad, serían Oportunidades Perdidas de Vacunación. La edad alrededor de los 18 m, las dosis faltantes observadas y una alta vulnerabilidad social denotan el riesgo en una población susceptible de Enfermedades Inmunoprevenibles. Se requiere de mayores esfuerzos enfocados en disminuir las O.P.V, mejorar la accesibilidad y fomentar una mayor educación en Vacunas para optimizar las tasas de cobertura y la salud de nuestros pacientes.

## DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR

**RPD 22**

Saidman G.<sup>1</sup>; Oroz V.<sup>2</sup>; Santamaria P.<sup>3</sup>; Meier Bucci G.<sup>4</sup>; Hirsch R.<sup>5</sup>; Rubinstein E.<sup>6</sup>

HOSPITAL MUÑIZ<sup>234567</sup>  
<gcsaidman@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis es una zoonosis endémica en Latinoamérica. La sospecha clínica se basa en presentaciones clínicas e imagenológicas, confirmándose por demostración de elementos parasitarios. Se describe un caso insospechado de Hidatidosis con diagnóstico de ingreso de Tuberculosis Pulmonar.

### OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una paciente pediátrica que presenta una radiopacidad en hemitórax derecho secundaria a hidatidosis pulmonar con diagnóstico presuntivo de ingreso de TBC pulmonar.

### POBLACIÓN

Paciente de 16 años de sexo femenino internada en la Sala 32 de Pediatría del Hospital F. J. Muñiz, presentando una clínica con Síndrome de Impregnación asociado con una imagen radiopaca localizada en base de hemitórax derecho secundaria a hidatidosis pulmonar.

### MATERIALES Y MÉTODO

Reporte de un caso.

### RESULTADOS

Paciente de 16 años llegada hace un mes de Bolivia (área rural) que presenta hace varios meses tos, decaimiento y episodio de hemoptisis reciente. Consulta por guardia presentando clínica compatible con Síndrome de Impregnación Bacilar, hemoptisis y radiografía de tórax con opacidad en base pulmonar derecha. Teniendo en cuenta el estado clínico de la paciente, compatible con TBC pulmonar y la radiografía de tórax se instaura tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. Se solicita estudio de esputo para BAAR, resultando el mismo negativo, pero informando diagnóstico de *Equinococcus granulosus*. Se le realiza TAC de tórax que informa imagen quística en base de hemitórax derecho. Se solicita serología para hidatidosis resultando el Arco 5 positivo. Comienza medicamentoso tratamiento con albendazol acompañado de tratamiento quirúrgico consistente en quistectomía por toracotomía. La paciente presentó evolución clínica favorable.

### CONCLUSIÓN

Al momento de realizar diagnóstico de tuberculosis en pacientes con radiopacidades pulmonares y Síndrome de Impregnación, es importante en nuestro medio, hacerlo también teniendo en cuenta los datos epidemiológicos y recalcar la importancia del Esputo como examen complementario.

## MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO

**RPD 23**

Alconchel M.<sup>1</sup>; Buzin D.<sup>2</sup>; Cabrera Maldonado M.<sup>3</sup>; Fassa R.<sup>4</sup>; Gualini M.<sup>5</sup>; Zalazar A.<sup>6</sup>

HOSPITAL SAMIC OBERA<sup>123456</sup>  
<eugge\_29@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La meningitis bacteriana es la inflamación de las meninges, resultante de la infección con compromiso de la leptomeninges.

Actualmente el *S. Pneumoniae* es la causa más frecuente, seguido por *N. Meningitidis* presentando evolución tórpida y mayor letalidad, y los sobrevivientes el 19% retraso mental, 18% sordera, 15% convulsiones recurrentes y parálisis motora 1%.

### OBJETIVOS

Describir la forma de presentación clínica y la respuesta al tratamiento instaurado.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 7 años, sexo masculino, que consulta en lugar de origen por presentar cefalea, vómitos e hipertermia e hiporreactivo de 48 Hs de evolución, con traumatismo punzo cortante en parpado sup der. 24 Hs previas a los síntomas. Al ingreso se constata FC:130x' FR:28x' TA:90/60 mmHg T° 36,7. Examen físico: SNC Glasgow 10/15, pupilas isocóricas normoreflexivas, hiporreactivo alternado con irritabili-

dad, Kerning+, Bruzinski+, rigidez de nuca, fotofobia, en opistótonos; Urinario: globo vesical; Región ocular: en párpado sup der. Herida punzo cortante con importante edema y hematoma perilesionar. Laboratorio: GR 4620000, GB 17600, 2/82/0/0/12/4, PCR++++, Glucemia 107, Na:129; K4,9; CL:93; PL: turbio, blanquecino, Pandy++++,glucorraquia 5 mg/dl; proteínas 150 mg/dl; Cél:16350 mm<sup>3</sup>; 90% PMN; 10% MMN. Cultivo: *S. Pneumoniae* (cefotaxima sensible). Hemocultivo: *S. pneumoniae*. Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Vancomicina.

El paciente continuo con mayor compromiso del SNC, presentando anisocoria y mayor irritabilidad por lo que es derivado a centro de mayor complejidad, ingresa a UTI donde presento episodio convulsivo. Se repunza el paciente donde presenta cultivo con resistencia a la Penicilina por lo que continua tratamiento con Vancomicina con buena evolución sin evidencia de secuelas en estudios complementarios.

### DISCUSIÓN

Si bien dentro de los gérmenes habituales por puerta de entrada descriptos en la bibliografía no es el hallado en el cultivo, dada la rápida evolución del cuadro y la falta de antecedentes patológicos anteriores al traumatismo corto punzante se toma como posible causa del inicio de la infección.



## UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLICACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT

**RPD 24**

Peñaranda Y.<sup>1</sup>; Muñoz M.<sup>2</sup>; Alba J.<sup>3</sup>; Bellone L.<sup>4</sup>;  
Boudot R.<sup>5</sup>; Godoy H.<sup>6</sup>

SANATORIO SAN JORGE<sup>1,2,3,5</sup>; HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA<sup>4</sup>;  
CONSULTORIO PARTICULAR<sup>6</sup>  
<yovana\_carballo.p@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Es una rara entidad caracterizada por una hinchazón del cuero cabelludo por un absceso subperióstico, asociado a osteomielitis en el hueso frontal. Es común asociarla a sinusitis o trauma frontal. Requiere tratamiento médico quirúrgico para evitar complicaciones.

### OBJETIVOS

Describir un caso de una infrecuente enfermedad. Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz y oportuno tratamiento con un manejo multidisciplinario.

### MATERIAL Y METODOS

Se analiza historia clínica de un caso asistido en un nosocomio privado de la Ciudad.

### RESULTADOS

Paciente varón de 11 años, admitido por tumefacción frontal y edema palpebral posterior a traumatismo de cráneo, de 20 días de evolución, afebril, que realiza tratamiento antibiótico con cefalosporinas de 1° generación y corticoides con sos-

pecha de celulitis periorbitaria. Ecografía informa imagen anecoica de 4 cm de diámetro y TAC con velamiento pansinusal, sin compromiso preseptal. En un control posterior por persistencia de tumoración, se obtiene material purulento por punción. Se interna nuevamente para manejo médico quirúrgico multidisciplinario. Cultivo positivo para *Haemophilus influenzae* sensible. Leucocitosis con neutrofilia leve, reactivantes de fase aguda ligeramente aumentadas. Se instauro tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam endovenosa. No se evidencio mejoría. Se repite TAC helicoidal de macizo facial donde se observa fractura de lámina anterior de seno frontal, persistencia de absceso y ocupación pansinusal. Se realiza drenaje del absceso, corrección quirúrgica de la fractura frontal. Completa 10 días de antibiótico EV y 4 semanas totales con muy buena evolución.

### CONCLUSIONES

El Tumor Hinchado de Pott debe sospecharse en pacientes con antecedentes de sinusitis y traumatismo de cráneo. Debe iniciarse tratamiento agresivo médico quirúrgico precoz con drenaje y antibiótico endovenoso, y en contraposición con la bibliografía que sugiere un mínimo de 6 semanas, nuestra experiencia con drenaje completo y antibióticos 4 semanas fue exitoso.

## ABSCEOS MULTIPLES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS

**RPD 25**

Cortez M.<sup>1</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNOINFANTIL, SALTA.<sup>1</sup>  
<majucortez611@gmail.com>

### INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad de alta incidencia en niños en el norte argentino, con distintas expresiones clínicas, y puede afectar severamente a quienes la padecen. Por lo que al presentarse en forma atípica, es importante poder reconocerla para realizar tratamiento oportuno. Una de ellas es la tuberculosis cutánea, que es mayor en los trópicos y en los climas húmedos con pocas horas de luz.

### DESCRIPCION

Paciente masculino, 14 años, de comunidades originarias de ciudad de Salta, sin antecedentes patológicos personales conocidos. Ingresó por dolor lumbar asociado a fiebre y debilidad de miembros inferiores; se confirman abscesos múltiples en tórax, glúteos y piernas, lo que evoluciona a shock séptico. Permanece en U.T.I. 14 días, sin ARM, con apoyo de inotrópicos; de los cultivos de abscesos se rescató SAMR-CO y *Pseudomonas aeruginosa*, siendo esta última causante de neumonía. Se descartó endocarditis.

Se trató empíricamente para micosis sistémicas, sin respuesta clínica. Su evolución fue lenta y tórpida, incluyendo desnutrición aguda grave, persistiendo febril a pesar de la terapia antibiótica de amplio espectro y soporte nutricional, y presentando después nuevos abscesos en piernas, sin rescate de germen. Luego, ante la fuerte sospecha de tuberculosis, previa toma de muestras, se inicia tratamiento antituberculoso. Mejoró notablemente, fue superando la desnutrición, cesaron los registros febriles y la aparición de nuevos abscesos subcutáneos. Se obtuvo examen directo (+) de lavado gástrico para BAAR. Se descartó afectación ósea secundaria, Enfermedad granulomatosa, HIV, Chagas, y Toxoplasmosis.

### COMENTARIOS

Ante patologías habituales de presentación atípica, con mala respuesta a la terapéutica, de evolución tórpida, en un medio con un fuerte componente epidemiológico, se debe sospechar Tuberculosis como etiología predisponente y condicionante de morbilidad.

## DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

**RPD 26**

Lienau M.<sup>1</sup>; Urquiza M.<sup>2</sup>; Casanueva E.<sup>3</sup>; Cane A.<sup>4</sup>; Rocca Rivarola M.<sup>5</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<matiaslienau@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es causada por Bartonella Henselae. La forma linfoganglionar es la presentación más frecuente de esta enfermedad y es a su vez la causa más frecuente de linfadenitis regional subaguda de más de 3 semanas de duración.

### OBJETIVOS

Analizar las distintas formas de presentación, sospecha diagnóstica inicial, prevalencia por grupo etario, sexo, y evolución de la enfermedad.

### POBLACIÓN

Se estudiaron 61 Pacientes pediátricos (0 a 16 años) con diagnóstico clínico y/o serológico y/o epidemiológico confirmado de Enfermedad por arañazo de gato entre octubre 2003 y noviembre de 2013 en el Hospital Universitario Austral.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo no comparativo de historias clínicas computarizadas de paciente con diagnóstico clínico y/o serológico y/o epidemiológico confirmado de enfermedad por arañazo de gato.

### RESULTADOS

La forma de presentación más frecuente que motivó la consulta fue la tumoración aislada (73.8%) y de localización cervical (32.8%). Presentaron fiebre constatada en HC el 49.2% y la sospecha diagnóstica inicial más frecuente fue la adenopatía bacteriana (62.2%) medicada inicialmente con Cefalexina (41.0%). Solamente el 32.8% recibió inicialmente un tratamiento adecuado con Azitromicina 16.4%. El tratamiento definitivo más indicado fue la Azitromicina (54.1%). Otros diagnósticos diferenciales iniciales fueron Parotiditis, BCGitis, Quiste Branquial, Quiste Tirogloso, Hematoma sobreinfectado, Hemangioma, Pediculosis. Se realizaron serologías en el 91.8% obteniendo IgM+ en el 60.7% e IgG+ (como única serología positiva ó en conjunto con IgM+) 80.4%. Solamente requirieron internación el 21.3%. Se constató por HC drenaje espontaneo de material purulento de la lesión en el 29.5%. En el 90.2% de los pacientes pudo analizarse el tiempo desde la consulta hasta el diagnóstico con un promedio de 15.3 días (0-120 días). Solo en el 14.5% se diagnóstico Enfermedad por arañazo de gato durante la consulta inicial y en el 44.3% antes de los 7 días de iniciado el cuadro clínico.

### CONCLUSIONES

La enfermedad por arañazo de gato sigue siendo una enfermedad frecuente de curso benigno pero eventualmente de larga evolución hasta su resolución. Su diagnóstico desde el inicio de síntomas en algunos casos es tardío. Si bien la evolución es autolimitada, menos de 1/3 de los pacientes que recibieron el tratamiento antibiótico inicial este fue adecuado.

## SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS

**RPD 27**

Saidman G.<sup>1</sup>; Oroz V.<sup>2</sup>; Meier Buccì G.<sup>3</sup>; Hirsch R.<sup>4</sup>;

Santamaria P.<sup>5</sup>; Rubinstein E.<sup>6</sup>  
HOSPITAL MUÑIZ<sup>1</sup>; HOSPITAL F.J.MUÑIZ<sup>3,4,5,6</sup>  
<gcsaidman@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCION

El síndrome DRESS (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una farmacodermia grave potencialmente fatal de etiología desconocida caracterizada por fiebre exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación visceral.

### MATERIAL Y METODOS

Presentamos dos pacientes con síndrome de DRESS inducido por fármacos anti-tuberculosis.

**Caso 1:** Paciente 17 años, sexo femenino, argentina, que presenta luego de tres semanas de tratamiento con HRZE exantemamaculopapular generalizado pruriginoso, síndrome febril, hepatitis toxica y eosinofilia.

**Caso 2:** Paciente 17 años, sexo masculino, argentino, que luego de 16 días de tratamiento presenta enantema, exantema celafalocaudal escarlatiniforme, síndrome febril, inyección conjuntival, hepatitis toxica y eosinofilia.

Los criterios clínicos de inclusión diagnóstica fueron:

1. Erupción cutánea.
2. Alteraciones hematológicas: eosinofilia > 1500 mm<sup>3</sup> y/o presencia de linfocitos atípicos.
3. Compromiso sistémico, adenopatías y/o hepatitis u otro compromiso visceral.
4. Fiebre.

### CONCLUSIONES

El síndrome DRESS es una reacción adversa grave a fármacos y potencialmente fatal. Los fármacos anti-tbc pueden producir en síndrome DRESS. Hay que sospecharlo cuando después de 2 a 3 semanas de iniciado el tratamiento el paciente presenta rash, fiebre, eosinofilia, hepatitis o afectación de otros órganos. Es importante suspender precozmente el tratamiento. Si bien es poco frecuente, su aparición implica internaciones prolongadas, riesgo de resistencia bacteriana, necesidad de uso de fármacos de segunda línea, mayor riesgo epidemiológico y costo sanitario.



## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES

**RPD 28**

Folgar M.<sup>1</sup>; Smayevsky J.<sup>2</sup>; Vidaurreta S.<sup>3</sup>; Ellis A.<sup>4</sup>  
CEMIC<sup>1,2,3,4</sup>  
<belefolgar@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* es la causa de mortalidad por agente específico más frecuente en menores de 5 años. Si bien presenta distribución universal, con la incorporación de nuevas vacunas en los últimos años se ha modificado la epidemiología.

### OBJETIVO

Describir la tasa de internación de pacientes con enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* y las formas clínicas de presentación entre los años 2006 y 2013. Como objetivo secundario observar el antecedente de vacunación contra *S. pneumoniae*.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes internados en el Hospital Universitario CEMIC en el período 01-01-2006 y 01-07-2013 que hayan presentado enfermedad invasiva microbiológicamente documentada por *S. pneumoniae* en líquidos normalmente estériles. Se tomaron en cuenta el número total anual de pacientes internados en pediatría y el antecedente de vacunación, estratificándolos en 2006-2009 y 2010-2013 para evaluar el estado vaccinal de los pacientes.

### RESULTADOS

Se hallaron 13 pacientes, con una mediana de edad de 38 meses (1-107 meses). Las tasas de internación para cada año por enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* fueron de 29,1‰, 26,3‰, 31,1‰, 9,82‰, 18,6‰, 0‰, 17,4‰ y 0‰ respectivamente.

Los diagnósticos de enfermedad invasiva fueron: infección pulmonar 6, bacteriemia 2, meningitis 2, artritis 2, peritonitis primaria 1.

A fin de detectar diferencias que pudieran corresponder a la incorporación de nuevas vacunas conjugadas, se obtuvieron como resultados 4 niños vacunados (31%) en el período de 2006 – 2009 y 4 (31%) entre 2010 – 2013. La proporción de niños vacunados en 2010 – 2013 fue de 4/4 mientras que en 2006 – 2009 de 4/9. De los 8 niños vacunados, 6 presentaban esquema completo.

### CONCLUSIONES

La proporción de enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* se redujo a partir del 2010, coincidente con la posibilidad de vacunar con vacuna de 13 serotipos. Durante los períodos de mayor rescate de *S. pneumoniae* en enfermedad invasiva, se observa menor proporción de niños vacunados, entendiéndose a la vacuna como medida protectora.

## PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

**RPD 29**

Moscattelli G.<sup>1</sup>; García Bournissen F.<sup>2</sup>; Moroni S.<sup>3</sup>; Altcheh J.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>2,3,4</sup>  
<gfmoscattelli@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Considerando que una madre con enfermedad de Chagas puede tener varios hijos infectados, y que existe evidencia de la utilidad del tratamiento en adultos, tratar a las mujeres infectadas en edad reproductiva puede prevenir la transmisión congénita, interrumpiendo la cadena de transmisión. Sin embargo, no se recomienda el tratamiento específico durante el embarazo.

### OBJETIVO

Evaluar la infección por *Trypanosoma cruzi* en niños nacidos de mujeres con enfermedad de Chagas que recibieron tratamiento específico previo al embarazo.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de madres asistidas en el Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires entre 2003-2013, que habían recibido tratamiento previo al embarazo, y que concurrían con sus hijos para descartar transmisión transplacentaria. Se recabaron los siguientes datos: antecedentes demográficos, serología específica para *Trypanosoma cruzi* pre y posttratamiento hasta 3 años, PCR pre y posttratamiento,

evolución clínica y de laboratorio. A todos los hijos se les realizaron estudios para descartar infección congénita: micro hematocrito en < 8 meses y serología específica en ≥ 8 meses.

### RESULTADOS

Once mujeres tratadas tuvieron 12 hijos. La edad media de las mujeres fue de 20 años. Procedencia: 9 argentina, 2 bolivia. Vía de infección: 5 congénita, 5 indeterminada y 1 vectorial. Tratamiento: benznidazol (dosis media 6.2 mg/kg/día, días de tratamiento media 47. Una mujer recibió nifurtimox. En 2 casos se observaron eventos adversos moderados. PCR: 9/11 (82%) fueron positivas al diagnóstico, negativizando el 100% al final del tratamiento. Durante el seguimiento se observó el descenso de los títulos de anticuerpos con negativización en 1 caso. Luego del tratamiento ninguna madre permaneció en zona endémica junto a sus hijos. No se detectó infección en los recién nacidos estudiados.

### CONCLUSIONES

Todos los casos mostraron ausencia de parasitemia, medida por PCR, luego del tratamiento. Esto demuestra la efectividad de las drogas disponibles evitando la transmisión congénita de la infección, que actualmente es la principal vía de contagio en Argentina. La información obtenida permitirá una mayor evaluación de los tratamientos etiológicos para la prevención de la transmisión congénita por *T. cruzi*.

## PATRÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.

**PO 30**

Opción a premio

Lucion M.<sup>1</sup>; Juárez M.<sup>2</sup>; Romanin V.<sup>3</sup>; Castellano V.<sup>4</sup>; Bakir J.<sup>5</sup>; Viegas M.<sup>6</sup>; Mitchenko A.<sup>7</sup>; Gentile A.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIÉRREZ"<sup>12345678</sup>  
<flor\_lucion@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN

El VSR es el principal agente asociado a infección respiratoria aguda baja (IRAB) en pediatría y causa importante morbilidad en menores de 1 año.

### OBJETIVOS

Describir el patrón clínico-epidemiológico y virológico de los pacientes hospitalizados con infección por VSR e identificar los factores de riesgo de infección por VSR.

### MÉTODOS

Estudio prospectivo de cohorte de pacientes internados con IRAB en el Hospital de Niños R. Gutiérrez, marzo-noviembre 2000-2013. El diagnóstico viral (VSR), adenovirus (AV), influenza (IF) y parainfluenza (PIV) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos o RT-PCR (IF).

### RESULTADOS

Se incluyeron 12555 niños, 38% (4798) presentaron rescate viral; de estos el VSR representó el 81.8% (3924/4798) sin variaciones anuales significativas (71.2-88.1), seguido por IF: 7.6% (365/4798), PIF: 5.9% (282/4798) y AV: 4.7% (227/4798). La tasa de incidencia hospitalaria anual de bronquiolitis fue 39.1/1000 (pico en 2003: 47.8/1000)

y bronquiolitis por VSR: 15.4/1000 (8-19.4) con un patrón epidémico estacional (mayo-julio). La mediana de edad fue 7 meses (0-214 meses). El 91.6% eran <2 años, el 74.2% <1 año, 43.1% <6 meses; 56.5% varones y la presentación clínica más frecuente: bronquiolitis (60.7%). El 5.1% eran desnutridos, 13.6% prematuros y 1.9% inmunosuprimidos. El 27% registraba internaciones previas de causa respiratoria y 41.6% tenía comorbilidades (enfermedad respiratoria crónica 74%, cardiopatías congénitas 14% y enfermedad neurológica crónica 10.2%). El 25% presentó complicaciones y 6.6% infecciones intrahospitalarias. La letalidad fue 1.9% (74/3888). Los pacientes con VSR, en comparación con los infectados por otros virus, presentaron con mayor frecuencia: edad <3 meses RR 1.16 (1.13-1.19), bronquiolitis como presentación clínica RR 1.11 (1.08-1.14), presencia de enfermedad aguda en contactos RR 1.04 (1.02-1.07), presencia de hipoxemia al ingreso RR 1.14 (1.07-1.22), uso de Broncodilatadores RR 1.25 (1.09-1.45). La edad <3 meses OR 2.8 (2.14-3.67) p<0.01, bronquiolitis como presentación clínica OR 1.54 (1.32-1.79) p<0.01 y la presencia de hipoxemia al ingreso OR 1.84 (1.42-2.37) p<0.01 resultaron ser predictores independientes de infección por VSR. Los dos subtipos de VSR, tanto el A como el B co-circularon en la población pediátrica durante el período estudiado.

### CONCLUSIONES

La infección por VSR presentó un patrón epidémico estacional y se asoció más a niños pequeños menores de tres meses con bronquiolitis e hipoxemia al ingreso.

## DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA

**RPD 33**

Ortellao L.<sup>1</sup>; Kuszniarz G.<sup>2</sup>; Rudi J.<sup>3</sup>; Gomez A.<sup>4</sup>; Molina F.<sup>5</sup>; Cociglio R.<sup>6</sup>; Pierini J.<sup>7</sup>; Cantarutti D.<sup>8</sup>; Diaz R.<sup>9</sup>; Bonet V.<sup>10</sup>; Vidal G.<sup>11</sup>

HOSPITAL ITURRASPE<sup>178</sup>; INSTITUTO CONF<sup>34</sup>;  
HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA<sup>5691011</sup>  
<Luciaortellao@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los rinovirus (RVs) pertenecen a la familia *Picornaviridae*. Además de aislarse en personas con infección del tracto respiratorio superior, se ha demostrado que están involucrados en infecciones del tracto respiratorio inferior, otitis media y asociados a episodios de sibilancias recurrentes y asma.

### OBJETIVOS

Estudiar el rol del rinovirus en una población de niños hospitalizados con infección respiratoria aguda de la ciudad de Santa Fe, durante el período 2010-2011. Optimizar una técnica de PCR para su detección. Conocer su frecuencia y estacionalidad.

### POBLACIÓN

Se estudiaron niños menores de 14 años internados en hospitales de Santa Fe que presentaban un cuadro de infección respiratoria aguda.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvieron aspirados nasofaríngeos (ANF) de los pacientes, a los cuales se les realizó la detección de antígenos para virus sincial respiratorio (VSR), adenovirus, parainfluenza e influenza A y B por inmunofluorescencia (IF). La detección de influenza

A y B se realizó por RT-PCR real time. A los ANF negativos se les realizó la detección de rinovirus mediante RT-PCR. Se analizaron aspectos clínicos y epidemiológicos de 145 pacientes confirmados.

### RESULTADOS

Desde marzo de 2010 hasta febrero de 2011 se estudiaron 20 ANF. Para la detección de rinovirus se procesaron 452 muestras respiratorias, de las cuales en 172 (38,1%) se detectó el genoma para RVs. En marzo, agosto hasta diciembre de 2010, enero y febrero de 2011, el virus predominante fue RV, detectándose en el 8,5% del total de muestras. El 11% de los casos fueron <1 mes; 49%, 1-6 meses; 13,8%, 6-12 meses; 11,7%, 1-2 años; 11%, 2-5 años; >5 años 3,4%. 53,1% género femenino. El 31% presentó antecedentes clínicos: prematuridad (55,6%) y sibilancias recurrentes (51,1%) fueron los más frecuentes. Diagnóstico de egreso: neumonía 35,2%, bronquiolitis 32,4%, Bronquitis 12,4%. Hallazgos radiológicos: atrapamiento aéreo 75,2%, infiltrado intersticial 67,9%, infiltrado alveolar 35,8%. La duración de la estadia hospitalaria fue de 6 días (mediana); el 15,9% requirió terapia intensiva.

### CONCLUSIONES

El rinovirus se detectó en el 8,5% de una población de niños hospitalizados por IRA, en los cuales no se aisló otro agente etiológico. Se ubicó en segundo lugar luego del VSR, siendo más frecuente en la temporada de primavera y verano. Estuvo asociado a cuadros de neumonía y bronquiolitis.



## USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)

**PO 34**

Quiros R.<sup>1</sup>; Fabbro L.<sup>2</sup>; Novau A.<sup>3</sup>; Balmaceda B.<sup>4</sup>;  
Iturría P.<sup>5</sup>; Iolster T.<sup>6</sup>; Siaba A.<sup>7</sup>; Musante G.<sup>8</sup>; Keller R.<sup>9</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
<quiros.re@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En la medida que una institución expande su sistema de vigilancia, resulta necesario disponer de un indicador sumario que permita comparar las tasas ajustadas de infección con sistemas externos de vigilancia. En este sentido la REI resulta un indicador útil al comparar los casos de infección observados con los casos esperados para una tasa externa de referencia

### OBJETIVOS

Determinar las REI para las infecciones asociadas a dispositivos en la UCIP y la UCINEO de un hospital universitario en comparación con dos sistemas externos de vigilancia

### POBLACIÓN

Pacientes admitidos por al menos 24 hs entre Ene-2010 y Jun-2013 a la UCIP y a la UCINEO de un hospital universitario

### MATERIAL Y MÉTODOS

Usando los criterios del CDC (NHSN), se identificaron en forma prospectiva y activa las infecciones asociadas a dispositivos (neumonía asociada a ventilación mecánica [NAVM], bacteriemia asociada a acceso vascular central [BAAVC], infección urinaria asociada a catéter urinario [ITUACU]). Para poder comparar estas tasas con las

medias ponderadas por tipo de infección y factor de ajuste (ej. peso de recién nacido), del sistema nacional de vigilancia (VIHDA) y del NHSN, se estimaron los casos esperados en base a los días factor de riesgo de cada dispositivo. Luego la REI fue estimada como total de casos observados/total de casos esperados. Mientras un valor >1 indica un exceso de infecciones con respecto al estándar externo, un valor <1 indica un resultado favorable. Para determinar el nivel de significancia se estimaron los Intervalos de Confianza del 95% (IC 95%) de cada indicador

### RESULTADOS

Durante el período de análisis las REI alcanzaron en la UCIP valores significativamente menores a 1 para BAAVC tanto en comparación con el VIHDA como con el NHSN (REI 0,21; IC95% 0,06–0,37; REI 0,49; IC 95% 0,13–0,86, p<0,05, respectivamente) y para NAVM sólo en comparación con el VIHDA (REI 0,19; IC95% 0,00–0,39, p<0,05). No hubo diferencias significativas en relación a ITUACU en comparación con los dos sistemas. Por otro lado en la UCINEO la REI para BAAVC fue significativamente mayor que 1 sólo en comparación con el NHSN (REI 2,80; IC95% 1,50–4,09, p<0,05), no existiendo diferencias significativas con ninguno de los dos sistemas para la NAVM

### CONCLUSIONES

El uso de la REI permitió sintetizar en único indicador y en forma práctica el estado de situación de las infecciones asociadas a dispositivos, detectándose una oportunidad de mejora en la UCINEO para el caso de las BAAVC.

## IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO

**PO 35**

*Opción a premio*

Ensínck G.<sup>1</sup>; Uboldi A.<sup>2</sup>; Perez Hernandez E.<sup>3</sup>;  
Lopez Papucci S.<sup>4</sup>; Aletti A.<sup>5</sup>; Chiossone A.<sup>6</sup>; Pigozzi F.<sup>7</sup>;  
Meroi N.<sup>8</sup>; Pinotti M.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE ROSARIO<sup>1</sup>; DIRECCION DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD PROVINCIA DE SANTA FE<sup>2</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE ROSARIO<sup>3 4 5 6 7 8 9</sup>  
<ensinck@intramed.net.ar>

### INTRODUCCIÓN

La Hepatitis A es una enfermedad infecto- contagiosa prevenible a través de la vacunación. Argentina era considerada un país de endemicidad intermedia, aunque existían áreas de endemicidad alta. En el año 2005, se incorporó al Calendario Nacional de Inmunizaciones una dosis de la vacuna Hepatitis A al año de vida (Res. Ministerial N°653/05) con lo cual se esperaba disminuir dramáticamente el número de casos de esta enfermedad.

### OBJETIVO

Evaluar el Impacto de una dosis de vacuna Hepatitis A aplicada al año de vida sobre el número de casos de dicha enfermedad en la población infantil atendida en un hospital pediátrico de la ciudad de Rosario durante el período 2006-2012.

### POBLACIÓN

Niños y niñas entre 1 mes y 18 años de edad con diagnóstico de hepatitis clínica o hepatitis A confirmada en forma ambulatoria o en la internación y falla hepática fulminante por hepatitis A atendidos en un hospital pediátrico de la ciudad de Rosario durante el periodo 2002-2012.

### METODOLOGÍA

Estudio, retrospectivo y prospectivo, observacional, descriptivo. La recolección de los datos se realizó de forma retro y prospectiva a la incorporación de la vacuna.

### RESULTADOS

A través del cálculo de la variación porcentual del índice de cantidad de casos se observa una reducción a nivel ambulatorio respecto al año 2002, del 38% en el año 2005, del 94% en el año 2006, del 99% en el año 2007 y no constatándose ningún caso nuevo de Hepatitis A en pacientes vacunados a partir de esa fecha. Las tasas de incidencia de los dos períodos pre y pos vacuna mostraron una reducción significativa en el número de casos del 96% a nivel ambulatorio siendo la diferencia estadísticamente significativa (p<0.05). En la internación se constata una reducción del 100% a partir del año 2006. Las tasas de incidencia de los dos períodos pre y pos vacuna mostraron una reducción significativa en el número de casos internados del 98%, siendo la diferencia estadísticamente significativa (p<0.05). No se detectó ningún caso de falla hepática en niños vacunados a partir del año de su implementación.

### CONCLUSIONES

A partir de la incorporación de la vacuna Hepatitis A en el esquema obligatorio de vacunación, no se registraron casos nuevos a nivel ambulatorio y de internación, ni casos de falla hepática por virus de la Hepatitis A en la población infantil atendida en un hospital pediátrico de la ciudad de Rosario.



## ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN NIÑOS DE ARGENTINA

**RPD 36**

Cancellara A.<sup>1</sup>; Melonari P.<sup>2</sup>; Firpo V.<sup>3</sup>; Mónaco A.<sup>4</sup>; Ezcurra G.<sup>5</sup>; Ruiz Del Valle L.<sup>6</sup>; Aletti A.<sup>7</sup>; Gregorio G.<sup>8</sup>; Gaiano A.<sup>9</sup>; Aird A.<sup>10</sup>; Bellone L.<sup>11</sup>; Calvari M.<sup>12</sup>; Torregrosa C.<sup>13</sup>; Morinigo S.<sup>14</sup>; Vozza L.<sup>15</sup>; Tonetto I.<sup>16</sup>; Flynn L.<sup>17</sup>; Bidone N.<sup>18</sup>; Russ C.<sup>19</sup>; Ellis A.<sup>20</sup>

COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA, HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE, CABA<sup>14</sup>; HOSPITAL NOTTI, MENDOZA<sup>2</sup>; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN<sup>9</sup>; HOSPITAL ALASSIA, SANTA FE<sup>2</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA<sup>6</sup>; HOSPITAL VILELA, ROSARIO<sup>7</sup>; HOSPITAL POSADAS, BUENOS AIRES<sup>8</sup>; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>9</sup>; HOSPITAL MUNICIPAL, CÓRDOBA<sup>10</sup>; HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA<sup>11</sup>; HOSPITAL NIÑO JESÚS, CÓRDOBA<sup>12</sup>; SANATORIO MATER DEI, CABA<sup>13</sup>; HOSPITAL A. CASTELÁN, RESISTENCIA<sup>14</sup>; HOSPITAL MISERICORDIA, CÓRDOBA<sup>15</sup>; HOSPITAL INTERZONAL PENNA, BAHÍA BLANCA<sup>16</sup>; SANATORIO DE NIÑOS, ROSARIO<sup>17</sup>; CEMIC, CABA<sup>18</sup>; FUNDACIÓN HOSPITALARIA, CABA<sup>19</sup>; COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. CEMIC; MATER DEI<sup>20</sup>  
<adcancel@intramed.net>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (IISP), presentan alta morbimortalidad. Se define enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* (Sp) a aquellas cuyo aislamiento del agente ocurre en sitios normalmente estériles.

### OBJETIVO

Describir las características clínicas, factores predisponentes, alteraciones de los exámenes complementarios, tratamiento y evolución de las IISP durante el periodo 2010-2012, en centros asistenciales de Argentina.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de las IISP en niños entre 1 mes y 18 años de edad, internados en 20 centros asistenciales del país,

entre el 1/1/2010 y 31/12/2012. Variables evaluadas: edad, sexo, focos clínicos iniciales y de aparición tardía (>72 h), patología crónica previa, factores predisponentes, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS

Se analizaron los datos de 143 pacientes. Incidencia de 4,9 casos/10.000 egresos (143/287.760). La mediana de edad: 69,39 meses (r: 1-168 meses); patología crónica previa 12,6%, (18/143) siendo EPOC la causa más frecuente (8/18). Tuvieron factores predisponentes el 67,1%, más frecuente: lesiones de piel 38 pacientes, varicela 31, traumatismo 31, impétigo 24, cirugía 10. Las formas clínicas de presentación más comunes: piel y partes blandas 82; sepsis 30, osteoarticular 19, fascitis necrotizante 12, síndrome shock tóxico estreptocócico 11 (SSTS), algunos tuvieron más de un foco clínico. El 14,7% (21/143) tuvieron formas clínicas de aparición tardía: más frecuente pleuropulmonar 7, piel y partes blandas 3. Se aisló Sp en: hemocultivos 81 pacientes (56,65%), material de punción de partes blandas 45 (31,5%), entre otros. El 73,2% (71/97) presentó leucocitosis mayor de 15.000/mm<sup>3</sup>. En 60 (42%) se practicó drenaje quirúrgico. El 21% requirió internación en cuidados intensivos, 7% gammaglobulina EV. El promedio de internación fue 14,8 días. La tasa de letalidad global fue 5,6% (8pacientes).

### CONCLUSIONES

La mayoría de las IISP se presentaron en pacientes sin patología crónica de base, pero frecuentemente tenían factores predisponentes, en especial lesiones de piel. Los focos de presentación más frecuentes fueron piel y partes blandas; frecuentemente con bacteriemia. La incidencia de SSTS fue menor a la reportada por la bibliografía, al igual que tasa de letalidad global.

## PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA POR *MYCOBACTERIUM BOVIS* EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE

**RPD 37**

Israilevich G.<sup>1</sup>; Ezcurra G.<sup>2</sup>; Oliva M.<sup>3</sup>; Druetta G.<sup>4</sup>; D'jorge P.<sup>5</sup>; Lorenz R.<sup>6</sup>; Lopez M.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA DE SANTA FE<sup>1,2,3,4,5</sup>; INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"<sup>6,7</sup>  
<gustiisrailevich@hotmail.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es prevalente en nuestro país, siendo infrecuente su presentación peritoneal en niños y más aun por *Mycobacterium bovis*.

*M. bovis* produce enfermedad similar a *M. tuberculosis* pero con epidemiología, prevención y tratamiento diferentes. Se transmite por productos lácteos no pasteurizados y presenta resistencia a pirazinamida.

### OBJETIVOS

Describir la forma de presentación y el proceso diagnóstico de un caso de peritonitis primaria por *M. bovis*.

### CASO CLÍNICO

Niña de 11 años previamente sana, oriunda de la ciudad de Esperanza, consulta en diciembre del 2012 por fiebre, distensión y dolor abdominal de 7 días de evolución. Examen físico: febril, mal aspecto general, abdomen globuloso. Laboratorio: 5300 leucocitos (fía: 63-5/19/11/2/0), VSG >120mm, PCR 124 mg/l, hematocrito 32,2%, hemoglobina 10,8, LDH: 632 U/l, albumina 2,87 g%, proteinemia 5,98 g%,

ionograma, función renal, hepatograma y orina: normales, (Proteinuria: 5,6 mgr/Kg/día). Paracentesis: líquido turbio, 950 leucocitos (60% MN y 40% PMN), hematies 2400, proteínas 6 gr/l. Hemocultivos, urocultivo y cultivo de líquido ascítico negativos para gérmenes comunes y mycobacterias. ELISA en sangre para TBC negativa. PPD no reactiva. ECO abdominal: ascitis. TAC de abdomen y pelvis: engrosamiento irregular del peritoneo sobre hemi-abdomen izquierdo. Se medicó empíricamente con ceftriaxona intravenosa. ELISA VIH negativa. FAN negativo, anticuerpos antiendomisio, anti-gladiada y transglutaminasa no reactivos. Antígeno Carcinoembrionario negativo y subunidad beta de GCH negativa. Biopsia de peritoneo: proceso inflamatorio granulomatoso, células epitelioides, células multinucleadas con corona de linfocitos; y cultivo con dos muestras positivas para *M. bovis*. Tras la biopsia se indicó tratamiento con INH EM RFP y PZN por 2 meses y luego INH Y RFP por 9 meses más. Se recabó antecedente de ingesta de leche no pasteurizada.

### CONCLUSIÓN

Este caso alerta sobre la necesidad de incluir al *M. bovis* entre los agentes a investigar ante pacientes de nuestra región con peritonitis primaria y permite recordar que la biopsia de tejido es el mejor método para obtener el aislamiento microbiológico.



## EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS

**RPD 38**

**Castrucci A.<sup>1</sup>; Rubinstein E.<sup>2</sup>; Grecco N.<sup>3</sup>; Cohen L.<sup>4</sup>; Romanello N.<sup>5</sup>; Viberti M.<sup>6</sup>**

HOSPITAL MUÑIZ<sup>23456</sup>  
<anacastrucci@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La adherencia es el grado de acuerdo entre el profesional que recomienda y la conducta real del paciente y su familia. Es el desafío actual en el tratamiento del SIDA, si bien el tratamiento de la tuberculosis exige de 6 a 9 meses, su cumplimiento implica un desafío.

### OBJETIVO

Conocer el nivel de adherencia esperable en la adolescencia. Identificar factores asociados con el fenómeno de abandono.

### POBLACIÓN

Jóvenes entre 12 y 18 años asistidos, desde 1/2008 a 1/2012.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de la información recogida de 174 historias clínicas de pacientes atendidos durante los últimos 5 años, por tuberculosis pulmonar, atendidos en el consultorio de adolescencia del Htal. Muñiz.

### RESULTADOS

85 mujeres y 89 varones; completaron el tratamiento 110 y abandonaron 64, de ellos 29 eran mujeres y 35 varones. Edad: 12 años: 5 pacientes, 13 a: 14; 14 a: 22; 15 a: 20; 16 a: 42; 17a:

61. Abandono según edad fue 3 de 12 años, 5 de 13, 6 de 14, 9 de 15, 14 de 16 y 27 de 17. Nacionalidad: 132 argentinos y 42 extranjeros; 36 de Bolivia, 5 de Perú y 1 de Cuba. Abandono según nacionalidad: 48 argentinos, 12 bolivianos y 4 peruanos. Las causas pudieron registrarse en 10 casos; 3 por conflictos con la ley, 2 asociados a analfabetismo, 1 a situación de calle, 2 a intolerancia, 1 a adicción y 1 a viaje. En cuanto al mes de abandono 10 pacientes cumplieron 1 mes (internación), 12: 2 meses, 16: 3 m, 11: 4 m y 13: 5 m. El 63% de los pacientes completó esquema, el nivel de adherencia es superior al observado en series de casos en adultos sin intervenciones. Al relacionar sexo con abandono se desprende que este no es un factor asociado con mejor o peor adherencia, el dato contrasta con series de adultos (riesgo de abandono varones 3/1). Al asociar nacionalidad y abandono, en el caso de los pacientes bolivianos fue del 33%, sin diferencias con la población argentina y para los peruanos, 4 de 5 abandonaron, y aunque las cifras son pequeñas representa un 80%. En cuanto al mes de tratamiento alcanzado en los pacientes que abandonaron, rango de 1 a 5 meses, distribución irregular, media y mediana 3 m.

### CONCLUSIONES

Los adolescentes son una población en conflicto con el mundo adulto, dentro del cual se encuentra el grupo de salud. La situación con la tuberculosis si bien no es óptima, es superior a la de los adultos, puede ser mejorada mediante intervenciones personalizadas y creación de redes.

## VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)

**PO 39**

**Juarez M.<sup>1</sup>; Romanin V.<sup>2</sup>; Lucion M.<sup>3</sup>; Grobaporto M.<sup>4</sup>; Marques M.<sup>5</sup>; Mistchenko A.<sup>6</sup>; Gentile á.<sup>7</sup>**

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ"<sup>1234567</sup>  
<mavijuarez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

*Bordetella pertussis* (Bp) continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en menores de 1 año.

### OBJETIVOS

Describir el perfil clínico-epidemiológico de Bp, analizar factores asociados a confirmación por PCR y letalidad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de cohorte Dic2003-Nov2013. Se incluyeron niños asistidos en el Hospital de Niños "R. Gutiérrez" con sospecha de Bp. Los datos clínicos y los factores asociados a la confirmación por laboratorio fueron analizados desde 2006. Factores asociados a confirmación por PCR y letalidad se estudiaron mediante riesgo relativo (RR) con intervalo de 95%.

### RESULTADOS

Se incluyeron 864 pacientes, 91,7% estudiados por PCR, con positividad de 36% (285/792), 3 casos se confirmaron por nexo. Los confirmados presentaron patrón estacional de Septiembre a Febrero, mediana de edad 3 meses (15ddv-

8años) y 87,4% menos de 3 dosis de vacuna. El 85,4%(246) se internó: mediana de estadía 7 días, 98,8% eutróficos, 98,7% inmunocompetentes; nacidos de término 98,7%; sin antecedentes perinatológicos 96,7% y 17,5% requirió cuidados intensivos. Se analizó la clínica en 707 pacientes. El 32,4% (229) tuvieron PCR positiva y presentaron: 92,1% tos, 67,6% tos paroxística, 50,8% cianosis, 61,3% dificultad respiratoria, 37,7% fiebre, 18,1% apnea, 20,8% vómitos post-tusígenos. Los predictores independientes del diagnóstico confirmatorio por PCR (análisis multivariado) fueron: tos paroxística [OR= 1,95(1,26-3,0) p=0,002], contacto con tos [RR= 1,62(1,08-2,44) p=0,019], leucocitosis  $\geq$  30000 [OR= 11,10(5,75-21,4) p=0,000], ausencia de fiebre [OR= 1,90 (1,25-2,89) p=0,002], patología respiratoria perinatal [OR= 0,31 (0,12-0,78) p=0,01]. Letalidad en internados: 6,1%. La leucocitosis  $\geq$  30000 fue predictor de letalidad [RR=4,94(1,55-15,7) p= 0.005].

### CONCLUSIONES

Los casos confirmados fueron en su mayoría menores de 1 año previamente sanos y no habían completado el esquema de vacunación primario. Tos paroxística, contacto con tos, ausencia de fiebre y leucocitosis se asociaron positivamente al diagnóstico por PCR, mientras la leucocitosis fue predictor de letalidad.

## OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA - INFECCION CONNATAL

**RPD 41**

Fernandez V.<sup>1</sup>; Somma S.<sup>2</sup>; Quirolo M.<sup>3</sup>

SANATORIO ITOIZ<sup>23</sup>  
<valevaleria\_2164@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud pública en el mundo. 10 millones de casos nuevos de TBC activa ocurren cada año a nivel mundial, correspondiendo un 15% a TBC extrapulmonar. A su vez la TBC articular se corresponde con un 7%, siendo una forma infrecuente que se presenta mas tempranamente en niños que en adultos. Presentamos el caso de un niño de 20 meses que desarrolló OTBC en rodilla derecha, secundaria a infección connatal.

### OBJETIVO

Documentar caso clínico poco frecuente de osteomielitis tuberculosa de transmisión connatal en un país con alta tasa de incidencia de TBC

### POBLACIÓN

Paciente de 20 meses, con antecedente de madre que contrajo TBC en su tercer trimestre de embarazo por el que realizó tratamiento para dicha infección. Consulta por dolor de rodilla derecha y claudicación en la marcha de 3 meses de evolución. Inicialmente fue diagnosticado como sinovitis transitoria de cadera, de manejo ambulatorio con

AINES y reposo. Evolucionó desfavorablemente, con cojera e impotencia funcional por lo que se le realiza laboratorio (normal), RX Tx normal y RX comparativa de ambas rodillas con imagen osteolítica en fémur derecho. Se interna e inicia tratamiento con Clindamicina y Amikacina por presunción de Osteomielitis Crónica. Se decide artrotomía, hallándose masa friable no purulenta que se remite a anatomopatología. A los 14 días se decide el alta con valva de yeso en miembro afectado y TMS vía oral por 4 a 6 semanas, según evolución y anatomopatología. Por biopsia compatible con osteomielitis granulomatosa tipo tuberculoide y diagnóstico de OTBC, sumados los antecedentes perinatólogicos, se asume como infección connatal cumpliendo tratamiento con 4 drogas 3 meses, 3 drogas 9 meses, seguido de etapa de mantenimiento con isoniazida. Actualmente asintomático, con funcionalidad completa de la articulación afectada y con biopsias óseas para TBC negativas a 2 años de seguimiento

### CONCLUSIÓN

En nuestro país la TBC es una enfermedad endémica por lo que todo médico deberá tener en cuenta las formas extrapulmonares y plantearlas como diagnósticos diferenciales en procesos inflamatorios crónicos y en cuadros de diagnóstico incierto.

## BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS $\beta$ HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

**RPD 42**

Luciani M.<sup>1</sup>; Folgar M.<sup>2</sup>; Padilla D.<sup>3</sup>; Smayevsky J.<sup>4</sup>; Vidaurreta S.<sup>5</sup>; Ellis A.<sup>6</sup>

CEMIC<sup>23456</sup>  
<lolyuciani@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico grupo C es un germen ubicuo, que coloniza entre 3-23% de los humanos. Es un germen Gram positivo, catalasa negativo formador de colonias grandes. Ensayos por PCR permiten rápida identificación. La estreptolisina O, producida por *S. dysgalactiae* subespecie equisimilis grupo C y G es antigénicamente similar a la producida por *S. pyogenes*, por lo que pueden, en infecciones clínicas, elevar los títulos de ASTO. Las bacteriemias por estos agentes son responsables de menos del 1% de todas las bacteriemias, obliga a tipificar especie y control por posibles complicaciones. La bacteriemia por *S. Dysgalactiae* en un paciente con antecedente de enfermedad de base suele ser de origen endógeno.

El síndrome de Klippel-Trenaunay es congénito, no hereditario, conformado por la tríada malformación vascular cutánea, hipertrofia ósea y de partes blandas, y anomalías venosas. Suele afectar miembros inferiores de forma unilateral. Sus complicaciones son dolor, inflamación y celulitis.

### OBJETIVO

Presentar la evolución de un caso clínico de celulitis con bacteriemia por *S. dysgalactiae* ssp. Equisimilis en paciente de 16 años de edad.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años con diagnóstico de Klippel-Trenaunay al nacimiento, meningitis por *Streptococcus* grupo *Viridans* al mes de vida y 6 episodios de celulitis en miembro inferior derecho, la primera de abordaje ambulatorio, el resto con requerimiento de tratamiento parenteral. Inicia cuadro de celulitis de miembro inferior derecho, se realizan hemocultivos e inicia tratamiento con Ceftriaxona IM en forma ambulatoria. Ingresa a sala de internación a las 24h debido a rescate de hemocultivos positivos para cocos en cadena, con diagnóstico de bacteriemia asociada a celulitis de miembro inferior derecho, e inicia tratamiento con Penicilina y Clindamicina IV. Se aísla *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico grupo C sensibilidad acorde. Presentó fiebre en las primeras 24h de internación, recibió 4 días IV y 10 VO. Se descarta trombosis venosa profunda con angiografía magnética.

### CONCLUSIÓN

La evolución clínica de bacteriemia por *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico grupo C bajo tratamiento con penicilina-clindamicina fue favorable en esta patología infrecuente en pediatría.



## MENINGITIS A KLEBSIELLA PNEUMONIAE: PATOLOGÍA PRESENTE EN LA COMUNIDAD

**RPD 43**

Arroyo E.<sup>1</sup>; Caballero R.<sup>2</sup>

SANATORIO ITOIZ<sup>2</sup>  
<ej2705@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Meningitis Bacteriana (MB) continúa en la actualidad como patología universal y decreciente con el advenimiento de vacunas, pero revistiendo aun gran importancia. Sin estar dentro de los microorganismos frecuentes cobra interés en este caso, tratándose de un paciente con MB a Klebsiella Pneumoniae (Kpn), lo que motiva esta revisión. En esta oportunidad presentamos el caso asociado a una sospecha de inmunodeficiencia común variable (ICV)

### OBJETIVO

Documentar caso clínico dada la infrecuencia de meningitis bacteriana a Kpn. Analizar el aspecto epidemiológico, y factores de riesgo asociados

### POBLACIÓN

Paciente masculino de 8 años con vacunación completa. Antecedentes de varicela a los 4 años, extracción de piezas dentales 2 semanas previas. Cursando con OMA de 72 horas de evolución a su ingreso, en tratamiento con amoxicilina,

acompañado de registros febriles, se interna por vómitos y cefalea intensa progresiva. Presenta signos meníngeos, se realizó RMN cerebral (normal) y PL citoquímico: baja celularidad a predominio linfocitario. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona y aciclovir a dosis meníngeas. En el cultivo del LCR se aísla Kpn sensible a Ceftriaxona. El paciente evoluciona desfavorablemente, persistiendo signos meníngeos, se realiza interconsulta con infectología quien sugiere nueva PL, la cual se realizó 3 días posteriores al tratamiento; aislándose por segunda ocasión Kpn en esta oportunidad resistente a Ceftriaxona. Se rota esquema a Meropenem, obteniéndose mejoría clínica. Se realizan estudios Inmunológicos con baja respuesta humoral y celular e impresión diagnóstica de ICV. A las 72 hs del inicio del Meropenem, se realizó tercera PL de control con cultivo negativo

### CONCLUSIÓN

La Kpn es uno de los microorganismos responsable de un porcentaje significativo de infecciones nosocomiales, no así en la comunidad, comprometiéndose habitualmente sistemas como el respiratorio y urinario. En este caso nos enfrentamos a una meningitis bacteriana de etiología poco habitual adquirida en la comunidad.

## EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1

**RPD 44**

Barbás M.<sup>1</sup>; Castro G.<sup>2</sup>; Gallego S.<sup>3</sup>; Sosa M.<sup>4</sup>;  
Sicilia P.<sup>5</sup>; Marín Á.<sup>6</sup>; Kademian S.<sup>7</sup>; Cudolá A.<sup>8</sup>

DEPARTAMENTO LABORATORIO CENTRAL<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<mgbargas2001@yahoo.es>

### INTRODUCCIÓN

La transmisión vertical (TV) es la principal vía de contagio del VIH en edad pediátrica. El diagnóstico de infección congénita por VIH antes de los 18 meses de edad debe realizarse exclusivamente a través de ensayos virológicos como son los métodos de detección de ácidos nucleicos (RNA plasmático viral y DNA proviral). La sensibilidad del ensayo de DNA proviral dentro de las 48 horas de vida es menor al 40%, pero aumenta y alcanza el 96% a los 28 días de vida (especificidad 99%). Los ensayos de cuantificación de carga viral (CV) presentan valores de sensibilidad entre 29-100% según la edad del niño (especificidad 93-100%). Ante la presencia de falsos positivos, algunas metodologías de CV requieren establecer valores de corte para interpretar un resultado como positivo.

### OBJETIVO

Evaluar la performance del ensayo de CV COBAS Taqman (Roche) como metodología alternativa y/o complementaria para el diagnóstico de infección congénita por VIH.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Con un total de 287 muestras de sangre, correspondientes

a 105 niños nacidos de madres VIH positivas, se evaluó la sensibilidad y especificidad del ensayo de CV COBAS Taqman HIV-1 Test, versión 2.0 (Roche) y la concordancia con una Multiplex - Nested PCR "in house" (adaptación del protocolo de Albert y Fenyo) para la detección del DNA proviral. En cada muestra se realizó detección del ADN proviral por PCR y detección de CV por COBAS Taqman, siguiendo estrictamente las indicaciones del fabricante.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 287 muestras procesadas, 14 resultaron positivas y 273 negativas por ambas metodologías. La sensibilidad y especificidad de la CV fue 100% al igual que la concordancia con la PCR "in house". No se detectaron falsos positivos, por lo cual no fue necesario establecer un valor de corte para esta metodología. La CV promedio en las muestras positivas fue del orden de 104-107 copias/ml. Las 14 muestras positivas correspondieron a 8 niños con TV confirmada para VIH. En el 37,5% de los casos, la infección se detectó dentro de los dos primeros meses de vida, mientras que en el 62,5% después del cuarto mes de vida. Esto demuestra la importancia de realizar un diagnóstico temprano, dentro del primer mes de vida, y un correcto seguimiento en función de las recomendaciones internacionales. Nuestros resultados indican que la metodología de COBAS Taqman (Roche) puede ser utilizada como metodología alternativa y/o complementaria para el diagnóstico de infección congénita por VIH.

## INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. EVALUACIÓN DE SU INCIDENCIA EN NIÑOS EN NUESTRO HOSPITAL

**RPD 45**

Asurmendi M.<sup>1</sup>; Fleitas H.<sup>2</sup>; Machain M.<sup>3</sup>

HIGA JUNINI<sup>1,2,3</sup>

<pauasur@icloud.com>

### INTRODUCCIÓN

*Staphylococcus Aureus* es un patógeno que produce infecciones en todas las edades. La mayor parte de los pacientes infectados con cepas meticilino resistentes reconocían algún factor predisponente, como hospitalización, procedimientos invasivos y tratamientos previos con ATB. A fines de la década del '90 se han descrito casos de pacientes colonizados o infectados con *S. aureus* meticilino resistente proveniente de la comunidad (SaMRC). Estas cepas tenían un patrón de sensibilidad a los ATB diferente a las de origen intrahospitalario. En el 2005 el Dr Paganini informo la presencia de estas cepas en Argentina. En nuestro hospital, en el año 2007, evaluamos la incidencia de las infecciones por *S aureus* en sus diferentes cepas. Nuestra intención es actualizar este conocimiento.

### OBJETIVO

1) Evaluar la incidencia de infecciones estafilocócicas y el patrón de resistencia en nuestro hospital. 2) Realizar un análisis epidemiológico, de las características clínicas y evolutivas de dichas infecciones.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, a partir de la búsqueda de cultivos positivos para *S aureus* en Bacterio-

logía de nuestro hospital. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes de 1m a 14 años que requirieron internación en los años 2012 y 2013 por infecciones estafilocócicas. Se recabó información sobre enfermedad de base, internación previa, foco clínico, cepa del germen y patrón de resistencia; tratamiento recibido y evolución.

### RESULTADOS

Se registraron 24 pacientes, mediana de edad 2años (2m-13años), 13 (54%) de sexo femenino. 6 niños (25%) presentaban antecedentes de internación en los últimos 3 meses y solo 3 (12,5%) enfermedad de base. Se aislaron 17 (71%) SaMRC, de estos hubo un 12% de resistencia a clindamicina. Piel y partes blandas fue el foco clínico en 14 pacientes (58%), IRAB en 3 pacientes (12,5%); infección osteoarticular en 4 pacientes (16,6%), bacteremia en 3 pacientes (12,5%). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico con buena evolución, algunos además, con tratamiento quirúrgico.

### CONCLUSIÓN

Aumentó la incidencia de infecciones estafilocócicas en nuestro hospital, así como las infecciones por SaMRC. Hubo un 12% de resistencia a la clindamicina en estas cepas. El 25% tenía el antecedente de hospitalización previa. Piel y partes blandas fue el foco clínico más frecuente. La mayoría no presentaban enfermedad de base. Buena evolución con el abordaje terapéutico.

## CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)

**RPD 46**

Noite M.<sup>1</sup>; Giglio N.<sup>2</sup>; Castellano V.<sup>3</sup>; Lamy P.<sup>4</sup>;  
Mazzola A.<sup>5</sup>; Gentile A.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>2,3,4,5,6</sup>

<florinolte@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La inflamación del nervio óptico conocida como NO ha sido asociada a fenómenos autoinmunes originados luego de infecciones, inmunizaciones o enfermedades desmilitarizantes.

### OBJETIVOS

Describir un caso de NO con asociación temporal con la administración de vacuna HPV.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de caso. Análisis de causalidad en niña de 11 años con NO, vacunada con 1<sup>a</sup> dosis de vacuna bivalente para HPV 16 días antes. El caso fue detectado mediante el sistema de vigilancia epidemiológica de Efectos Adversos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) e informado al Ministerio de Salud de Argentina, antes de proceder al análisis.

### RESULTADOS

Los dosajes de anticuerpos contra infecciones virales (Hepatitis B; HIV y Hepatitis C) fueron negativas, citoquímico de LCR normal y RMN de cerebro normal. Los Potenciales Evocados Visuales presentaron anomalía de la conducción de la vía óptica izquierda y los niveles plasmáticos de anticuerpos anti- acuporina 4 (Ig G NMO) fueron positivos. Recibió tratamiento con gammaglobulina hiperinmune, pulsos de metilprednisona y azatioprina con recuperación ad integrum de la visión.

### CONCLUSIONES

La presencia de IgG NMO confirma el diagnóstico de Enfermedad de Devic por lo que resulta poco probable la asociación causal entre el ESAVI y la vacuna. La farmacovigilancia de las nuevas vacunas resulta crucial para evaluar la seguridad de las mismas a largo plazo.



## SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

**RPD 48**

Castellano V.<sup>1</sup>; Giglio N.<sup>2</sup>; Lamy P.<sup>3</sup>; Nolte M.<sup>4</sup>; Gentile A.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>2345</sup>  
<vane0108@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La incorporación de las vacunas para rotavirus en los Programas de Inmunización requiere acciones de monitoreo post implementación con el objetivo de valorar cambios de los parámetros de eficacia y seguridad de la misma. Para cumplir con dichas metas, se necesita inicialmente conocer el estado basal de carga de enfermedad y el número de eventos adversos potencialmente asociados a esta vacuna.

### OBJETIVO

Evaluar el estado basal de casos de invaginación intestinal en la población mayor de un mes y menor de un año de vida del HNRG.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de sistemas de registro y de historias clínicas. Fueron incluidos todos los niños con diagnóstico de invaginación intestinal (ICD 10 K56.1) atendidos entre el 01/01/2009 al 31/12/2012. Se describieron las características demográficas de la población y se realizó el cálculo de incidencia anual en términos de hospitalizaciones/egresos hospitalarios x 1000.

### RESULTADOS

Durante el período estudiado se hospitalizaron 42 niños, mediana de edad 7 meses (rango: 3 -11), 24 de sexo masculino (57%). La incidencia anual fue de 6,88 (IC 95% 3,83-11,48) en el año 2009; 2,80 (IC 95% 1,13-5,82) en el año 2010; 5,94 (IC 95% 12-10,32) en el año 2011 y de 6,89 (IC 95% 3,7-11,72) en el año 2012.

### CONCLUSIONES

La incidencia de hospitalización por invaginación intestinal post implementación de la vacuna, se mantuvo estable durante los últimos 5 años.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS

**PO 49**

Alejandro E.<sup>1</sup>; Fossati S.<sup>2</sup>; Estraviz M.<sup>3</sup>; Regueira M.<sup>4</sup>; Sciarrotta J.<sup>5</sup>; Vay C.<sup>6</sup>

SANATORIO MATER DEI<sup>1356</sup>; INEI-ANLIS "DR.CARLOS G. MALBRÁN"<sup>24</sup>  
<AELLIS@FIBERTEL.COM.AR>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es la causa de mortalidad por agente específico más frecuente en el mundo en < 5 años. En los últimos años la epidemiología ha variado en relación a la posibilidad de administrar vacunas conjugadas a este grupo etéreo.

### OBJETIVOS

1) Describir la tasa de internación y formas clínicas de presentación de ENI microbiológicamente documentada, en niños internados en una institución privada de CABA durante 7 años. 2) Identificar los serotipos de Spn en pacientes internados por ENI, según antecedentes de vacunación, y su comparación con controles internados en hospitales públicos 3) Establecer si los serotipos encontrados en los casos con ENI vacunados, pudieran corresponder a serotipos vacunales.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 42 pacientes internados en Pediatría del Sanatorio Mater Dei, entre 01-01-2007 y 30-11-2013 con infección documentada por Spn en líquidos normalmente estériles. Se registró tasa de internación en pediatría y antecedente de vacunación. Los aislamientos fueron enviados al INEI para su serotipificación. Se evaluaron los serotipos de Spn de controles en relación 1:1 con los casos.

### RESULTADOS

media y mediana de edad de casos: 47 y 36 m respectivamente. Tasa anual de internación 2007-2013(%oo): 36,7, 37,5, 35,4, 15,0, 15,5, 16,5 y 20,5 respectivamente; letalidad 2,3%. Los diagnósticos: infección pulmonar 26, meningitis 5, bacteriemia 6, OMA 2, osteoartritis, peritonitis primaria y celulitis preseptal 1. Se identificaron los siguientes serotipos: 1(n:13), 5(n:8), 19A(n:5), 7F(n:2) y el resto un serotipo diferente cada uno. Una cepa no pudo ser enviada a serotipificar. El serotipo 1 se asoció con infección pulmonar, p<0,05. La proporción de niños con vacuna conjugada en el período 2010-2013 (12/16) fue mayor que en 2007-2009 (4/26) p<0,001. Ningún paciente vacunado desarrolló ENI por serotipo vacunal.

### CONCLUSIONES

1. La tasa de hospitalización por ENI se redujo significativamente en el Sanatorio Mater Dei a partir de 2010, probablemente por la posibilidad de utilizar nuevas vacunas conjugadas en la práctica privada. 2. No hubo ENI, por serotipos incluidos en la vacuna administrada, en pacientes vacunados. 3. Los serotipos más frecuentes, observados en los casos, no están incluidos en la vacuna PCV-7. El serotipo 1 se asoció significativamente con infección pulmonar. 4. La proporción de infección pulmonar debido a los serotipos 1 y 5 fue alta en los grupos de casos y controles.

## ¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA

**RPD 51**

Barragan V.<sup>1</sup>; Ferreira V.<sup>2</sup>; Ferrucci G.<sup>3</sup>; Mena G.<sup>4</sup>; Michalski J.<sup>5</sup>; Muzio M.<sup>6</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE<sup>123456</sup>  
<vickybarragan@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El absceso retrofaríngeo se produce como consecuencia de la abscedación de los ganglios linfáticos que drenan las infecciones de oídos, nariz o fauces. La clínica incluye disminución del apetito, fiebre, rigidez cervical y dolor ante la progresión del cuadro. En la Rx. de cuello un espacio retrofaríngeo mayor al cuerpo vertebral es sugestivo de un proceso patológico.

### OBJETIVO

Reportar un caso de absceso retrofaríngeo con buena evolución clínica y disociación imagenológica.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 2 años previamente sano que consulta al Hospital con fiebre de 72hs de evolución, tortícolis, disfagia y tumoración laterocervical. Se constata tumoración dolorosa sin signos de flogosis y tortícolis. Se realiza Rx. cervical donde se observa imagen radiopaca en región retrofaríngeo que desplaza vía aérea, laboratorio con GB 11200 (65% N), se decide internación en sala. Se completa estudios

con ecografía compatible con absceso retrofaríngeo. Se toman hemocultivos por dos y se medica con ceftriaxona, clindamicina y dexametasona. Las primeras 72hs el paciente evoluciona afebril, los hemocultivos resultaron negativos. Recupera totalmente la movilidad del cuello, por lo que se decide realizar una imagen de control para constatar la mejoría imagenológica paralela a la clínica, sin observarse cambios en la misma. Se asume escasa respuesta al tratamiento ATB EV, se realiza TAC de cuello, se constata colección retrofaríngea que se extiende hasta la región lumbar comprometiendo pleura y mediastino. Se deriva a cirugía para drenaje obteniéndose material purulento que se envía a cultivo. El paciente permanece afebril, se rescata cultivo de lesión positivo para SAMR, se suspende la ceftriaxona, se agrega rifampicina cumpliendo 3 días y 10 días de clindamicina. Se realiza TAC control, se constata franca mejoría de la colección, se otorga el alta hospitalaria con ATB vía oral a cumplir un total de 21 días.

### CONCLUSIÓN

Pese a que según bibliografía más del 50 % de los niños resuelve con ATB sin requerimientos de drenaje quirúrgico no existen datos clínicos fidedignos que avalen por ellos mismos la buena respuesta terapéutica sin un estudio complementario de imágenes que lo acompañe.

## EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013

**PO 52**

Opción a Premio

Juarez M.<sup>1</sup>; Lucion M.<sup>2</sup>; Bakir J.<sup>3</sup>; Romanin V.<sup>4</sup>; Grobaporto M.<sup>5</sup>; Giglio N.<sup>6</sup>; Gentile A.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ"<sup>1234567</sup>  
<mavijuarez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

*Streptococcus pneumoniae* es el principal agente de las NC de causa bacteriana, produciendo una alta morbi-mortalidad. En el año 2012 se introdujo la VCN13 al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina para niños inmunocompetentes a partir de los dos meses de edad con un esquema de dos dosis más un refuerzo.

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la vacuna VCN 13 en relación al número de hospitalizaciones por NC utilizando el patrón de circulación viral como control.

### MÉTODOS

Estudio observacional analítico de series temporales. Se incluyeron todos los niños internados con diagnóstico de NC según criterios de OMS en el marco del Programa de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) del Hospital de Niños "R. Gutiérrez", marzo-noviembre 2001-2013. El diagnóstico viral (VSR), adenovirus (AV), influenza (IF) y para influenza

(PIV) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos o RT-PCR (IF). Se realizaron series temporales comparando los períodos prevacunación (PreVN) 2001-2011y postvacunación (PostVN) 2012-2013.

### RESULTADOS

De un total de 11306 niños menores de 5 años con IRAB se incluyeron 4998 con diagnóstico de NC. El promedio anual de internación por NC en el preVN fue de 394,8 y en el PostVN 315,5 (reducción del 20.1%; IC95%: 13.13-26.49%; p<0.001). El promedio anual de internación por NC no viral en el preVN fue 255,5 y en el PostVN 183 (reducción del 28.4%; IC95%: 20.5-35.78%; p<0.001). El promedio anual de internación por NC viral en el preVN fue 139,2 y en el PostVN 132 (reducción del 4.8% 95%IC:-8.38-16.49%; p= 0.4758). Las NC de causa viral fueron proporcionalmente mayores en el PostVN; en 2011 representaron el 28% de las NC, 39.6% en 2012 y 44.8% en 2013.

### CONCLUSIONES

Se observó un descenso significativo de las internaciones por NC en forma global luego de la introducción de VCN13 al Calendario Nacional, particularmente en aquellas de etiología no viral. Es fundamental continuar con la vigilancia epidemiológica para evaluar el impacto de esta medida y el comportamiento de los virus respiratorios en relación a las NC.

Periodo	PreVCN13			PostVCN13			
	PreVCN13 Casos	Promedio anual	PostVCN13 Casos	Promedio anual	% de reducción	IC 95%	p
Neumonía consolidante (NC)	4343	394,8	631	315,5	20,1	13.13-26.49	0,000
NC IF negativo	2811	255,5	366	183	28,4	20.5-35.78	0,000
NC IF positivo	1532	139,2	265	132	4,8	-8.38-16.49	0,547



## CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO

**RPD 53**

**Keller R.<sup>1</sup>; Casanueva E.<sup>2</sup>; Zambruno A.<sup>3</sup>; Conzi M.<sup>4</sup>; Musante G.<sup>5</sup>**

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<kellerrodolfo@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La infección congénita por citomegalovirus (CMV) puede tener múltiples presentaciones y generar secuelas a largo plazo. Aún existen controversias en cuanto a su pesquisa intrauterina y su tratamiento pre y postnatal.

### OBJETIVO

Presentar tres casos de niños con CMV sintomático congénito con buena respuesta al tratamiento antiviral y alertar sobre la necesidad del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

### POBLACIÓN

Se presentan 3 pacientes con infección congénita por CMV, que al nacer presentaron calcificaciones cerebrales, hepatitis, Petequias y plaquetopenia, 2 de ellos con restricción al crecimiento intrauterino, todos recibieron tratamiento primero endovenoso con ganciclovir, seguido de tratamiento prolongado por vía oral con valganciclovir. Diagnósticos confirmados de PCR y SHELL VIAL. Se describen complicaciones de la enfermedad, del tratamiento y evolución a largo plazo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis de los casos, resultados y complicaciones con revisión y actualización bibliográfica.

### DISCUSIÓN

La infección por CMV es una de las causas más frecuentes de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de origen infeccioso. En el recién nacido con infección congénita sintomática por CMV, el ganciclovir intravenoso (12 mg/kg/día) en dos dosis durante 6 semanas y el valganciclovir oral 32 mg/kg/día en dos dosis durante 6 meses, han demostrado prevenir el desarrollo de hipoacusia, alteraciones del lenguaje y aprendizaje, y mejorar también la trombocitopenia, la hepatitis colestásica y la coriorretinitis. Con ambos tratamientos, el efecto adverso más frecuente es la neutropenia, que aparece en el 30% de los pacientes. En nuestros pacientes el tratamiento permitió inhibir la replicación viral de forma prolongada, lo cual se ha relacionado con un mejor pronóstico neurológico.

### CONCLUSIONES

La mujer embarazada CMV negativa debe tomar precauciones para evitar la infección. El diagnóstico precoz en el RN permite un tratamiento oportuno con probable reducción de las secuelas neurológicas.

## ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO

**RPD 54**

**Carciente J.<sup>1</sup>; Detke C.<sup>2</sup>; Paviolo M.<sup>3</sup>; Loto Y.<sup>4</sup>; Rodríguez G.<sup>5</sup>; Gonzalez M.<sup>6</sup>**

HOSPITAL SAMIC EL DORADO<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
<carciantecuba@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La adenitis supurativa inicialmente se encuentra contenida por la cápsula del nódulo linfático, posteriormente se acumula material purulento. Si el paciente no es tratado, o lo es en forma inadecuada, puede este material vaciarse en los espacios retro o parafaríngea, formando un absceso o flemón. La infección es polimicrobiana, estreptococos, estafilococos y especies de anaerobios. Las complicaciones más frecuentes son trombosis o erosión de la arteria carotídea, trombosis venosa yugular supurativa y abscesos metastásicos.

### OBJETIVO

presentar un caso complicado grave de absceso laterofaríngeo

### MATERIAL Y MÉTODOS

descripción de un caso clínico.

Niña de 14 años, sin antecedentes patológicos previos, desarrollo psicomadurativo acorde a edad, inmunizaciones completas. Consulta por odontalgia y tumoración en cuello de dos semanas de evolución, sin respuesta a dosis adecuada de amoxicilina-clavulanico. Ingresó: febril, aspecto tóxico-infeccioso, con tumoración de duro elástica, y zonas

fluctuantes de 8x8 cm, dolorosa, en región anterolateral derecha del cuello, trismo, drenaje bucal de material sanguinopurulento fétido, vesículas distribuidas en cuello y abdomen. Laboratorio: GB 12600 (8/79/0/0/11/2), VSG 85, Ecografía de partes blandas: celulitis, adenopatías regionales, absceso de 18 x 28mm. Hemocultivos negativos. Cultivo de secreción flora mixta compatible con anaerobios.

### EVOLUCIÓN

Permaneció internada por 21 días. Requirió drenaje con posterior traqueotomía. ARM por 48hs. Presento como complicación neumonía intrahospitalaria. Recibió tratamiento antibiótico: clindamicina, vancomicina e imipenem. Egresó con buena evolución afebril, retirando traqueotomía a los 7 días.

### CONCLUSIÓN

Los procesos infecciosos odontogénicos por mala higiene bucal y falta de control odontológico son un problema frecuente pudiendo complicarse con abscesos profundos del cuello que pueden comprometer la vida del niño. Por lo que deberíamos como pediatras dar importancia al control bucal en cada control clínico y derivación odontológica precoz para evitar complicaciones mayores. Es necesario tenerlas en cuenta dentro de nuestros diagnósticos diferenciales por la gravedad y mortalidad a la cual pueden evolucionar de forma rápida. Además tener en cuenta las posibles complicaciones nosocomiales asociadas a ARM.



## VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA

**PO 55**

Keller R.<sup>1</sup>; Zambruno A.<sup>2</sup>; Casanueva E.<sup>3</sup>; Conzi M.<sup>4</sup>; Musante G.<sup>5</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<kellerrodolfo@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Tanto el diagnóstico y tratamiento precoz de la sepsis neonatal, como la reducción de la exposición a antibióticos innecesarios repercuten en el éxito terapéutico. Los signos de sepsis en neonatos son inespecíficos. Un marcador sensible y específico permitirá mejorar resultados.

### OBJETIVO

Evaluar la validez diagnóstica de Proteína C Reactiva (PCR) y de Procalcitonina (PCT) como marcadores de sepsis neonatal tardía y definir el valor óptimo que permita distinguir entre pacientes infectados y no infectados.

### MÉTODOS

Análisis observacional, retrospectivo, de sección transversal de los resultados de PCR, PCT y Glóbulos Blancos en pacientes menores de 120 días de vida extrauterina. Como comparador se utilizó un estándar de oro combinado (Cultivo positivo y/o evidencia clínica de infección bacteriana)

### RESULTADOS

Se analizaron 763 eventos de sospecha de sepsis en 564 pacientes (edad: 17.5 días (ic95%: +-1.77) Se observaron 212 infecciones (76 con cultivos positivos) (Prevalencia 10%)  
PCT Infectados: 25.52ug/ml (ic95% +-8.3)\*  
No infectados: 2.3ng/ml (ic95% +-1)®

Mejor Exactitud de la previsión (EP): 5 ug/ml (87%)

Sensibilidad (S): 59%

Especificidad (E): 93%

Valor predictivo positivo (VPP): 68%

Valor predictivo negativo (VPN): 91%

Posibilidad de infección con PCT <0.05ng/ml: 0.4% (+-0.01%)

Posibilidad de infección con PCT >5ng/ml: 93.5% (+-0.5%)

PCR Infectados: 62.7mg/l (IC 12 a 96)

No Infectados: 17.2mg/l (IC 0 a 12) ®

Mejor EP: 192mg/l

Sensib: 16%

Especif: 98%

VPP: 59%

VPN: 86%

Combinación PCR >24mg/l + PCT >5ug/ml: SENS: 37% Especif: 97%

Glóbulos Blancos Infectados: 17200/mm<sup>3</sup> (IC95% +-3100) \*

No Infectados: 12972/mm<sup>3</sup> (IC95% +-624) ®

<5000/mm<sup>3</sup> S: 4% E: 94%

>18.000/mm<sup>3</sup> S: 28% E: 82%

<5000 o >18000/mm<sup>3</sup> S: 33% E: 77%

® Referencia \*p<0.05

### CONCLUSIONES

PCT y PCR son útiles marcadore de sepsis neonatal tardía. Un valor de PCT menor de 0.05ng/ml ayuda en la decisión de suspender antibióticos, mientras que un valor mayor a 5ug/ml y/o una PCR mayor a 48 mg/l debe promover un rápido control de un posible evento infeccioso en curso. La combinación de marcadores aumenta el poder diagnóstico.

## VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

**RPD 56**

Agosti M.<sup>1</sup>; De Barrio A.<sup>2</sup>; Batista G.<sup>3</sup>; Genchi A.<sup>4</sup>; Sosa F.<sup>5</sup>; D'angelo G.<sup>6</sup>; Langard M.<sup>7</sup>; Garcia R.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA LA PLATA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<mragosti@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad endemoepidémica en nuestro medio, por ausencia de la estrategia de vacunación universal. Las epidemias cíclicas se presentan cada 3-5 años. La tasa de ataque secundario en susceptibles es > 80%.

### OBJETIVO

Describir la frecuencia de las consultas por varicela en la atención ambulatoria

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico longitudinal descriptivo de la consulta ambulatoria por varicela en niños de 0 a 15 años asistidos en el Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata, durante el año 2012. Se analizaron las consultas por varicela realizadas en forma ambulatoria en dicho período en los Servicios de Consultorio Externo de Clínica Médica (CM), Emergencias (E) y Enfermedades Infecciosas (EI) Resultados: En el año 2012 se realizaron 127.890 consultas ambulatorias, de las cuales 975 (0,76%) fueron por varicela. La distribución en los tres Servicios analizados fue la siguiente:

CM 53232, E: 74167 y EI 4112 consultas, de las cuales por varicela fueron: 397, 452 y 126 respectivamente El grupo de edad más afectado con 439 consultas, fue el de 2 a 4 años (45,02%), luego de 5 a 9 años con 249 consultas (25,53 %). Se observó mínima diferencia entre los niños de 1 año, 123 casos (12,61%), y los menores de 1 año 116 casos (11,89%). En último lugar se ubicó el grupo de 10 a 14 años con 48 consultas (4,92%). El año 2012 se inició con un número importante de casos asistidos (98). Como es habitual en la epidemiología de esta enfermedad comienza a ascender el número de consultas en el mes de agosto (106) teniendo su pico máximo en el mes de noviembre (181). Del total de niños asistidos ambulatoriamente, 107 requirieron internación; 105 en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y 2 en la Unidad de Cuidados Intensivos. La letalidad fue de 2,1 %.

### CONCLUSIONES

La varicela es una causa importante de morbilidad en <5 años. El costo/beneficio/efectividad de la estrategia de vacunación universal en Argentina fue demostrado. Sin embargo, a más de dos décadas del uso de la vacuna en el mundo, no ha sido considerada su inclusión en el Calendario Nacional. La ley 14.285/2011 estableció la vacunación universal en la provincia de Buenos Aires implementada a partir de agosto 2012.



## DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

**PO 58**

Vazquez M.<sup>1</sup>; Reyes P.<sup>2</sup>; Casanueva E.<sup>3</sup>; Torres S.<sup>4</sup>;  
Richard L.<sup>5</sup>; Kusminsky G.<sup>6</sup>; Rocca Rivarola M.<sup>7</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1234567</sup>  
<flpvazquez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El trasplante de células hematopoyéticas se define como la transferencia de células madre hematopoyéticas de un individuo hacia otro (trasplante alogénico) o la reincorporación de células previamente extraídas al mismo individuo (trasplante autólogo). A su vez, el trasplante alogénico puede ser relacionado (cuando existe relación de parentesco entre el donante y el receptor) o no relacionado (cuando no existe dicha relación). Las causas primarias de morbi-mortalidad temprana son la recaída de la enfermedad de base, las complicaciones infecciosas, la toxicidad asociada al régimen acondicionante, y la falla del injerto. La incidencia de cada una de éstas depende de qué régimen se utilice, la edad del paciente, co-morbilidades asociadas y el desarrollo o no de GVH. La complicación infecciosa en el trasplante de células hematopoyéticas sigue siendo una causa primaria de muerte en el 8% de los pacientes con trasplante autólogo y en el 17-20% de los pacientes que reciben un trasplante alogénico.

### OBJETIVO

Describir y analizar la ocurrencia de infecciones en los pacientes pediátricos con trasplante de células hematopoyéticas en el seguimiento hasta 180 días post trasplante. Analizar la asociación entre el tipo de trasplante y la incidencia de infección.

### MATERIALES Y MÉTODOS/POBLACION

Revisión y análisis retrospectivos de historias clínicas computarizadas de pacientes pediátricos (1 mes a 18 años) admitidos para trasplante de células hematopoyéticas desde 01/01/2003 al 31/04/2013 en el Hospital Universitario Austral.

### DISEÑO

Estudio de una cohorte retrospectiva. Observacional, descriptivo.

### RESULTADOS

Se realizaron 93 trasplantes en 91 pacientes. El 73.1% fueron autólogos y alogénicos relacionados y, el 22.9% restantes, fueron alogénicos no relacionados. Se constataron 178 episodios con sospecha de infección, con rescate de germen en el 51.7% de los episodios. El 76.1% de las infecciones con rescate de germen fueron bacterianas. El 52.8% de los episodios ocurrieron en el contexto de neutropenia febril. Bacteriemia, sepsis e infección asociada a catéter fueron las principales formas de presentación clínica y los gérmenes predominantes fueron *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.* y *Staphylococcus aureus*. La incidencia de infección por CMV fue del 28%.

### CONCLUSIONES

Encontramos una mayor incidencia de infecciones en pacientes con trasplante no relacionado, siendo las infecciones bacterianas las más frecuentes.

## BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011

**RPD 59**

Marzetti S.<sup>1</sup>; Vega Cabezas E.<sup>2</sup>; Moreno M.<sup>3</sup>; Rovira J.<sup>4</sup>;  
Senn N.<sup>5</sup>; Romero A.<sup>6</sup>

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE<sup>123456</sup>  
<DRASANMARZETTI@HOTMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

La brucelosis, enfermedad antroponozonótica, de distribución mundial. Su incidencia es 26 veces mayor de lo reportado. Hay gran heterogeneidad del microorganismo, los animales afectados, y de sistemas de producción y comercialización de los productos agropecuarios transmisores de la enfermedad. Un caso de brucelosis confirmado de *B. Canis*, en niña de 2 años de edad en nuestro hospital, hizo necesaria la búsqueda de foco en humanos y perros.

### OBJETIVO

Conocer la incidencia de brucelosis canis en zona de foco epidemiológico de Río Grande de humanos y perros; y planificar medidas sanitarias de control locales y regionales.

### POBLACIÓN Y METODOS

Se realizó en la ciudad de Río Grande estudio descriptivo, retrospectivo, durante año 2011, debido a la aparición de caso confirmado de brucelosis canis en niña de 2 años de edad, residente de asentamientos irregulares; lo que obligó al control de foco; estudiando perros de la zona (100

animales) y contactos adultos (70 personas). Se realizaron las siguientes serologías: Rosa de Bengala; B.P.A.; Aglutinación en tubo (Wright); Fijación de Complemento; cELISA; RSAT; IELISA; remitidas al Servicio de Brucelosis del Instituto "INAES". Los resultados fueron: 28 perros (28%) y 13 pacientes (18.5%) positivos en las determinaciones RSAT E IELISA; pruebas específicas para brucela canis. No se realizaron hemocultivos por costos. Se indicó tratamiento en los humanos y sacrificaron a los perros, debido a los altos costos del tratamiento en estos últimos.

### CONCLUSIONES

- Existe escasa familiarización de la brucelosis humana por parte de los profesionales médicos, debido a la poca frecuencia de la misma
- El contagio directo a través de la piel es el más frecuente
- La confirmación diagnóstica se realiza por aislamiento del germen y/o serologías con foco epidemiológico positivo
- La mejor manera de progresar en el tratamiento de la brucelosis humana sería la erradicación de la enfermedad en los reservorios animales susceptibles
- Las medidas profilácticas deben tener en cuenta la pasteurización de lácteos y derivados, vacunación en el ganado bovino y protección del personal laboratorios, veterinarios, investigadores y matarifes.

## PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIÁTRICA

**RPD 60**

Moscattelli G.<sup>1</sup>; Bisio M.<sup>2</sup>; Ballering G.<sup>3</sup>; Moroni S.<sup>4</sup>; González N.<sup>5</sup>; García Bournissen F.<sup>6</sup>; Altcheh J.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>2,3,4,5,6,7</sup>

<gimoscattelli@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento parasiticida está indicado en niños con enfermedad de Chagas. Sin embargo no existen formulaciones pediátricas, de benznidazol o nifurtimox, el tratamiento requiere largos períodos de terapia y presenta efectos adversos que pueden ser severos. Por esto, nuevas opciones terapéuticas son necesarias. Es difícil evaluar la efectividad de las drogas mediante las técnicas parasitológicas y serológicas convencionales. Los ensayos de PCR en tiempo real (PCRq) mostraron perspectivas prometedoras como marcadores indirectos de eficacia terapéutica. Sin embargo no han sido adecuadamente evaluados bajo condiciones de atención en los sistemas de la salud.

### OBJETIVO

Validar la detección y cuantificación de *Trypanosoma cruzi* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCRq) en el contexto de la evaluación de la eficacia terapéutica.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Criterios diagnósticos: parasitemia por microhematocrito en

< 8 meses y serología cuantitativa por 2 técnicas (ELISA y HAI) en  $\geq 8$  meses. Analizamos muestras de 72 pacientes con Chagas y 10 no infectados. Los pacientes fueron tratados con benznidazol 5-8 mg/kg/día por 60 días en dos dosis diarias, y evaluados al inicio y al final del tratamiento. Utilizamos un sistema de PCRq multiplex con sondas Taqman (primers cruzi1, cruzi2 y cruzi3 ADN satélite nuclear). Se determinó la sensibilidad analítica (Límite de detección= 2 equivalente de parásito/mL de sangre).

### RESULTADOS

Todos los pacientes fueron asintomáticos y sin compromiso cardiovascular. La edad media de los infectados fue de 3.8 años y de los no infectados de 1.3 meses. La vía de infección más frecuente fue la congénita. Observamos una sensibilidad de PCRq de 94,4% y especificidad de 100%. En las muestras positivas se observaron cargas parasitarias entre 6,35 y 1010 eq par/mL. Todos los pacientes presentaron PCR negativa al final del tratamiento, persistiendo de igual forma al año postratamiento.

### CONCLUSIÓN

El benznidazol es altamente efectivo. La PCRq es un método de alta sensibilidad como evaluador de la respuesta terapéutica, por lo que podría ser utilizado en la evaluación de la eficacia de nuevas terapias tripanocidas.

## ASOCIACIÓN ENTRE EL RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y SEVERIDAD DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

**PO 62**

Coria L.<sup>1</sup>; Murúa N.<sup>2</sup>; Hernández M.<sup>3</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS<sup>2,3</sup>

<leo\_coria@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En la bibliografía se describe una relación inversa entre el recuento linfocitario absoluto (RLA) y la severidad de bronquiolitis por virus respiratorio sincital (VRS).

### OBJETIVO

Correlacionar los RLA de pacientes menores de 2 años con la severidad de bronquiolitis por VRS que requirieron ingreso hospitalario.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte transversal, prospectivo, realizado desde Agosto 2012 hasta Agosto 2013.

Se recolectaron datos demográficos, uso de corticoides previo al ingreso (CPI), co-morbilidades y RLA de pacientes menores de 2 años internados, con diagnóstico de infección por VRS confirmada por inmunofluorescencia indirecta. Establecimos como criterio de severidad la necesidad de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) dentro de las primeras 48hs posteriores al ingreso hospitalario.

Test estadístico: Chi cuadrado y "t" test;  $p < 0,05$  diferencia estadísticamente significativa.

Datos analizados en InfoStat y Microsoft Excel.

### RESULTADOS

Analizamos 112 registros; 99 (88,4%) no requirieron AVM; 13 (11,6%) requirieron AVM. La media del RLA en pacientes sin requerimiento de AVM fue 3989 linfocitos/mm<sup>3</sup> (DS +/- 2417 linfocito/mm<sup>3</sup>), mientras que aquellos que requirieron AVM presentaron una media de 2932 linfocitos/mm<sup>3</sup> (DS +/- 1372 linfocitos/mm<sup>3</sup>) ( $p: 0,02$ ).

No hubo diferencias de edad (7 +/- 5,4 meses vs. 5 +/- 5,5 meses;  $p: 0,31$ ), género (44,4% femenino vs. 30,7% femeninos;  $p: 0,39$ ), uso de CPI (59,6% vs. 84,6%;  $p: 0,12$ ) o presencia de co-morbilidades (30,3% vs. 38,5%;  $p: 0,75$ ) entre ambos grupos.

### CONCLUSIÓN

Nuestra cohorte presentó una correlación inversa entre el RLA y la necesidad de AVM como criterio de severidad.



## AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

**PO 63**

**Vratnica C.<sup>1</sup>; Rojas F.<sup>2</sup>; Fernández M.<sup>3</sup>; Giusiano G.<sup>4</sup>**  
*SERVICIO DE INFECTOLOGIA, HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II" (CORRIENTES)<sup>1</sup>; DEPARTAMENTO DE MICOLOGIA, INSTITUTO DE MEDICINA REGIONAL - UNNE (RESISTENCIA CHACO)<sup>2,3,4</sup>*  
claudiavratnica@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un considerable aumento en las micosis invasoras y un cambio en la frecuencia de los agentes que las producen. Entre ellas, más del 50 % son producidas por hongos levaduriformes, donde las levaduras del género *Candida* son consideradas importantes patógenos nosocomiales, junto a otros géneros antes considerados inoocuos o que raramente producían enfermedad. La candidemia o invasión limitada al torrente circulatorio es frecuente en los pacientes pediátricos, especialmente en aquellos casos de pacientes con cáncer, inmunodeficiencias primarias, neutropenicos, antibioticoterapia, largos periodos de internación, etc. Conocer la epidemiología de las candidemias en unidades de internación pediátrica permitirá desarrollar estrategias para prevenir la infección fúngica y disminuir el riesgo de morbi-mortalidad.

### OBJETIVO

Conocer la frecuencia de especies de levaduras aisladas como agentes de candidemias en pacientes hospitalizados en el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" (Corrientes).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Entre enero del 2009 y noviembre de 2013 se estudiaron

todas las levaduras aisladas de hemocultivos. Se identificaron por características bioquímicas y micromorfológicas y sistema comercial API ID 32C.

### RESULTADOS

Se procesaron 41 levaduras aisladas de 31 pacientes (17 masculinos y 14 femeninos). De cuatro pacientes se procesaron 2 muestras, de uno 3 y de otro 5. Se aisló: *Candida parapsilosis* complex 20/41 (48,8%), *C. tropicalis* 10/41 (24,4%), *C. albicans* 8/41 (19,5%), *C. glabrata* 2/41 (4,9%) y *C. lusitanae* 1/41 (2,4%).

### CONCLUSIONES

Es significativa la elevada frecuencia de levaduras no-*C. albicans* (80,5%), aislándose casi en el 50% de los casos *C. parapsilosis*. Esta especie es un agente exógeno, adquirida por transmisión horizontal principalmente a través de manos del personal, guantes, instrumental contaminado, etc. *C. tropicalis*, la segunda en frecuencia, es una especie con gran capacidad invasora y presenta tendencia a desarrollar resistencia a las drogas antifúngicas, así como *C. glabrata* y *C. lusitanae*. Durante los cinco años estudiados se observó no solo un aumento en la frecuencia de especies de no-*C. albicans*, sino también en el número de levaduras aisladas en hemocultivos (2009: 4 casos reportados, 2013:12). La diversidad y frecuencia de especies encontradas enfatizan la necesidad de aplicar medidas de control eficaces y de vigilar permanentemente para prevenir y controlar la infección fúngica.

## SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO

**RPD 65**

**Distefano N.<sup>1</sup>; Tonetto I.<sup>2</sup>; Teplitz E.<sup>3</sup>; Garat C.<sup>4</sup>;**  
**Echegoyen M.<sup>5</sup>; Diaz Arguello C.<sup>6</sup>; Bonardo V.<sup>7</sup>;**  
**Laspur M.<sup>8</sup>; Panis K.<sup>9</sup>; Velez P.<sup>10</sup>**  
*HOSPITAL ITALIANO BAHIA BLANCA<sup>1,2,3,4,5,6,8,9,10</sup>;*  
*SANATORIO FRANCHINI, CAPITAL FEDERAL<sup>7</sup>*  
<nadia\_dc\_1111@hotmail.com>

### INTRODUCCION

El absceso epidural espinal (AEE) es una entidad rara que no diagnosticada puede ser fatal. El microorganismo comúnmente implicado es el *Staphylococcus aureus* (SAMS). Clínica inespecífica y variable. El tratamiento es médico y quirúrgico, estando en discusión la exclusividad del primero y el momento oportuno del segundo.

### OBJETIVO

Describir la evolución de un caso de absceso epidural asociado a shock medular.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón, 15años, que ingresó en 2012 por parálisis aguda en miembros inferiores, anestesia, arreflexia y parálisis desde D12 con pérdida del control de esfínteres. Presentó fiebre y lumbalgia 48horas previas. Presentó 2 años atrás episodio de neumonía con hemocultivo a SAMS y a los 5 meses osteomielitis lumbar, TAC dorsolumbar: cuerpo vertebral D12 heterogéneo lítico-blástico. Cultivo de material: SAMS. Anatomía patológica: granuloma eosinofílico, sin células neoplásicas. Tratamiento: cefalosporina 1°G (6semanas). Laboratorio: GB 11.500/mm<sup>3</sup> (NT88%), ERS 23mm, PCR

384mg/dl, HMC a SAMS. Radiografía torácica: normal, Radiografía de columna: aplastamiento D10-11, imágenes líticas D10-12; TAC cerebro, toraco-abdomino-pélvica: normal, RMN cérico-dorso-lumbar: heterogeneidad D10-L1. Laminectomía descompresiva D10-11-12-L1, drenaje de absceso con cultivo a SAMS. Recibió cefazolina-rifampicina por 14 días, dexametasona, rehabilitación kinesiomotora, corset rígido dorsolumbar y HBPM profiláctica. Estudio inmunológico normal y PPD negativa. Fue derivado a centro de mayor complejidad, ecocardiograma transesofágico/ transtorácico normales, RMN dorsal aplastamientoD11, compromiso canal medular. Cumplió 110 días TMS-Rifampicina Actualmente, deambula con ayuda.

### DISCUSION

La localización más frecuente: columna dorsal, lumbar y cervical. La RMN gadolinio es el estudio diagnóstico de elección. El 80% asociado a discitis/osteomielitis. En este paciente destaca la historia de neumonía y osteomielitis por SAMS. La antibioticoterapia exclusiva es controvertida, reservada para focos múltiples, elevado riesgo quirúrgico, sin afectación neurológica. El tratamiento quirúrgico ante paresia/plejía menor a 3 días, disfunción vesical/intestinal y fiebre mayor a 72hs. Principal factor pronóstico: estado neurológico al diagnóstico.

### CONCLUSIÓN

El AEE es una urgencia infectológica y neuroquirúrgica, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz previene el daño neurológico irreversible y la muerte.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013

**RPD 66**

De Carli D.<sup>1</sup>; Galiñanes S.<sup>2</sup>; Mirra D.<sup>3</sup>; De Carli M.<sup>4</sup>; Pérez Vargas J.<sup>5</sup>; Muñoz P.<sup>6</sup>; Dolabjan M.<sup>7</sup>; Parezna P.<sup>8</sup>; Checcacci E.<sup>9</sup>

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES<sup>123456789</sup>  
<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años hubo un importante incremento de las infecciones por *Staphylococcus aureus* Resistente a Metilicina (SAMR)

### OBJETIVO

Estudiar las características de las infecciones por *Staphylococcus aureus* y el patrón de resistencia antibiótica

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes internados de 0 a 15 años, de ambos sexos, en que se rescató *S. aureus* en algún cultivo durante el período octubre 2012 a septiembre 2013 inclusive.

### RESULTADOS

Se rescataron cultivos positivos en 53 pacientes: el 64.1% fueron SAMR. El 79.7% de éstos últimos fueron de infección de piel y partes blandas, seguidos de osteoarticular (11.7%) y pleuropulmonar (5.9%). Hubo una sola bacteriemia sin foco. El primer sitio de aislamiento fue la punción aspiración de lesiones de piel (63.1%), seguido de hemocultivos (18.4%) y punciones articulares (10.5%). Su incidencia aumentó a partir del año de edad. Los gérmenes aislados fueron resistentes a

Clindamicina y Eritromicina en 14.8%, Gentamicina en 8.8% y TMS, Ciprofloxacina y Rifampicina en 0%. La resistencia a Clindamicina y Eritromicina fue ligeramente superior en los meses cálidos (17.6%) que en los fríos (11.1%). Los SAMS (35.8%) se recuperaron en primer lugar en niños con infección de piel y partes blandas (36.85), seguidos de bacteriemias (26.3%), infección pleuropulmonar (15.7%) y osteoarticular (10.5%). El sitio de aislamiento predominante fueron los hemocultivos (47.6%) seguido de la punción aspiración de lesiones de piel (28.6%). Su incidencia fue mayor por debajo del año de edad. La resistencia a Gentamicina fue de 26.3% y en un solo caso hubo resistencia a Clindamicina y Eritromicina. Las infecciones por SAMS no desarrollaron focos secundarios, mientras que si se observaron en el 17.6% de los SAMR.

### CONCLUSIONES

Hemos observado infecciones por SAMR, sobre todo de piel y partes blandas. Su mayor incidencia fue por encima del año de edad y con moderada frecuencia (17.6%) se observaron impactos secundarios. Los casos de SAMS fueron menos frecuentes y se observaron preferentemente por debajo del año de edad. Si bien su mayor incidencia también fue en las infecciones de piel y partes blandas, existió una elevada frecuencia de bacteriemias sin foco. La resistencia que hemos observado a la Clindamicina en los SAMR fue elevada (14.8%) y dado que se sugiere no usarla como tratamiento empírico inicial cuando es superior al 10-15%, la hemos reemplazado por TMS con buenos resultados.

## PARACOCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO

**RPD 67**

Vratnica C.<sup>1</sup>; Giusiano G.<sup>2</sup>; Valdovinos Zaputovich B.<sup>3</sup>; Scappini M.<sup>4</sup>; Pruyas C.<sup>5</sup>

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA, HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II" (CORRIENTES)<sup>1</sup>; DEPARTAMENTO DE MICOLOGÍA, INSTITUTO DE MEDICINA REGIONAL - UNNE (RESISTENCIA CHACO)<sup>2</sup>; SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II" (CORRIENTES)<sup>3</sup>; SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II" (CORRIENTES)<sup>4</sup>; SERVICIO DE CLÍNICA, HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II" (CORRIENTES)<sup>5</sup>  
<claudiavratnica@hotmail.com>

Se presenta un caso de paracoccidioidomycosis (PCM) infanto juvenil diseminada aguda en un varón de 13 años proveniente del área urbana de Corrientes capital, con 2 meses de evolución de lesiones tipo molusco-like en tronco y extremidades, seguidas de fiebre vespertina y lesiones nodulares en cara anterior de ambas piernas que desaparecieron espontáneamente luego de 15 días.

Al ingreso presenta poliadenopatías, múltiples lesiones pápulo-eritematosas pequeñas, lesiones ulcerativas en fauces (pilar anterior del paladar y lateral de úvula) y nodulares pequeñas blanquecinas en pared posterior de orofaringe.

El laboratorio revela anemia leve, ligera leucocitosis, eosinofilia y VSG acelerada. Serologías negativas para HIV, CMV y toxocara. Toxoplasma y EBV IgG (+). Hemocultivos negativos. PPD negativa.

Tomografía axial computada de cuello, tórax, abdomen y cerebro (datos positivos): ganglios en rangos adenomegálicos en las cadenas latero-cervicales y ambas fosas supraclaviculares. Múltiples formaciones adenomegálicas, algunas confluentes entre sí, conformando grandes blocks que se distribuyen en el retroperitoneo perivascular, eje espleno-portal e hilio hepático.

Se realiza anatomía patológica de biopsia ganglionar supraclavicular (escisional) y examen micológico de punción aspiración de ganglio. Ambos estudios revelaron la presencia de elementos levaduriformes multibrotantes compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*. Ante este hallazgo se realiza serología por inmunodifusión en gel de agar con antígeno específico de *P. brasiliensis* la cual revela un valor de 1/32. El paciente recibe anfotericina B hasta acumular 15 mg/Kg con buena respuesta, franca disminución de las adenopatías y desaparición de las lesiones cutáneas. El hemograma se normaliza. Luego pasa a itraconazol oral (200mg/día) durante 6 meses, negativizando la serología. Estudios por imágenes al año: sin anomalías.

Resulta importante el informe de este caso dado que en la región del NEA no existen casos informados de PCM infantil, presentándose siempre como la forma crónica del adulto. Esto debe ser tenido en cuenta por la comunidad médica pediátrica para evitar posibles subdiagnósticos.



## ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN DOS HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA

**RPD 68**

**Distefano N.<sup>1</sup>; Tonetto I.<sup>2</sup>; Teplitz E.<sup>3</sup>; Garat C.<sup>4</sup>; Echeگویen M.<sup>5</sup>; Diaz Arguello C.<sup>6</sup>; Laspiur M.<sup>7</sup>; Panis K.<sup>8</sup>; Velez P.<sup>9</sup>**

HOSPITAL ITALIANO BAHIA BLANCA<sup>1,3,4,5,6,7,8,9</sup>; HOSPITAL INTERZONAL JOSE PENNA BAHIA BLANCA<sup>2</sup>  
<nadia\_dc\_1111@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Las infecciones osteoarticulares son graves y frecuentes en pediatría que requieren antibioterapia parenteral y, en ocasiones cirugía. La rodilla y cadera son las más afectadas y el riesgo de complicaciones es alto. El reconocimiento puede ser difícil, en especial en neonatos.

### OBJETIVO

Analizar las características clínicas y microbiológicas de las infecciones osteoarticulares en pacientes pediátricos y neonatales internados en 2 centros de Bahía Blanca, desde 1 de enero 2009 hasta 31 de agosto 2013.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Búsqueda de historias clínicas, de recién nacido a 15 años, con diagnóstico de infecciones osteoarticulares, internados en: Hospital Italiano (privado) y Hospital Interzonal "José Penna" (público), desde 2009 hasta agosto 2013. Se confeccionó planilla de recolección de datos, analizados con el programa Epi info7.

### RESULTADOS

Se registraron 23 episodios en 22 pacientes (2 neonatos),

media de edad: 5 años (rango: 15 días-15 años). El mayor número se registró durante el 2013 (56%); 61 % fueron varones. El 60% de los casos fueron menores de 5 años, con una media de días de hospitalización de 15,7. El 30% presentó factores de riesgo: osteosíntesis, herida de arma blanca, mielomeningocele, extracciones de sangre en talón, prematuridad, traumatismo. Localización: rodilla 43%, cadera 22% y tobillo 13%. Al ingreso presentaron: impotencia funcional (74%), dolor (70%), fiebre (56%) y signos de flogosis (45%). Diagnóstico etiológico (52%) mediante hemocultivo y/o cultivo del líquido articular. La biopsia se realizó en 52% del total de episodios, siendo diagnóstica en el 30%. Los microorganismos: 41,6% SAMS, 25% SAMR, S.pyogenes 16,6%, E.coli 8,3 % y Salmonella 8,3%. La cefazolina fue el tratamiento empírico en el 69,5% (n: 16), el 30% (n:5) rotó a vancomicina; y de los que iniciaron con vancomicina 13% (n:3), el 100% cambió a cefalosporina de primera generación. De los 23 episodios, 2 requirieron UTIP (8,7%). Complicaciones (17,4%): absceso, shock séptico, bridas articulares y un caso fallecido (tasa de letalidad: 4.3).

### CONCLUSION

En nuestros centros, el SAMS sigue siendo el microorganismo más frecuentemente involucrado y la cefalosporina de primera generación el tratamiento inicial. La frecuencia de hospitalizaciones presentó un aumento en el año actual. La presentación más frecuente fue la impotencia funcional acompañada de dolor: con un predominio en el sexo masculino.

## SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A SIFILIS CONGENITA

**RPD 69**

**Etulain P.<sup>1</sup>; Santodomingo M.<sup>2</sup>; Marengo A.<sup>3</sup>**

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA<sup>1,2,3</sup>  
<paula\_etulain@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de sífilis en embarazadas en Argentina es 0,6-3% y la infección congénita 0,9%. De ellos, 2,5-5% pueden presentar síndrome nefrótico. El tratamiento con penicilina resuelve ambas patologías.

### OBJETIVO

Comunicar el caso de un paciente con síndrome nefrótico secundario a sífilis congénita.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

RNT/AEG de 3 meses de edad, consulta por presentar edema bipalpebral bilateral y de miembros inferiores de 24hs de evolución acompañado de un episodio de hematuria. Afebril.

Embarazo controlado con serología materna negativa del tercer trimestre.

Exámen físico: Maculopápulas eritematosas descamativas de 5 mm en rostro, MM II y MM SS. Edema generalizado (godet ++). TA: 126/75 (p95: 110/68).

### HEMOGRAMA Y QUÍMICA SANGUÍNEA:

GR:2820000/mm<sup>3</sup>; HB:6.8g/dl; HTO:21.2%; GB:15600/mm<sup>3</sup>(c4/s 50/eo4/b1/ m 21/l 18/ ci2); Plaquetas:362000/mm<sup>3</sup>;VSG >120mm; PCR 35mg/l; Prot totales:5.1g/dl; albúmina:1.8/dl; urea:0.81g/l; creatinina 0.64/dl; colesterol 246/dl; triglicéridos 825/dl; fibrinógeno 300/dl;

ORINA COMPLETA: densidad: 1025; PH ácido; proteinuria ++++; Hb +++; células epiteliales planas escasas; leucocitos frecuentes; piuria leve; glób. rojos: cpo cubierto. Proteinuria 3,35 g/l; creatinuria 36,8 mg /dl; índice proteinuria/creatinuria: 9,3. UROCULTIVO: Negativo.

LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: Normal- VDRL negativa.

SEROLOGÍA: VDRL + 1/400; FTA-ABS: positiva. VDRL materna al ingreso positiva 1/50

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Riñones aumentados de tamaño con hiperecogenicidad parenquimatosa y pérdida de la diferenciación corticomédular.

RADIOGRAFÍAS DE HUESOS LARGOS: Osteítis y periostitis. FONDO DE OJO: Retinopatía sífilítica leve.

### EVOLUCIÓN

Comienza tratamiento con penicilina G sódica 300.000UI/kg./día, cumpliendo 14 días EV. Tras la primera infusión presenta episodio de desaturación, mala perfusión periférica, hipotensión y fiebre. Requiere inotrópicos durante 72hs y ARM 4 días. Cultivos negativos. Se sospecha reacción de Jarish-Herxheimer. Evolucionan favorablemente, resuelve edemas y la proteinuria se reduce a trazas. Alta hospitalaria a los 15 días. Actualmente en control con servicio de nefrología e infectología.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dada su alta prevalencia en nuestro país y su potencial reversibilidad, considerar el estudio de sífilis ante un caso de síndrome nefrótico congénito con serología negativa del tercer trimestre si la misma no fue realizada en el último mes de gestación.

## PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA

**RPD 70**

**Garnero A.<sup>1</sup>; Bertoni L.<sup>2</sup>; Gomila A.<sup>3</sup>; Vanzo C.<sup>4</sup>; Glatstein E.<sup>5</sup>**

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<avgarnero@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad necroinflamatoria, poco frecuente en pediatría. En los niños en general es leve y de pronóstico favorable por su curso autolimitado con una tasa de mortalidad del 2%, mientras que en los casos severos la mortalidad asciende hasta el 30%.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 34 meses de edad de sexo masculino, previamente sano, que ingresó a UTI el 22 de Junio de 2013 por fiebre, vómitos y dolor abdominal tipo cólico. A las 4 horas del ingreso desmejoró rápidamente con shock séptico. Se le realizó laparotomía exploradora observándose abundante líquido serohemorrágico. TAC de abdomen informa pancreatitis necrohemorrágica severa. Clasificación de Balthazar D.

### LABORATORIO

Amilasa y lipasa elevadas 3 veces por encima de la normalidad. Score de gravedad en pediatría 5-8 con severidad de 80% y mortalidad del 10%. PCR INFLUENZA H1N1 en aspirado nasofaríngeo POSITIVO, resto de estudios etiológicos negativos. Al décimo día de internación reinició cuadro febril y colección peripancreática que requirió drenaje quirúrgico con cultivos negativos. Permaneció 30 días internado en UTI, recibió 15 días de tratamiento profiláctico con Meropenem, 5 días de Oseltamivir. Presentó como complicación diabetes insulínica independiente.

### COMENTARIOS

Hay pocos casos reportados de pancreatitis por H1N1 en adultos durante la pandemia 2009 y ninguno pediátrico. Este es el primer caso reportado en pediatría en nuestro país. Nuestro paciente podría representar una nueva forma de presentación clínica de Influenza H1N1 sin compromiso del aparato respiratorio.

## ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)

**RPD 71**

**De Carli D.<sup>1</sup>; De Carli M.<sup>2</sup>; Mirra D.<sup>3</sup>; Galiñanes S.<sup>4</sup>; Rodríguez L.<sup>5</sup>; Castillo D.<sup>6</sup>; Aguirre A.<sup>7</sup>**

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Los organismos multirresistentes son un desafío para los trabajadores de la salud, por la transmisión y las dificultades de tratar las infecciones en niños de alto riesgo. La epidemiología del SAU y las estrategias de prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud no están bien normatizadas en esta población, por lo que se ideó una estrategia de control de infecciones y evitar la transmisión de estos gérmenes, por medio de vigilancia activa.

### OBJETIVO

Determinar cómo impactan la estrategia de control epidemiológico en la incidencia de infecciones por SAU en las UCIN / UCIP de nuestra institución.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó seguimiento de bacteriemiás por *Stafilococcus Aureus* en pacientes internados en UCIP/UCIN. Se incluyeron a todos los pacientes que estaban internados del 1/10/11 al 30/04/12, primer periodo, y del 01/05/2012 al 30/11/2012, segundo periodo, donde se comenzó a tomar de rutina hisopado de las pacientes ingresados a las terapias y se indican medidas de aislamiento hasta tener el resultado definitivo. Quienes obtuvieron resultados positivos fueron agrupados y se sostuvieron las medidas de aislamiento de contacto,

aquellos pacientes con cultivos negativos solo continuaron con medidas estándares. Además se implementaron medidas de docencia y entrenamiento del personal sobre colocación y cuidado de catéteres y la realización de guías de procedimientos para la institución.

Luego se comparó con los pacientes que presentaron bacteriemiás (definida por el programa VIHDA) por *Stafilococcus Aureus* en los dos periodos definidos.

### RESULTADOS

Se estudiaron un total de 157 pacientes. En el periodo del 1/10/11 al 30/4/12 fueron 89 (57%) pacientes con una incidencia de 10/89 (8.9%) de bacteriemiás por SAU en el primer periodo. En el segundo periodo se estudiaron 68 (43%) pacientes con una incidencia de bacteriemiás de 3 casos 3/68 (4.4%).

### CONCLUSIONES

El rol como grupo de control de infecciones es identificar un problema e intervenir. El uso de cultivos de vigilancia ha demostrado identificar reservorios desconocidos de MOR en niños portadores, y la docencia y entrenamiento del personal de salud ayudo a disminuir las infecciones por SAU. En ausencia de cultivos de vigilancia no se puede detectar la elevada prevalencia de colonización, y predisposición a la infección.

Por lo que se deduce que las estrategias utilizadas fueron capaces de disminuir las tasas de infecciones, generando una evidencia positiva.



## ESTRATEGIA SANITARIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR

**RPD 73**

**Vallejos S.¹; Tirao E.²; Almada D.³**

MUNICIPALIDAD DE JESÚS MARÍA¹,²,³  
<susyvallejos2009@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Para que un programa de vacunación cumpla sus objetivos, se requiere de coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en la población y uno de los pilares fundamentales es intensificando y sosteniendo acciones sistemáticas que favorezcan el acceso a la vacunación.

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar coberturas de vacunación en la población 5 a 7 y de 11 a 13 años de edad, en niños escolarizados en la ciudad de Jesús María.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar los carnets y completar esquemas de vacunación en ese grupo poblacional. Establecer estrategias específicas para aquellos casos que no cuentan con registro. Visitas domiciliarias y vacunación casa por casa.

### METODOLOGÍA

La población estudiada fue niños de 5-7 y de 11-13 años de todas las instituciones escolares de primer nivel en los meses junio a noviembre de 2013. Se solicitó autorización escrita a los padres. Se tomó como base para el estudio, el avance de metas de 2012, con un resultado de cobertura de 83% y 73% para cada grupo respectivamente. Se verificó el estado de vacunación,

registrándose: Nombre, fecha, dni, dirección y área programática por centro de salud, contacto y registro de vacunación. Para quienes no presentaron registro se los contactó por teléfono y se los citó al centro de salud, en caso de no concurrir se visitó al niño a su domicilio donde se completó el esquema.

### RESULTADOS

De un total de 799 niños de 5 a 7 años presentaron registro 403 (50%) de los cuales solo 229 (29%) estaban completos y los 174 (21%) restantes incompletos. Se completó a 157 (95%). En el grupo de 392 niños sin registro que representan el 49% se completó hasta la actualidad un 26%. Del total de 634 niños de 11 a 13 años con registro 366 (58%), solo 351 (55%) estaban completos y los restantes 15 (2%) estaban incompletos y se logró completar el esquema a 11 (73%). En el grupo de niños sin registro 268 (42%) se han completado un 15%. De 399 niñas de 11 a 13 años tenían registro 218 (55%) de las cuales solo 178 (45%) estaban completos y los 29 restantes (7%) incompletos. Se completó a 51 niñas logrando un 82% de cobertura. El conjunto de niñas sin registro 121 (30%) se han completado hasta la actualidad un 7%.

### CONCLUSIÓN

En un área microconcentrada como la escuela se facilita el abordaje y cumplimiento de las metas en vacunación. Se requiere además de la implementación sistemática y regular de políticas de atención en domicilio para asegurar la eficacia.

## EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

**PO 76**

*Opción a Premio*

**Vanzo C.¹; Bertoni L.²; Garnero A.³; Gomila A.⁴;**

**Molina M.⁵; Sferco A.⁶; Glatstein E.⁷**

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA¹,²,³,⁴,⁵,⁶,⁷  
<CAROVANZO@YAHOO.COM.AR>

### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis humana es una infección parasitaria zoonótica, endémica en Córdoba. Afecta a los niños de manera crónica con impacto biológico, psicológico, económico y social.

### OBJETIVOS

Revisar la experiencia acumulada en hidatidosis en niños, factores epidemiológicos asociados, presentación clínica, métodos de diagnóstico y tratamiento específico. Evaluar respuesta al tratamiento y morbilidad del mismo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, de niños de 1 mes a 15 años de edad, internados y ambulatorios con diagnóstico de hidatidosis desde Enero 2000 a Enero 2013. Resultados: 30 casos. Edad media: 9,5 años (3-15 años). El 50% >10 años. Procedencia: 22/30 (73,3%) Córdoba (50% Departamento San Alberto y Calamuchita). Zona rural 25/30 (83,3%), zona urbana 5/30 (16,6%) p=0,001. Contacto perros 22/30 (73,3%) p=0,0036. Contacto con ganado 22/30 (73,3%) p=0,0036. Localizaciones: hígado 21/30, pulmón

12/30, órbita, SNC, riñón. Clínica: hepática 11/21 (52,3%): dolor abdominal y hepatomegalia, pulmonar 10/12 (83,3%): vómita y sobreinfección. Quistes complicados: pulmón 8/19 (42%) ruptura y sobreinfección, hígado 1/51 (2%) ruptura. p= 0,0061. Tamaño >5 cm pulmón 15/19 (79%), hígado 12/51 (23,5%) p= 0,0036. Rx tórax y Ecografía abdominal positiva: 100%. Serología positiva 12/23 (52%). Tratamiento médico: quistes pulmonares 2/19, ciclos 3,5; quistes hepáticos 12/51, ciclos 5. Tratamiento médico-quirúrgico: quistes pulmonares 17/19; quistes hepáticos 39/51. p= 0,32. Técnica quirúrgica: quistectomía. Éxito de tratamiento: pulmón 13/19 (70%), hígado 34/51 (66,6%). Complicaciones terapéuticas: 1 transaminitis, 2 neumotorax y 1 fistula broncopleurál. Seguimiento: 19/30 (63,3%), media 3 años (1-8 años).

### CONCLUSIONES

Se identificaron como prevalentes la edad mayor de 10 años, el contacto con perros y ganado y la localización hepática. Los quistes pulmonares presentaron mayor tamaño y se complicaron en su mayoría. La radiología orientó el diagnóstico en todos los pacientes. Los quistes pulmonares requirieron tratamiento quirúrgico con mayor frecuencia. La media de ciclos de tratamiento médico es similar a la descripta en la literatura.



## ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?

**PO 77**

Ali N.<sup>1</sup>; Caride J.<sup>2</sup>; Gastal M.<sup>3</sup>; Fiorucci M.<sup>4</sup>; Moya E.<sup>5</sup>; Sanchez M.<sup>6</sup>; Parola J.<sup>7</sup>; Valente H.<sup>8</sup>; Vaquero L.<sup>9</sup>; Citate G.<sup>10</sup>; Ceccon A.<sup>11</sup>

HOSPITAL SAN ROQUE GONNET<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>  
<noahgozzen@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una tripanozomiasis, endémica, de curso agudo y crónico, constituye un problema sanitario en el país. El agente etiológico es el *T.cruzi*. La transmisión puede ser vectorial y vertical, principalmente. La forma congénita depende de la infección en las mujeres en edad fértil que presentan parasitemias intermitentes durante el estadio crónico. Nos interesó conocer cuál era la situación de chagas congénito en nuestro medio, para poder actuar en consecuencia.

### OBJETIVOS

Conocer la densidad de incidencia de chagas congénito en nuestra población de estudio. Determinar la tasa de madres con serología positiva para chagas en nuestra población y demostrar cuantos hijos de madres con serología para chagas positiva, realizaron seguimiento completo (dos o más strout, y serología a los 9 meses de vida).

### POBLACIÓN

Incluimos RN vivos en el período de 1 de enero del 2008 al

31 de diciembre de 2012 inclusive, en la maternidad del HIGA San Roque, independientemente del área programática.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un trabajo de investigación observacional de cohorte dinámica retrospectivo a partir de los registros de nacimientos del libro de Alojamiento Conjunto y de las historias clínicas del consultorio de seguimiento de alto riesgo de nuestra población. Los datos volcados en una base de datos de Excel se analizaron con el programa Stata8.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyó un total de 9515 nacimientos; 284 se interpretaron como casos posibles de chagas congénito (madres chagas positivo). La densidad de incidencia de la población en estudio fue de 0.007 personas/meses con un riesgo absoluto de 0.01 y un ODDS de 0.01, siendo la diferencia absoluta de riesgo de 0.7% con un intervalo de confianza 95%, de la diferencia absoluta de riesgo de 0.2%-1.2%. La tasa de madres con serología positiva fue de 2.9%, y el porcentaje de hijos de madres con chagas positivo que realizaron seguimiento completo fue de 19%; con seguimiento incompleto 23.5% y sin seguimiento 57%. Concluimos que el resultado no se condice con la literatura. Creemos que es debido a que la población incluida excede a nuestra área programática, lo que afecta el resultado final de nuestro estudio, llevándonos a reflexionar sobre la organización del sistema de salud.

## TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

**RPD 78**

Vanzo C.<sup>1</sup>; Bertoni L.<sup>2</sup>; Garnero A.<sup>3</sup>; Gomila A.<sup>4</sup>; Glatstein E.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<CAROVANZO@YAHOO.COM.AR>

### INTRODUCCIÓN

La infección asociada a catéter es una de las principales complicaciones en los pacientes oncológicos con catéteres centrales de larga permanencia por su morbimortalidad. La "terapia de bloqueo" tiene como objetivo erradicar las bacterias presentes en el endolúmen y así prolongar la vida útil del catéter.

### OBJETIVO

Describir la experiencia del uso de la terapia de bloqueo asociada a antibióticos sistémicos para el tratamiento de bacteriemia asociada a catéter (BAC) de larga permanencia, no complicada, en pacientes oncohematológicos pediátricos.

### MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de cohorte. Se registraron las BAC no complicadas, tratadas con terapia combinada, en la sala de Oncología durante el período 2005-2011. Variables: edad, sexo, diagnóstico, etiología, antibióticos utilizados y duración. Éxito de tratamiento: a) criterios clínicos: resolución de fiebre y signos de bacteriemia, b)

microbiológicos: hemocultivos y retrocultivo negativos a las 72 horas de inicio de tratamiento c) permanencia del catéter.

### RESULTADOS

Se analizaron 123 episodios de BAC no complicados en 93 pacientes entre 1 y 17 años. Femeninos (45,16%) y masculinos (54,83%). El diagnóstico más frecuente: leucemia linfoblástica aguda. Se registraron 118 infecciones monomicrobianas y 5 polimicrobianas. Etiología: 76/129 (59%) bacilos gram negativos (BGN) y 53/129 (41%) cocos gram positivos (CGP) el más frecuente *Staphylococcus coagulasa* negativo. Los antibióticos de la terapia de bloqueo: vancomicina para CGP y ciprofloxacina, amikacina y gentamicina para BGN. La duración estimada para CGP fue de 7 a 14 días (media: 9,45 días) y para BGN de 10 a 14 días (media: 11 días). La tasa de curación fue 2005: 95,8%, 2006: 89,47%, 2007: 100%, 2008: 95,23%, 2009: 89,47%, 2010: 66,66%, 2011: 87, 5%. Éxito global en 7 años de 89%.

### CONCLUSIONES

Este estudio sugiere que la terapia de bloqueo combinada con antibióticos sistémicos es una alternativa válida y segura para el tratamiento de BAC de larga permanencia no complicada en niños con patología oncohematológica.



## LACTANCIA MATERNA Y HIV: ¿POR QUE NOS OLVIDAMOS DESPUES DE NACER?

**RPD 79**

Ortellao L.<sup>1</sup>; Cantarutti D.<sup>2</sup>; Forchino M.<sup>3</sup>

HOSPITAL ITURRASPE<sup>1,2,3</sup>  
<lucilaortellao@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana se produce por contacto sexual, exposición parenteral a la sangre o transmisión vertical. La ruta primaria de infección en pediatría es esta última, responsable de casi todos los nuevos casos. Las tasas de transmisión varían del 12 al 30% sin tratamiento pero han disminuido notablemente en las madres tratadas y controladas. La transmisión del HIV puede ocurrir antes del parto, durante o después del mismo, a través de la Lactancia Materna. La ruta menos común es transmisión vertical por leche de madre. La transmisión varía de un 14 a un 29% en mujeres que adquieren el virus después de nacer el niño. Esto sugiere que la viremia experimentada por la madre durante la infección primaria duplica el riesgo de infección.

### OBJETIVOS

El objetivo de la presentación es describir 4 casos clínicos de transmisión de HIV por lactancia materna y plantear la necesidad de testeo durante la misma.

### CASOS CLINICOS

1) Mujer que concurre a control de su 3° embarazo. Presenta como antecedente dos gestas previas con serologías negativas de 1° y 3° trimestre.

Su último hijo recibió lactancia hasta los 12 meses.

Su pareja presenta diagnóstico de HIV un año previo a este embarazo.

Se realiza serología de la madre (+) y de los niños que resulta (+) su última niña de 2 años.

Embarazo actual controlado, gemelar, negativo.

2) Mujer que concurre a control de su 7mo embarazo en quien se detecta serología para HIV (+).

Como antecedentes personales presenta 6 gestas previas con serología negativa 1 y 3 trimestre, certificadas.

Refiere que luego de su 6° embarazo comienza a ejercer la prostitución mientras amantaba a su última niña hasta los 26 meses.

Serología de la niña (3 años.): +.

Gesta embarazo actual: negativa.

3) Mujer que concurre a control en semana 32 de embarazo. Se detecta serología + para HIV. Su pareja presenta el diagnóstico hace 3 años. Antecedente de 2 gestas previas con serología negativa certificada que reciben Lactancia Materna actualmente.

Serologías de los niños: +.

### CONCLUSION

Debido a la alta transmisión de HIV por lactancia materna en madres con serologías negativas durante el embarazo, se debería recomendar el testeo serológico de las madres y sus parejas mientras dure el amantamiento.

## INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS

**RPD 80**

Mónaco M.<sup>1</sup>; Pereda R.<sup>2</sup>; Dondoglio P.<sup>3</sup>; Verdaguer V.<sup>4</sup>; Echave C.<sup>5</sup>; Camiansqui M.<sup>6</sup>; Sosa C.<sup>7</sup>; Cancellara A.<sup>8</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<monaco\_rodriguez@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La aspergilosis invasiva es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes hemato-oncológicos. *Aspergillus fumigatus* es el patógeno aislado con mayor frecuencia seguido, en menor proporción, por *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger* y *Aspergillus terreus*.

*Aspergillus terreus* es una causa, cada vez más frecuente, de infección fúngica oportunista, y su gravedad radica en su resistencia a la anfotericina B.

### OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de una niña con LLA e infección fúngica probada por *Aspergillus terreus*.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda en mantenimiento quimioterápico, que concurre al hospital por fiebre sin foco clínico, neutropénica y en buen estado general.

Antecedentes: internación siete meses previos por celulitis en mano secundaria a extravasación de antraciclina.

Se realiza tratamiento ambulatorio empírico con ceftriaxona. A las 48 hs se interna por presentar cultivo a través del catéter positivo para hongo filamentosos hialino. Inicia tratamiento con

anfotericina y se retira el catéter. A las 72 hs se tipifica como *Aspergillus terreus*, según claves taxonómicas en Czapek.

Se rota a voriconazol ev. En la TC pulmonar se observan imágenes nodulares múltiples, algunas con área periférica en vidrio esmerilado, con tractos densos en contacto pleural. Ocupación del seno esfenoidal izquierdo.

El dosaje inicial de Galactomananos fue positivo (1,9) con negativización a los nueve días de tratamiento (0,12)

Realiza 14 días de tratamiento ev, continuando luego con voriconazol por VO, en forma ambulatoria.

### DISCUSION

*Aspergillus terreus* es un hongo ubicuo, asociado a desechos vegetales y a obras de remodelación de hospitales.

Puede recuperarse de hemocultivos durante la diseminación en porcentajes cercanos al 60%, hecho que no es frecuente en el resto de los miembros del género *Aspergillus*. Esto se debe a que presenta conidiación adventicia en los tejidos, produciendo aleuroconidias que permiten su recuperación en la sangre de los pacientes infectados.

La neutropenia junto con el tratamiento con altas dosis de corticoides son los principales factores de riesgo para presentar aspergilosis diseminada, siendo esta patología más frecuente en pacientes hematooncológicos, que en niños con tumores sólidos. El pronóstico de estos pacientes depende de la adecuada tipificación del germen, con inicio precoz del tratamiento antifúngico efectivo y de la recuperación de la neutropenia.

## ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO “AVELINO CASTELÁN” RESISTENCIA- CHACO

**RPD 81**

Chiarelli G.<sup>1</sup>; Morinigo S.<sup>2</sup>; Aguirre C.<sup>3</sup>; Lamberti D.<sup>4</sup>; Corallo T.<sup>5</sup>; Euliarte C.<sup>6</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELÁN; RESISTENCIA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>; HOSPITAL JUAN PABLO II DE CIUDAD DE CORRIENTES. A<sup>3</sup>; SANATORIO ANTÁRTIDA DE RESISTENCIA<sup>4</sup>  
<gmchiarelli\_3010@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un incremento de las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), afectando predominantemente piel y partes blandas.

### OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y evolución de las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* en niños.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se incluyeron todos los niños internados en el Hospital Pediátrico de Resistencia, Chaco desde Enero del año 2010 a abril del 2013, con documentación microbiológica de infección por *Staphylococcus aureus*.

### RESULTADOS

Se hospitalizaron 81 pacientes, 68(84%) con infección por SAMR y 13(16,04%) pacientes con SAMS. La media de edad fue de 63,3 meses. No recibieron medicación antibiótica previa 73 (90%) pacientes (SAMR: 62, SAMS: 11). Del total de pacientes infectados, presentaron Bacteriemia el 21% (17 pacientes). Focos primarios: abscesos en 51 pacientes (SAMR: 46), neumonías en 10 pacientes (SAMR: 8); celulitis en 12 pacientes (SAMR: 8), artritis en 8 pacientes (SAMR: 5). En el año 2007-2008 la prevalencia de SAMR fue para esta zona del país de 60% y en este estudio encontramos una prevalencia del 84%. La resistencia acompañante fue: Clindamicina (9 aislamientos), Eritromicina (8 aislamientos) Trimetoprima- Sulfametoxazol (2), Gentamicina (2). En el período estudiado se produjeron 2 defunciones.

### CONCLUSIÓN

1-Se observa un aumento importante en la prevalencia de SAMR (2007-2008: 60% vs 2010-2013:84%). 2- El tratamiento antibiótico previo no constituyó un factor de riesgo para la infección por SAMR. 3- El foco clínico más frecuente fue el absceso. 4- Con bacteriemia se presentó el 21% de las infecciones. 5-La resistencia acompañante en aumento, nos alerta con respecto al tratamiento en el futuro.

## INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS

**RPD 82**

Sapia E.<sup>1</sup>; Sordelli N.<sup>2</sup>; Barciulli F.<sup>3</sup>; Manolelles G.<sup>4</sup>; De Mena A.<sup>5</sup>; Aurelia F.<sup>6</sup>; Dastugue M.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<yamilasapia@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La infección postnatal por citomegalovirus (CMV) en el recién nacido (RN) se transmite por secreciones cervicales maternas en parto, lactancia materna, transfusión de hemoderivados o fluidos biológicos. La leche materna es la principal fuente de infección.

### OBJETIVO

Describir una presentación clínica muy poco frecuente en un RNT con infección postnatal por CMV, su evolución y tratamiento (TTO).

### CASO

Paciente de 45 días de vida, RNT PAEG con embarazo controlado y perinatólogo normal, consulta al Hospital de Niños R. Gutiérrez por petequias en mejillas, miembros inferiores y gingivorragia. Examen físico: afebril, hematomas, petequias múltiples, hepatoesplenomegalia leve, sin adenopatías. Laboratorio <10.000 plaquetas. Coagulograma normal y Coombs negativa. Ecografía cerebral normal. Se solicitan serologías para toxoplasmosis, sífilis, hepatitis B, C, HIV, rubéola, Epstein Barr, CMV: negativas. El dosaje de inmunoglobulinas con poblaciones infocitarias fue normal. Con diagnóstico presuntivo de PTI recibe gammaglobulina 0.8gr/kg durante 3 días. Por persistir plaquetopénico se

indica punción de médula ósea normal, inicia pulsos de corticoides por 3 días sin respuesta. Por presentar PCR en sangre y médula ósea + para CMV, comienza TTO con ganciclovir ev, con buena respuesta y normaliza las plaquetas. Para descartar infección congénita se solicita cartón de FEI con PCR CMV -. En el interrogatorio surge que el niño fue amamantado por su tía. Se realiza PCR CMV en leche materna y de la tía, ambas + y se detecta en el niño seroconversión IgM + CMV.

### DISCUSIÓN

Habitualmente la infección postnatal por CMV es asintomática, los prematuros de muy bajo peso tienen > riesgo de síntomas: hepatitis, neutropenia, plaquetopenia, apariencia séptica, neumonitis o enteritis. Diagnóstico: al menos 1 de estos 3 criterios: 1) Seroconversión IgM CMV con 1 cultivo o PCR + en orina en RN > 2 semanas. 2) Cultivo o PCR CMV - en orina o sangre en RN < 2 semanas y + posterior. 3) Cultivo o PCR CMV + en RN >2 semanas y PCR - en cartón de FEI.

### CONCLUSIÓN

En un lactante con plaquetopenia se debe considerar las causas infecciosas, autoinmunes e inmunodeficiencias. Diferenciar la infección congénita por CMV (primeras 2 semanas de RN) de la infección postnatal dado que en esta última el riesgo de secuela a largo plazo es menor. La infección postnatal por CMV en el RN suele resolverse sin necesidad de TTO antiviral. El ganciclovir debe reservarse para los casos graves.



## SIFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON, MALVINAS ARGENTINAS

**RPD 83**

Marzana M.<sup>1</sup>; Duro E.<sup>2</sup>; Propato E.<sup>3</sup>; Lopez L.<sup>4</sup>

HTAL. EVA DUARTE DE PERON<sup>1,2,3,4</sup>  
<MAR\_GUCU@HOTMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita continúa siendo un problema importante para la salud mundial, a pesar que hace más de 50 años que existe un antibiótico efectivo. El tratamiento adecuado de la mujer embarazada previene la infección congénita. UNICEF propone como una de las Meta del Milenio disminuir la sífilis congénita a menos de 0.5 por mil nacidos vivos.

### OBJETIVO

Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres con VDRL+, internados en el servicio de neonatología del Hospital Materno Infantil María Eva Duarte de Perón.

### POBLACIÓN

Madres con VDRL + en el Hospital Materno Infantil María Eva Duarte De Perón.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de historias clínicas de los recién nacidos de madres con VDRL positivas, nacidos en el Hospital Materno Infantil María Eva Duarte De Perón desde enero del 2013 hasta el 30 de septiembre

### RESULTADOS

Sobre un total de 3450 nacimientos, 27 madres presentaron

VDRL + que corresponde al 0,78% de los recién nacidos de ese período. La edad promedio de las madres fue de 22 años y el 40% eran  $\leq 18$  de años. El 40% eran embarazos sin control, el 62% de las madres menores no tenían control. El 9,51% no pertenecían al partido de Malvinas. El 80,9% recibieron tratamiento durante el embarazo. El 31,8% de las madres completaron el tratamiento en tiempo y forma junto con sus parejas. El 59% tenían una VDRL > 32 Dils. Respecto al recién nacido, nacieron por parto espontáneo 69%, el 16% fueron < de 37 semanas, el peso promedio fue de 3019 g (DS $\pm$  835 g). El 20% eran menores de 2500 g y el 11,5% eran menores de 1500 g. El 79% fue asintomático, solo uno tuvo manifestaciones clínicas típicas asociado a neurosífilis. Se realizó tratamiento médico según las normas nacionales para ETS. Los pacientes tratados como sífilis congénita fueron el 5,8 por mil RN.

### CONCLUSIONES

Este estudio muestra que los pacientes con sífilis congénita presentaron peores resultados perinatales, por lo tanto: Es necesario mejorar el seguimiento prenatal, por el alto porcentaje de embarazos sin control y madres adolescentes. Investigar la historia de las enfermedades de transmisión sexual en la mujer embarazada. Asegurar el tratamiento de la pareja sexual, debido al bajo porcentaje de adhesión al tratamiento. La prevención de la sífilis congénita y materna en Argentina debe seguir siendo una prioridad de salud pública.

## HOSPITALIZACIONES POR VARICELA

**RPD 84**

Morínigo S.<sup>1</sup>; Chiarelli G.<sup>2</sup>; Corallo T.<sup>3</sup>; Lamberti D.<sup>4</sup>; Aguirre C.<sup>5</sup>; Euliarte C.<sup>6</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELÁN<sup>2,3,4,6</sup>;  
HOSPITAL JUAN PABLO II.<sup>5</sup>  
<SANDRAMORINIGO.1967@GMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad frecuente, contagiosa, por lo general benigna y autolimitada, potencialmente grave.

### OBJETIVO

Analizar las características clínico, epidemiológicas, complicaciones infecciosas y evolución de los pacientes internados por varicela.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, descriptivo, revisando las historias clínicas de los niños hospitalizados por varicela, en el periodo comprendido entre enero del año 2008 a diciembre del 2012. Se excluyeron los casos que presentaron varicela durante la internación.

### RESULTADOS

En el periodo estudiado, se atendieron por consultorio y guardia externa 2194 pacientes con diagnóstico de varicela.

De éstos, el 4% (85 pacientes) fueron hospitalizados. La media de edad fue de 34 meses (rango de 2,6 a 132 meses). El grupo más afectado fueron los menores de 2 años (55,9%) y dentro de estos el 40,4% eran menores de un año. Encontramos 14 pacientes con enfermedad subyacente (6 en menores de 1 año). 66 pacientes se asumieron como portadores de complicaciones: 5 neurológicas (3 ataxia, 2 encefalitis), 9 respiratorias, (5 neumonías y 1 neumonitis), siendo las más frecuentes las infecciones de piel y partes blandas con 52 (61.1%) casos. *Streptococcus pyogenes* (en 3 muestras) y el *Staphylococcus aureus* (en 1 muestra), fueron los gérmenes aislados de lesiones de piel, con bacteriemia en dos casos. La media de estada en el hospital fue de 5,4 días (rango de 1 a 28 días). Falleció 1 paciente por shock séptico a *Streptococcus pyogenes*.

### CONCLUSIÓN

El costo sanitario de la varicela y las hospitalizaciones, junto con el costo social que originan sus complicaciones, ocupan un lugar destacado en el impacto económico de la enfermedad. Durante el período de la adolescencia, el embarazo y en la adultez la morbimortalidad aumenta, por lo que la vacuna tendría indicación en la niñez.

## INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA\*

**PO 85**

Ruvinsky S.<sup>1</sup>; Orduña T.<sup>2</sup>; Arce L.<sup>3</sup>; Mendez G.<sup>4</sup>; San Miguel S.<sup>5</sup>; Maliani M.<sup>6</sup>; Mudrik G.<sup>7</sup>; Alonso M.<sup>8</sup>; Salomon D.<sup>9</sup>

HOSPITAL DR J.P. GARRAHAN<sup>1-9</sup>; HOSPITAL F.J. MUÑIZ<sup>2</sup>; HOSPITAL F. BARREYRO, POSADAS<sup>3</sup>; HOSPITAL MADARIAGA POSADAS<sup>4</sup>; HOSPITAL "DR. CRUZ FELIPE ARNEDE" DE LA CIUDAD DE CLORINDA, FORMOSA<sup>5</sup>; HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO FORMOSA<sup>6,7</sup>; INMET<sup>8</sup>  
<sruvinsky@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La falta de detección precoz en leishmaniasis visceral (LV) se relaciona con incremento en la morbimortalidad. Los CAPS son el pilar inicial del sistema de salud.

### OBJETIVO PRINCIPAL

Implementar una estrategia para incrementar la sospecha y detección precoz de pacientes con LV mediante un programa multicéntrico de capacitación en CAPS de áreas endémicas de Argentina. Objetivo secundario: analizar el conocimiento de la enfermedad y del circuito local de diagnóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio colaborativo multicéntrico, antes después, de intervención. Población: personal de salud que participa en CAPS de áreas endémicas intervención: Implementación de talleres de capacitación participativos e interactivos dirigidos a todo el personal de salud de CAPS, de las localidades de Posadas, El dorado, Oberá, Puerto Iguazú, Formosa y Clorinda. Período de estudio: 1/3/2012-30/4/2013. Análisis estadístico: STATA 8.0

### RESULTADOS

Se realizaron un total de 25 talleres en los CAPS incluidos. En Posadas se capacitó a 35/65 médicos (53%), a 30/81 (37%) enfermeros y 23/72(31) promotores de salud. En Oberá se capacitaron 23/31 (74%) de los médicos integrantes de CAPS. En Formosa capital 105/292 (36%) de los integrantes de CAPS participaron en talleres (56% médicos, 42% enfermeras y 2% promotores sanitarios). En Clorinda participaron 141(83%) integrantes de CAPS (24 % médicos, 26% enfermeras y 50% agentes sanitarios). En evaluaciones pre-taller se constató una mediana de conocimiento global de la enfermedad en el grupo médicos: 61.4% en Posadas, 44.88 (RIC: 32-60) en Oberá, 30% (RIC: 21-30.2) en Formosa Capital y 68.4% en CAPS de Clorinda. Globalmente un 50 % del personal conocía el circuito local ante caso sospechoso.

Relación de casos sospechosos/confirmados 2011 en Formosa 3 rK 39 (casos sospechosos) al igual que en el 2012, al momento no hay casos confirmados. En el 2011 en Misiones hubieron 49 casos sospechosos y 9 confirmados y un total de 108 sospechosos y 12 confirmados (2012-13). La demora al diagnóstico fue 30 días (mediana, r: 15-60 días) en 2011 y de 40 días (r: 7-90 días) en casos confirmados (2012).

### CONCLUSIONES

Se observó déficit en el conocimiento de la enfermedad y del circuito local de diagnóstico, en el personal de salud de APS de área endémica

La baja asistencia a los talleres de profesionales en algunas localidades, implica que para optimizar la capacitación hacen falta metodologías específicas de convocatoria y compromiso.

## PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: DETECCIÓN DE CEPAS VACUNALES, ANTIBIOTIPOS Y SEROTIPOS

**PO 86**

Villagra De Trejo A.<sup>1</sup>; González M.<sup>2</sup>; Assa J.<sup>3</sup>

LABORATORIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS; CÁTEDRA MICROBIOLOGÍA FACULTAD MEDICINA -UNT<sup>2,3</sup>  
<anacvtar@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Vacunas conjugadas de *Streptococcus pneumoniae* (Spn) disminuyen colonización nasofaríngea de serotipos más frecuentemente resistentes a antibióticos.

### OBJETIVO

Detectar cepas vacunales de Spn en Pacientes pediátricos con infecciones invasivas, vacunados o no con la 13 valente, sensibilidad a antimicrobianos y distribución serotipos.

### POBLACIÓN

38 pacientes con infecciones invasivas por Spn (meningitis, bacteriemia oculta, neumonía bacteriémica y peritonitis) setiembre 2011- setiembre 2013, Hospital Niños Tucumán.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo. 20 Pacientes sin vacunas, 9 con dosis incompleta y 9 sin registro. Se realizó en 35 cepas sensibilidad a penicilina (peni) y ceftriaxona (cro), por concentración inhibitoria mínima (CIM) método épsilon test (E-test), se interpretaron con puntos de corte del *Clinical and Laboratory Standard Institute* (CLSI) 2012. A 20 de ellas se determinó serotipo en Instituto Malbrán.

### RESULTADOS

20 Pacientes (53%) sin vacuna, 9 (23.5%) con dosis insuficientes (6 con los serotipos: 1, 11A, 14 y 3 de 23F), 9 sin registro (23.5%). CIM 90 a peni y cro fue de 0.016 µg/ml en meningitis y otros focos. Rangos CIM en meningitis: peni 0.016 a 2 y cro de 0.016 a 0.1; otros focos: peni 0.008 a 1 y cro 0.016 a 0.25 µg/ml. En 20 cepas enviadas al Malbrán, en 5 de meningitis los serotipos fueron: 5, 3, 7F, 18C, 23F. Las 15 restantes, 13 neumonías bacteriémicas, 1 peritonitis primaria y 1 bacteriemia oculta: 5 (1), 4 (5), 2 (23F), 2 (14), 1 (3) y 1 (11A).

### CONCLUSIONES

Mitad de Pacientes sin vacuna, recién en 2012 se implementó al calendario obligatorio. Del 20% al 40% en niños no alcanzan títulos protectores frente al serotipo 23F luego de 2 dosis, esto explicaría infección en pacientes vacunados, al ser colonizante de nasofaringe se encuentra dentro del grupo más resistente a antibióticos, la CIM de 1 y 2 µg/m a peni son del 23F. Las vacunas neumocócicas conjugadas disminuyen rápidamente serotipos vacunales colonizantes de nasofaringe, el 1 y el 5 casi nunca lo son, son susceptibles a antibióticos, en este estudio representan el 50%. Las cepas fueron sensibles a cro y peni, excepto una de meningitis con CIM a peni de 2 µg/ml.



## NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

**PO 87**

Ensínck G.<sup>1</sup>; Lazarte G.<sup>2</sup>; Alvarez M.<sup>3</sup>;  
Lopez Papucci S.<sup>4</sup>; Ernst A.<sup>5</sup>; Miguez N.<sup>6</sup>; Meroi N.<sup>7</sup>;  
Chiossone A.<sup>8</sup>; Aletti A.<sup>9</sup>; Segado A.<sup>10</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE ROSARIO<sup>2345678910</sup>  
<ensinck@intramed.net.ar>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones SAMR-ac se han incrementado en los últimos años en la edad pediátrica produciendo desde infecciones leves de piel y partes blandas hasta infecciones invasivas que comprometen la vida. Las neumonías necrotizantes y las supuraciones pleuro-pulmonares son cada vez más frecuentes.

### OBJETIVOS

1) Evaluar la incidencia de las neumonías a SAMR-ac; 2) analizar las características clínico-epidemiológicas de las neumonías por SAMR-ac y compararlas con las neumonías producidas por *S.pneumoniae*.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, prospectivo observacional y descriptivo de los pacientes internados con diagnóstico de neumonía a SAMR-ac que ingresaron en el Hospital de Niños Vilela de Rosario durante el período de 1/2008 a 11/2013. Se excluyeron las infecciones intrahospitalarias.

### RESULTADOS

Desde 1/2008 a 11/2013 se estudiaron 28 neumonías a *S.aureus*. El índice de neumonías por *S.aureus* fue de 1.23/10.000 hos-

pitalizaciones en el 2008 y 9.20/10.000 hospitalizaciones en el 2013. De estas 73% (23/28) fueron SAMR y 27% SAMS (5/28). El antecedente de infecciones en la familia fue de 24.5%. La mediana de edad de las neumonías a SAMR-ac fue de 16 meses (1-46), la mitad de los casos en <16 meses. Para comparar con las neumonías a neumococo se comparó la población <0 igual a 5 años (17/23 casos SAMR-ac) se observó que el 53% (9/17) se presentó con cuadro de sepsis o shock séptico, 41%(7/17) como neumonía necrotizante y el 100% desarrollo supuración pleuro-pulmonar. El 82% ingreso en UCIP y el 59% ingreso en ARM. El 100 % requirió toilette y el 50% requirió más de dos tubos de drenaje pleural. Cuando se comparó las neumonías a SAMR-ac(17) y a *S.pneumoniae* (10), los pacientes con neumonías a SAMR-ac tuvieron 26.5 veces más riesgo de sepsis o shock séptico, 10 veces más riesgo de ingresar a UCIP y 14.7 veces de ingreso a ARM. Fallecieron 2 pacientes en el grupo SAMR-ac y ninguno en el de *S.pneumoniae*.

### CONCLUSIONES

Se observa un importante incremento de las neumonías a SAMR-ac en los últimos años, la mitad de los casos se presentan en <16 meses como sepsis o shock séptico. Cuando se comparó con las neumonías neumococcicas se observó que las por SAMR-ac tuvieron 26 veces más riesgo de presentar sepsis o shock séptico, 10 veces más riesgo de ingresar a UCIP y 14 veces más riesgo de ingresar a ARM.

## SEPSIS CON MENINGITIS A *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B - REPORTE DE UN CASO

**RPD 88**

Marzetti S.<sup>1</sup>; Rovira J.<sup>2</sup>; Acevedo I.<sup>3</sup>; Marzetti F.<sup>4</sup>;  
Arispe M.<sup>5</sup>; Poggi A.<sup>6</sup>

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE<sup>23456</sup>  
<DRASANMARZETTI@HOTMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de la enfermedad por Haemophilus Influenzae (Hib) ha caído drásticamente desde la vacunación; observándose aumento de la incidencia por Haemophilus no B.

El Hib es patógeno exclusivo del hombre. Cepas pueden ser portadas asintóticamente; es menor en adultos y niños jóvenes, y mayor en preescolares. La colonización por cepas no capsuladas es más común.

Las cepas Hib, son las principales responsables de las diferentes formas de enfermedad invasiva, siendo la meningitis la más común y severa.

El riesgo de enfermedad es mayor entre los 6 y 12 meses de edad; el 85% de enfermedad invasiva ocurre en menores de 5 años y 65 % en menores de 2 años.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 7m sin antecedentes perinatológicos de jerarquía, vacunas completas, presenta cuadro de sepsis por *H. Influenzae* Tipo B, confirmado en Hemocultivo y Cultivo de LCR recibiendo tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 100mg/Kg/día y Amikacina 15 mg/Kg/día durante 10 días.

Se incorpora doble esquema antibiótico dado que el germen informado como Bacilo Gram. (-) era de difícil crecimiento. Se envía muestra al INAES, confirmándose Hib tardíamente.

A los 10 días se realiza RNM cráneo; (TAC de ingreso normal); informando realce leptomeníngeo bilateral en región frontoparietal derecha y localizaciones subdurales, vinculables a empiemas; la cual se repite a los 15 días informando lesiones en regresión. Se realizan PEAT normales y actualmente la niña no presenta secuelas.

### DISCUSIÓN

La vacunación, con base poblacional desde 1997, permitió, por el efecto de rebaño, disminuir la portación nasofaríngea y la enfermedad invasiva por Hib. Sin embargo el resultado de efectividad vacuna es casi del 95% para 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> dosis. (1) La enfermedad invasiva por Hib incluye meningitis, septicemia, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, osteomielitis y pericarditis.

La complicación mas frecuente de la meningitis por Hib es el empiema subdural, absceso de cerebro y secuelas sensoriales (visuales y auditivas) (2).

### CONCLUSIÓN

La enfermedad invasiva por Hib ha disminuido notablemente desde la implementación de la vacuna a partir de la década de los 90

- La eficacia de la vacuna es del 95%, con colocación de 3-4 dosis
- A pesar de la gran disminución de incidencia de Hib, se continúan reportando casos del mismo.
- La sepsis y meningitis siguen siendo las formas más graves de presentación del Hib, y sus secuelas sensoriales y/o neurológicas.

## INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES

**RPD 89**

Alvarez C.<sup>1</sup>; Ramos Mejia L.<sup>2</sup>; Highton E.<sup>3</sup>; Razzetti M.<sup>4</sup>;  
Del Campo L.<sup>5</sup>; Alabart N.<sup>6</sup>; Luedicke N.<sup>7</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS GIANANTONIO  
DE SAN ISIDRO<sup>1234567</sup>  
<carialva@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN

La infección asociada a catéteres venosos centrales (CVC) constituye una de las principales complicaciones de su uso y es la primera causa de bacteriemia nosocomial primaria, esto obliga a tomar constantes medidas de vigilancia epidemiológica y prevención.

### OBJETIVOS

Determinar la tasa de infección asociada a CVC en la sala de pediatría del HMISI en el año 2012 y compararla con las tasas de los años 2009, 2010 y 2011.

### POBLACIÓN

Se incluyeron todos los niños que requirieron CVC en la sala de pediatría del HMISI desde 01/01/12 al 31/12/12. Se evaluaron 45 catéteres, 60 % (27) de no implantables (tipo arrow), 38% (17) de implantables y 2% (1) de semiimplantables, en 31 pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal y observacional.

### RESULTADOS

Las edades de los niños oscilaron entre 4 meses y 14 años. De los 45 catéteres evaluados 17 de ellos presentaron infección, 7 sufrieron complicaciones mecánicas, 13 se retiraron por fin de tratamiento y 1 por óbito. Los 7 restantes permanecieron

colocados sin complicaciones hasta el 31/12/2012. Del total de CVC infectados, 9 se produjeron en pacientes oncológicos, representando un 29,03% del total de nuestra población.

Los gérmenes aislados fueron Gram (+) en un 53% (y de éstos un 78% estafilococo), un 41% Gram (-) y un 6% levaduras. En el año 2012 el germen predominante fue el SCN (5) y entre ellos 1 caso SCN MR.

Las tasas de infección asociada a CVC, comparativamente, fueron las siguientes:

Año	Sin bacteriemia	Con bacteriemia
2009	4,1%	1,7%
2010	1,3%	1,3%
2011	2,1%	1,06%
2012	3,29%	1,8%

### CONCLUSIÓN

En conclusión, vemos un incremento del 23% en las tasas de infecciones asociadas a catéteres con y sin bacteriemia respecto al año 2012, aunque el tiempo de permanencia de los mismos se redujo a la mitad. Con respecto a los microorganismos aislados en nuestro estudio se observa que prevalecen los cocos gram positivos, coincidentemente con la literatura internacional. La implementación de tareas rutinarias de vigilancia intensificada y permanente en nuestra sala de internación es posible y efectiva considerando la disminución de infecciones asociadas a CVC en los años 2010 y 2011. Es de vital importancia seguir concientizando a todo el personal de salud sobre las medidas de prevención, lograr el compromiso institucional y estimular el trabajo en equipo.

## INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)

**RPD 90**

Bravo G.<sup>1</sup>; Scorzato L.<sup>2</sup>; Giurro R.<sup>3</sup>; Montoto M.<sup>4</sup>;  
Buero Trebino A.<sup>5</sup>; Monzon N.<sup>6</sup>

HOSPITAL PENNA<sup>123456</sup>  
<myg20@hotmail.com>

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son una causa frecuente de consulta pediátrica y han cambiado su epidemiología en los últimos años. La alta incidencia de *Staphylococcus aureus* (Sau), lo convierte en el principal exponente para este tipo de patología. A partir de 1990 se observa un incremento en las cepas resistentes a la meticilina (SAMR), generando un problema en su tratamiento empírico. Años más tarde emergen cepas de Sau de la comunidad (CAMRSA) al parecer más virulentas, que podría complicar el cuadro por tratarse ahora de un germen causante de multi-abscesos, infecciones invasivas, complicaciones, sepsis y muerte.

### OBJETIVO

A partir de un estudio sobre prevalencia y sensibilidad antibiótica, en muestras de lesiones obtenidas de pacientes internados con IPPB, analizar las características etiológicas, clínicas, laboratorio y el uso antibiótico (ATB) instaurado.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes pediátricos de 1 a 14 años de edad con diagnóstico de IPPB, durante el período: 1/6/2011 al 30/07/2013, internados en la sala de Pediatría del Htal. Ge-

neral de Agudos J. M. Penna. Las muestras se obtuvieron por punción aspiración a través de piel sana. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes que obtuvieron cultivos +, registrándose: sexo, edad, tipo de lesión, ATB inicial, evolución, parámetros de laboratorio.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 38 aislamientos +, 36 correspondieron a S. Aureus (SAU), de los cuales 34 resultaron meticilino resistente de la comunidad (CAMRSA), y 2 meticilino sensibles (CAMSSA), 1 E. coli, y 1 con CAMRSA y S. agalactiae. El promedio de edad (meses): 45 (Rango (R): 2-156); 24 (64 %) sexo masculino, 14 (36%) femenino. La lesión inicial: absceso: 23 (61%), celulitis: 14 (36%), piodermitis: 1 (3%). Antibiótico de inicio: Clindamicina: 29 (76%), Clindamicina+Cefalosporina de 3ra: 4 (11%), Cefalosporina de 1ra: 4 (11%), Ampicilina Sulb.: 1 (2%). Laboratorio: Rto blancos (media): 15788 cels/mm<sup>3</sup> (R: 4160-28770). PCR (mg/dl, media): 3,38 (R: 0,05-13,6). Todos tuvieron evolución favorable.

### CONCLUSIONES

El 90% de los aislamientos resultaron CAMRSA. De los resultados, se infiere que el tratamiento con Clindamicina o TMS SMX, es entonces, la terapia adecuada en nuestra comunidad pediátrica, para esta patología. Destacamos la toma de muestra, que posibilita ajustar el tratamiento en cada caso, y brinda la información necesaria para realizar estudios epidemiológicos locales de este tipo.



## MENINGITIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)

**RPD 92**

**Galeano F.1; Crotti S.2; Bravo G.3; Szwarz J.4;  
Scorzato L.5**

HOSPITAL PENNA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<galeanofernanda@gmail.com>

A pesar del incremento de las infecciones por (SAMR), éste germen permanece aún, como una causante poco frecuente de meningitis. Si bien, existen pocos datos sobre la incidencia en nuestro país, en Estados Unidos, se corresponden con el 1-3% de los casos de meningitis, y estos se han asociado a altas tasas de mortalidad.

### OBJETIVO

Presentación de un caso de meningitis por SAMR.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 3 años de edad, que ingresa en mal estado general. Según relato materno el cuadro inició aproximadamente diez días previos con lesión en rodilla izquierda, que evolucionó con edema del miembro, ocasionando la impotencia funcional del mismo. Al ingreso se constata paciente comatoso, sin respuesta al estímulo doloroso, taquicardico, taquipneico, hipotenso, relleno capilar enlentecido, pulsos periféricos débiles. Petequias y equimosis de distribución generalizada y necrosis distal en dedos de manos y pie izquierdo. Inicialmente se coloca O<sub>2</sub> por mascara

de reservorio, se realizan dos expansiones, y se medica empíricamente con ceftriaxona y vancomicina asumiendo cuadro como meningococcemia. Debido descompensación hemodinámica que presentaba el paciente se realizaron medidas de rescate avanzadas: sedación con ketamina, vía venosa central y secuencia rápida de intubación. Pese a las medidas de sostén el paciente evoluciona con compromiso del tronco encefálico, por lo que se realiza test de apnea y EEG durante 2 minutos no constatándose actividad eléctrica, como resultado de ambos estudios el equipo de Bs As trasplante determina muerte cerebral.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Leucocitos: 20.200 (PMN 74%), trombocitopenia 84.000, LCR: recuento celular: 550/mm<sup>3</sup> (PMN 80%). Resultados de cultivos positivos para SAMR en HMCx2 y LCR, (sensible a eritromicina, gentamicina, clindamicina, linezolid, vancomicina, teicoplanina, ciprofloxacina, minociclina, tetraciclina, trimetoprima sulfametoxazol, resistente a oxacilina).

### CONCLUSIÓN

Es importante remarcar que si bien la clínica del paciente encuadra en otros diagnósticos diferenciales como meningococcemia, el aumento en la frecuencia de infecciones por SAMR, y su amplio espectro de expresiones clínicas deben ser tenidos en cuenta a la hora de instaurar tratamiento.

## ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO

**RPD 93**

**Palma M.1; Hernandez S.2; Salas Lopez E.3;  
Taponnier G.4; Gregorio G.5**

HOSPITAL NACIONAL PROFA. POSADAS<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<meriapal@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Los aneurismas micóticos son excepcionales en niños. Se encuentran más frecuentemente en la arteria femoral y la aorta abdominal, y son infrecuentes en arterias cerebrales. Los microorganismos más frecuentemente implicados son *Staphylococcus aureus* y bacilos gram negativos.

### OBJETIVOS

Describir un caso de aneurisma micótico secundario a bacteriemia primaria por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de la comunidad, dado la infrecuencia de esta patología en la edad pediátrica.

### CASO CLINICO

Niña de 3 años de edad, previamente sana, que consulta por síndrome febril prolongado de nueve días de evolución, realizando previamente reiteradas consultas médicas con diagnóstico de faringitis. Comenzando luego de 8 días con irritabilidad, decaimiento, dolor cervical, sin mejoría de la curva térmica por lo que concurre al hospital, constatándose cuadro compatible con síndrome meníngeo. Se realiza punción lumbar con citológico patológico compatible con

meningitis bacteriana, comenzando tratamiento con ceftriaxona y dexametasona. Se constata bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de la comunidad, rotándose antibioticoterapia a vancomicina y rifampicina. Al 5to día se realiza TAC de cerebro donde se visualiza hemorragia subaracnoidea en cisterna silviana izquierda, y se solicita angiorresonancia de vasos intracraneales evidenciándose aneurisma de la arteria cerebral media izquierda. Se realiza tratamiento quirúrgico y completa posteriormente antibioticoterapia por 6 semanas. Las secuelas postquirúrgicas fueron hemiparesia derecha, déficit comprensivo con ausencia de expresión verbal, actualmente en rehabilitación con evolución favorable.

### COMENTARIOS

Presentamos este caso por la infrecuencia de esta patología en niños, habiendo escasos reportes bibliográficos y controversias en el tratamiento. Consideramos que la bacteriemia persistente por SAMR-CO permitió la colonización de la arteria cerebral media izquierda, la formación del aneurisma, el sangrado y la posterior afección meníngeo. El diagnóstico se realizó mediante angiorresonancia. En nuestra paciente por presentar un aneurisma de gran tamaño, en una arteria de alto flujo, con alto riesgo de complicaciones se realizó tratamiento combinado con antibioticoterapia y quirúrgico, con buena evolución.



## NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR

**RPD 94**

Chavez M.<sup>1</sup>; Fernandez G.<sup>2</sup>; López Garces J.<sup>3</sup>;  
Steinbach M.<sup>4</sup>; Scorzato L.<sup>5</sup>; Montoto M.<sup>6</sup>

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "J. M. PENNA" <sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<maruchavez85@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina adquirido en la comunidad (SAMR-AC) es un patógeno emergente que causa infecciones graves en pacientes previamente sanos. Su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años. Los focos iniciales son piel y partes blandas, pudiendo generar focos secundarios en otros órganos, más frecuentes hueso y pulmón, aumentando así la morbimortalidad.

### OBJETIVO

Reportar caso de Neumonía necrotizante por SAMR-C secundaria a diseminación hematológica con foco primario en piel.

### LUGAR Y DISEÑO

Sala de internación Pediatría del Hospital José M. Penna. Reporte de caso.

### CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 13 años, sin antecedentes patológicos, presenta 2 semanas previo a su internación una herida cortante en hallux derecho; consulta luego de 3 días por dolor en dicha región, fiebre y dificultad respiratoria, donde se le indica Amoxicilina- Clavulánico. Luego de diez días de evolución, por persistencia de sintomatología con-

sulta nuevamente. Se encuentra paciente en regular estado general, febril, con crepitantes bilaterales, hipoventilación de base izquierda; edema de pie y pierna derecha, de 36,5cm de diámetro (miembro inferior izquierdo de 32cm), impotencia funcional, rubor, calor y hallux con boca de drenaje espontáneo. Leucocitos 33700/mm<sup>3</sup> (91% polimorfonucleares), HMC x 2 y Cultivo de lesión: SAMR-AC +. Antibiograma: Sensible a Clindamicina, Eritromicina, Gentamicina, Vancomicina, TMS; resistente a Oxacilina, Ampicilina- Sulbactam, Cefalotina. Rx Tórax: infiltrado difuso bilateral con pequeños focos de consolidación. Ecografía pleural: derrame pleural izquierdo no tabicado de 50cc. Tomografía computada de tórax: múltiples dilataciones bronquiales con engrosamiento periférico, algunas con niveles hidroaéreos. Cavidad en base derecha con contenido en su interior, derrame pleural izquierdo mínimo. Tratamiento con Vancomicina 10 días y Gentamicina 5 días. Presenta evolución favorable durante sus 12 días de internación. Se efectúa egreso hospitalario con Clindamicina a cumplir 21 días de tratamiento antibiótico total.

### CONCLUSIONES

Debido a su epidemiología, SAMR-C es un agente a tener en cuenta como etiología probable de Neumonía adquirida de la comunidad, aún en pacientes previamente sanos. Produce una rápida destrucción del parénquima pulmonar, llevando a la muerte en más del 50% de los casos. Es de suma importancia su detección y tratamiento efectivo precoz para lograr una disminución en la morbimortalidad.

## FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS

**RPD 97**

Poet M.<sup>1</sup>; Pastaro D.<sup>2</sup>; López Papucci S.<sup>3</sup>; Ensínck G.<sup>4</sup>;  
Lejona S.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS VJ VILELA<sup>1</sup>; CARRERA DE POSTGRADO EN  
PEDIATRÍA (UNR)<sup>2</sup>; SERVICIO DE INFECTOLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS  
VÍCTOR J. VILELA<sup>3,4</sup>; SERVICIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR, DPTO. BIO-  
QUÍMICO SECR. SALUD PÚBLICA DE ROSARIO (S. FE).<sup>5</sup>  
<martipoet1@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La fiebre hemorrágica argentina (FHA) es una zoonosis cuyo agente etiológico es el virus Junín. Es endémica en las provincias de Santa Fe, Córdoba, La Pampa y Buenos Aires. En los últimos años el desarrollo de la técnica de reacción en cadena de polimerasa aceleró el diagnóstico a 24 – 48 horas. El tratamiento con plasma inmune en los primeros 8 días reduce la letalidad a menos de 1 %. La vacuna Candid 1 tiene una eficacia mayor al 95%.

### OBJETIVO

Describir las características y evolución de casos de FHA, ocurridos entre 2008 y 2013 en menores de 15 años tratados en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela (H.N.V.J.V) de la ciudad de Rosario.

### POBLACIÓN

Todos los casos de FHA en menores de 15 años tratados en H.N.V.J.V entre 2008 y 2013.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo, analizando historias clínicas.

### RESULTADOS

Entre 2008 y 2013 se diagnosticaron 3 casos de FHA, todos

precedentes de zona rural y en invierno.

Caso 1 Femenina 12 años, derivada por diarrea, vómitos y fiebre de 10 días. Al examen palidez, enantema en paladar, lengua saburral, escleras congestivas, mialgias y cefalea. Laboratorio: 1500GB y 26000plaq. Velocidad de eritrosedimentación (VES) 24 mm, KPTT 62, TGO x 10 y hematuria. Al ingreso se administra plasma de convaleciente. Permanece en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 12 días. Presenta convulsión tónico-clónica generalizada. Instaura síndrome de distrés respiratorio agudo. Requiere asistencia respiratoria mecánica (ARM) 8 días y 9 de inotrópicos. Complicaciones: sepsis a *Staphylococcus aureus* MR e insuficiencia renal aguda. Alta

Caso 2 Femenina 11 años, ingresa en status convulsivo a UCI, tras 7 días de fiebre y vómitos. Al examen inyección conjuntival, epistaxis. Laboratorio: 2000GB. y 52000plaq. VES 5 mm, TGO x 4, hematuria. Requiere ARM 6 días y 4 de inotrópicos. Por RMN: Encefalitis. Al ingreso se administra suero de convaleciente. Alta. Sigue en control con Neurología por convulsiones.

Caso 3 Masculino 14 años, cuadro de 5 días de fiebre, vómitos y cefalea. Al examen petequias en ramillete dispersas, adenomegalias cervicales, membranas en amígdalas. Laboratorio: 2000GB. y 79000 plaq. VES 8 mm, TGO x 2. En 8º día se administra suero de convaleciente. Alta

### CONCLUSIÓN

Debido a que la FHA es una enfermedad endémica en nuestra región con diversas formas de presentación, resulta fundamental sospecharla para lograr un diagnóstico y tratamiento temprano y reducir la morbimortalidad.



## CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013

**RPD 98**

Uranga M.<sup>1</sup>; Casanueva E.<sup>2</sup>; Aprile F.<sup>3</sup>; Bringas H.<sup>4</sup>;  
Loguzzo O.<sup>5</sup>; Nocera R.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<macarenaur@hotmail.com>

La SPP en niños es complicación de la neumonía bacteriana. En los últimos años se han evidenciado cambios en la etiología con disminución en la frecuencia del *Streptococcus pneumoniae* (SPN) y aumento en la frecuencia de gérmenes resistentes como *Staphylococcus aureus* metililino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-c).

### OBJETIVOS-MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo.

- Analizar la prevalencia y etiología bacteriana de la SPP y su susceptibilidad a los antibióticos 2010 a 2013 (octubre).
- Evaluar si la etiología de la SPP tiene relación con la edad.

### RESULTADOS

Se evaluaron en total de 131 pacientes con empiemas pleurales internados en nuestro hospital entre el 1/01/2010 y el 31/10/2013. La mediana de edad fue 38,5 meses (rango 1-200). Razón varón/mujer: 1.5. En 69 (52.6 %) se aisló agente etiológico por cultivo o gram de líquidos estériles. En 36 casos se aisló SPN o diplococos gram positivos (52%) y en 33 casos SAMR-c (48 %). La Prevalencia de la SPP por 10.000 egresos, mostró una tendencia decreciente desde el 2011, con una fluctuación en la prevalencia del empiema por SAMR y SPN, que en el último año mostró un fuerte aumento en la frecuencia del SAMR-c.

	2010	2011	2012	2013
Empiemas	56	65,3	57,7	42,6
SPN	20,81	13,4	20,8	4
SAMR-c	11,2	16,75	6,4	24,3
Negativos	24,6	35,1	30,5	14,2

Todos los *Staphylococcus aureus* fueron metililino resistentes, en 28/33 se pudo evaluar el antibiograma completo, solo 1 presentó resistencia a la eritromicina y clindamicina. De los 31 SPN aislados, el 100% fue sensible a la penicilina, en 16/31 se pudo evaluar el antibiograma completo, en 4/16 presentó resistencia a TMS.

De los 31 SPN y 5 diplococos gram positivos aislados, el 80% (25/36) ocurrieron en niños mayores de 2 años y el 20% (11/36) en menores de 2 años. De los 33 aislamiento de SAMR 60% (20/33) ocurrieron en niños menores de 2 años y 36% ( 12/33) en mayores de 2 años, mostrando una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el agente etiológico (p 0.044)

### CONCLUSIONES

Los agentes etiológicos de SPP en niños en nuestro hospital fueron el SPN y SAMR-c, con una prevalencia de la SPP con tendencia decreciente desde el 2011 y un fuerte aumento en la frecuencia del SAMR-c en el 2013. SPN fue más frecuente en los mayores de 2 años y SAMR-c en menores de 2 años, con una diferencia estadísticamente significativa. Ceftriaxona/clindamicina o ampicilina/clindamicina es el tratamiento empírico inicial propuesto dependiendo de la edad y antecedentes de vacunación

## FIEBRE TIFOIDEA EN PEDIATRÍA

**RPD 99**

Biancolini J.<sup>1</sup>; Iglesias A.<sup>2</sup>  
HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2</sup>  
<jbiancolini@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Fiebre Tifoidea (FT) es una enfermedad sistémica grave, causada por *Salmonella Typhi* (ST). Se presenta con fiebre prolongada, debilidad, dolor abdominal, náuseas y diarrea. Constituye un problema sanitario a nivel mundial siendo endémica en India, sureste asiático, África, Centroamérica y algunas áreas de América del Sur. En Argentina, la tasa de incidencia es de alrededor de 0.5 casos cada 1000000 habitantes (21 casos/año). Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, transmitiéndose a través del contacto directo con una persona enferma o portadora, o mediante la ingestión de alimentos o agua contaminados. Los seres humanos son la única fuente de ST.

Si no se inicia el tratamiento (TTO) antibiótico oportunamente, en la tercera semana pueden aparecer complicaciones (perforación intestinal, colecistitis, tromboflebitis, osteomielitis, abscesos) en ello radica la importancia de incluir a la FT en la lista de diagnósticos diferenciales en niños que cursan síndrome febril asociado a síntomas digestivos.

### OBJETIVOS

Descripción de un cuadro de FT y su evolución.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción de un paciente de sexo masculino de 6 años de edad internado en este hospital en 2012. Descripción: Paciente valorado en guardia por cuadro de diarrea de 10 días de evolución acompañado por síndrome febril y dolor abdominal de igual tiempo de duración. Orina completa, Rx tórax y abdomen de pie, y ecografía abdominal normales. Hemograma: plaquetopenia leve. Química: moderado aumento de transaminasas. Coprocultivo y serologías virales negativos. Egreso hospitalario con pautas de alarma y control evolutivo. A las 48hs se lo valora en regular estado general. Se interna. Urocultivo (negativo), Hemocultivos por 2 positivos para ST. Recibió 14 días de TTO con Ceftriaxona de acuerdo a antibiograma con buena evolución del cuadro.

### CONCLUSIÓN

La FT es una infección invasiva grave, endémica en países en vías de desarrollo. El diagnóstico se basa en datos epidemiológicos, clínica compatible y exámenes microbiológicos: HMC (sensibilidad del 50-70% en la 1° semana), Coprocultivo (sensibilidad del 60% en la 2° o 3° semana) y/o medula ósea (sensibilidad > al 90%) A diferencia de la gastroenteritis por Salmonella, en la FT, el TTO genera una disminución de la mortalidad del 10 al 1%. Dadas las variaciones en los patrones de resistencia, es importante la adecuación del TTO a la sensibilidad del germen aislado.

## SIFILIS CONGENITA

**RPD 102**

**Ferrucci G.<sup>1</sup>; Gancedo C.<sup>2</sup>; Martínez L.<sup>3</sup>; Wittlis W.<sup>4</sup>; Callai A.<sup>5</sup>; Antonioli M.<sup>6</sup>; De Yanis C.<sup>7</sup>**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MUNICIPAL DE TIGRE, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA INFANTIL<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<gsferrucci@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional sin tratamiento puede producir abortos, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer, e infección congénita con diversos grados de afectación.

### OBJETIVO

Describir la población de pacientes que se internaron con diagnóstico de sífilis congénita (SC) en el Hospital materno infantil de Tigre en el año 2013.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional; descriptivo, SE 1-50 del año 2013. Ingresaron en el estudio todos los niños internados con diagnóstico de SC según normas nacionales.

Evalúamos en la población materna edad, nivel de educación, número de gesta, control del embarazo y tratamientos recibidos. En los RN, características clínicas, laboratorio, imágenes, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS

La población estudiada 12 RN. Tasa de incidencia de 0,4/1000. Las madres tenían mediana de edad 22 años

(17-38), ninguna completó el nivel secundario de enseñanza. Sólo dos fueron gesta 1. Ninguna de ellas controló éste embarazo ni realizaron tratamiento para sífilis. Hubo 4 sexo masculino; 10 RNT; 2/10 RNTBPEG (media de peso 3152g); RNPT 2 (media de peso de 1770g). Del total de pacientes; 3(25%) presentaron compromiso de SNC con VDRL + en LCR. Los títulos de VDRL fueron iguales o menores que los maternos en los que no tuvieron neurolúes. Ningún paciente presentó alteraciones óseas, hepáticas, ni renales. Los RN con neurolúes presentaron títulos mayores de VDRL con respecto a los maternos, visceromegalias al examen físico, 1/3 lesiones abiertas en manos y pies y secreciones nasofaríngeas espesas; 2/3 plaquetopenia intensa y todos recuentos de glóbulos blancos mayores de 15000. En LCR sólo proteinorraquia. Ecografía cerebral normal. Todos completaron tratamiento con penicilina y evolucionaron favorablemente.

### COMENTARIO

El embarazo no controlado y el nivel educativo incompleto en nuestra población materna fueron factores predisponentes importantes para que nazca un niño con sífilis. En los lactantes el valor de VDRL mayor que el materno y al examen físico la hepatoesplenomegalia; además de alteraciones en el laboratorio, identificaron los que tuvieron compromiso neurológico y mayor morbilidad.

## DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES : EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

**PO 103**

**Buendia J.<sup>1</sup>; Colantonio L.<sup>2</sup>; Urman G.<sup>3</sup>; Urman E.<sup>4</sup>; Grosman A.<sup>5</sup>**

UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA ; UNIVERSIDAD MAIMONIDES ; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES<sup>3,4,5</sup> ; HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES ; UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES<sup>1</sup> ; SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, UNIVERSITY OF ALABAMA, BIRMINGHAM, EE.UU.<sup>6</sup>

<JEFFERSON.BUENDIA@GMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

Existe controversia alrededor del abordaje del lactante febril sin foco de 1 a 3 meses (LFSF) y detección temprana de infección bacteriana severa (IBS) en dicha población.

### OBJETIVO

Evaluar la costo-efectividad de 4 estrategias diagnosticas para la detección de IBS en LFSF en la Argentina

### METODOLOGÍA

Mediante la técnica de árbol de decisiones, se evaluó el costo efectividad de 4 estrategias diagnosticas para la detección de IBS: Escala de Rochester (ER) + Proteína C reactiva, ER + Procalcitonina , ER y conducta expectante. Se utilizo una cohorte hipotética de 10 000 niños entre 1 a 3 meses con diagnóstico de LFSF. El desenlace principal para cada prueba se expreso en razones de costo-efectividad incrementales.

### RESULTADOS

La estrategia ER+ proteína C reactiva resulto ser la estra-

tegia más costo-efectiva: US\$ 784 por caso correctamente diagnosticado de IBS. El costo adicional por cada caso correctamente diagnosticado con la ER+ procalcitonina frente a ER+PCR fue de US\$5378 mientras que el manejo expectante y ER resultaron ser estrategias dominadas.

### CONCLUSIÓN

La utilización combinada de la escala de Rochester y Proteína C reactiva constituye la estrategia con el mejor balance entre efectividad y costos para la detección de IBS en LFS de 1 a 3 meses en la Argentina.

Estrategia	Costo (US\$)	CI (US\$)	PCCD (US\$)	EI (US\$)	C/E	CAPCD
Proteína C reactiva+ Rochester	651		0,83		784	
Procalcitonina + Rochester	705	54	0,84	0,01	839	5378
Manejo expectante	749	44	0,67	-0,017	1116	Dominada
Rochester	768	63	0,64	-0,197	1193	Dominada

C/E: razón de costo-efectividad

CI : Costo Incremental

PCCD: Proporción de casos correctamente diagnosticados

EI : Efectividad Incremental

CAPCD : Costo adicional por caso correctamente diagnosticado.



## MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFIO PARA LA SALUD PUBLICA

**RPD 104**

**Diaz B.<sup>1</sup>; Cannistraci Giolito R.<sup>2</sup>; Fuente M.<sup>3</sup>;  
Fernandez C.<sup>4</sup>; Sienko G.<sup>5</sup>**

HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL DR RAUL F. LUCINI<sup>2345</sup>  
<bettydiaz57@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La *Listeria Monocytogenes* (LM) patógeno oportunista afecta a embarazadas, en cualquier etapa, con predilección por el 3° trimestre, simula cuadro pseudogripal o intestinal. El RN manifiesta una forma temprana (antes del 5° día de vida) como septicemia indiferenciable, donde serotipos 1/2a y 1/2b son los implicados o una forma tardía (media 14 días) con serotipos 4b causante de meningitis

### OBJETIVO

Descripción de un caso clínico en 2011 de infección vertical tardía por LM en Hospital Materno Provincial

### MATERIAL Y METODO

Revisión retrospectiva y descriptiva de Historia Clínica de RN ingresado a Neonatología con diagnóstico principal de Síndrome Febril en estudio concluyendo al egreso como Meningitis a LM

### RESULTADOS

Caso Clínico: Madre 22 años, primípara, embarazo controlado, serología (-), EGB (-), episodio de GEA último mes gestacional tratada con dieta. RN de 39 semanas, parto vaginal, RAMI, LAM, 3040 Grs, Apgar 4-7 necesitó reanimación cardiopulmonar, observación 2 Hs, luego internación conjun-

ta y egreso a las 24 Hs. Con 11 días de vida deposiciones verdosas, mucosas y sanguinolentas, consulta a guardia hospitalaria indicándose: Rx y laboratorio siendo (N), dan pautas de alarma y control ambulatorio. A 48 Hs de este episodio consulta a nuestro hospital por fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario, internándose en UCI por RNT/AEG y Síndrome Febril en estudio. Se solicitan: Rx tórax-abdomen y laboratorio de rutina siendo (N), pancultivos, colocación de VCL y alimentación enteral. Cada 24 Hs controles de PCR que van aumentando y por LCR turbio pero citoquímico (N) y fiebre persistente colocación ATB (ampicilina+cefotaxima+aciclovir). Bacteriología informa: Hemocultivo y PV sin desarrollo pero LCR (+) a bacilo gram (+) sospechoso de LM, nueva toma LCR y envío a Hospital Malbrán para confirmación de germen, ante esto reemplazo cefotaxima por gentamicina y reajuste de dosis. ETF y Fdo de Ojo (N). Con 48 Hs de ATB, mejoría clínica y de laboratorio. Llega informe LCR (+) a LM tipo 4b, cumpliéndose 21 días de ampicilina y previo egreso hospitalario, toma de muestra fecal materna con el hallazgo (-) del patógeno

### CONCLUSIÓN

Listeriosis neonatal: infección grave y letal adquirida en forma temprana o tardía. Ante un cuadro banal o sospechoso de infección en gestantes, realizar cultivos para LM que facilitan el diagnóstico precoz y con tratamiento materno oportuno, reducen drásticamente las complicaciones y secuelas neonatales a largo plazo.

## FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI

**RPD 105**

**Trejo C.<sup>1</sup>; Landa E.<sup>2</sup>; Squassi I.<sup>3</sup>; Bergese L.<sup>4</sup>;  
Rodríguez Rodrigues A.<sup>5</sup>; Gilligan T.<sup>6</sup>; Navone Lier M.<sup>7</sup>;  
Perez Marc G.<sup>8</sup>; Gaivronsky R.<sup>9</sup>**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL<sup>123456789</sup>  
<carolinatrejo@live.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El incremento de la incidencia de infecciones fúngicas durante las dos últimas décadas es un hecho notorio. El aumento de pacientes con inmunodeficiencias graves, la utilización de procedimientos diagnósticos cada vez más agresivos y el amplio uso de antibióticos han contribuido decisivamente al aumento de las infecciones por hongos patógenos oportunistas.

Las especies *Exophiala* son un género dematiáceos que se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza y rara vez pueden ocasionar infecciones en el hombre, principalmente en inmunosuprimidos.

### OBJETIVO

Presentar un paciente internado en nuestro servicio con diagnóstico de infección asociada a catéter por *Exophiala jeanselmei* con impacto a nivel pulmonar y revisión de la literatura.

### CASO CLINICO

Niña de 8 años de edad con diagnóstico de LLA-T en fase de re inducción. Ingres a nuestro servicio por neutropenia febril con foco respiratorio. Inicia tratamiento con vancomicina, ceftriaxona, amikacina. Se rescata en hemocultivos(HMC)

*Streptococcus pneumoniae*. A las 72 hs evoluciona con episodio confusional, alucinaciones visuales y parestesias. Se realiza TC cerebral donde se evidencian imágenes hipodensas a nivel fronto parieto occipitales que se asumen como por toxicidad por drogas. Se realizan nuevos HMC, retrocultivo y cultivo de LCR, se recibe informe de los dos primeros positivos para levaduras, se medica con anfotericina liposomal. Persiste con cultivos positivos por 72 hs, decidiendo retirar catéter implantable. La paciente evoluciona con síndrome febril prolongado con cultivos negativos. Búsqueda de focos profundos negativa salvo TC pulmonar con imágenes nodulares en ambos parénquimas pulmonares. Luego de 15 días se recibe tipificación y sensibilidad de la levadura: *Exophiala jeanselmei* sensible a voriconazol y anfotericina, por lo que se agrega voriconazol ev. Cumple 4 semanas de este esquema con buena respuesta, rotando a vo para cumplir 6 meses. Actualmente en mantenimiento, asintomática.

### CONCLUSIONES

El aumento de los casos con inmunodeficiencias severas (HIV y oncológicos), conlleva al aumento de múltiples infecciones oportunistas.

La *Exophiala jeanselmei* es un germen saprófito rara vez descrito en la literatura como patógeno.

Es importante lograr un diagnóstico etiológico en la mayor parte de los casos para poder instaurar un tratamiento adecuado a fin de lograr la curación de nuestros pacientes con la menor cantidad de secuelas como lo ocurrido en nuestro paciente.

## PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?

**RPD 106**

Trejo C.<sup>1</sup>; Rodríguez Rodrigues A.<sup>2</sup>; Squassi I.<sup>3</sup>; Navone Lier M.<sup>4</sup>; Páizas M.<sup>5</sup>; Perez Marc G.<sup>6</sup>; Gaivironsky R.<sup>7</sup>

HOSPITAL MILITAR CENTRAL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<carolinatrejo@live.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecciosa altamente contagiosa, común en la infancia, producida por el virus varicela zóster y prevenible por vacuna. Generalmente es autolimitada y benigna, aunque se han descrito múltiples complicaciones. Una de estas es la púrpura fulminante (PF), extremadamente rara y potencialmente mortal.

Su mecanismo fisiopatogénico se debe a una reacción cruzada de los antígenos de la varicela con las proteínas C y S de la cascada de coagulación, en personas con déficits parciales de estas proteínas.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de PF secundario a varicela con el fin de alertar a los profesionales de la salud sobre esta grave complicación y enfatizar la necesidad de implementar la vacunación universal contra esta enfermedad.

### CASO CLÍNICO

Niño de 3 años sin antecedentes, sin vacunación para varicela. Ingresó a nuestro hospital con varicela impetiginizada de 72 horas de evolución con intolerancia oral. Se inicia tratamiento con clindamicina-ceftriaxona-aciclovir, previa toma de hemocultivos (negativos). Laboratorio de ingreso: Hto 31

% GB 11700/ml Plaquetas 219000/ml PCR 56, VSG 28. Al examen físico ingresa en regular estado general, afebril, con eritrodermia y lesiones en distintas fases de evolución, con signos de sobreinfección bacteriana.

Durante las primeras 48 horas se mantiene sin cambios, presentando luego Petequias en miembros inferiores que evolucionan rápidamente a placas purpúricas en forma ascendente. Ingresó a UTIP. En las siguientes 24 horas las lesiones afectan región lumbar, tórax, miembros superiores, cara y oreja izquierda, con aparición de ampollas hemáticas, empeoramiento del laboratorio compatible con coagulación intravascular diseminada con caída de plaquetas a 53000/ml, TP < 10%, KPTT >200 seg, fibrinógeno 61 mg %, producto de degradación de fibrinógeno >20ug/ml.

No responde a las medidas terapéuticas instauradas: transfusiones de hemoderivados, agregado de vancomicina y medidas de sostén hemodinámico. Fallece con diagnóstico de PF secundaria a varicela.

### CONCLUSIONES

La varicela es una enfermedad infecciosa autolimitada y benigna en la mayoría de los casos. Es necesario estar alerta ante las potenciales complicaciones como la PF, con alta tasa de morbimortalidad.

La implementación de la vacunación universal puede prevenir estas complicaciones.

En los pacientes que presentan PF, se debería descartar enfermedad inmunológica previa como déficit parcial de proteínas C y S.

## EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN ASOCIADO A DISFUNCIÓN HEPÁTICA POR PARVOVIRUS B19

**RPD 107**

Hernandez M.<sup>1</sup>; Peralta C.<sup>2</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO<sup>1,2</sup>  
<ma\_eugeher@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los exantemas con diversidad de presentaciones clínicas y similitud en patrones exantemáticos, plantean problemas diagnósticos, no las erupciones comunes, sino las presentaciones inusuales o atípicas.

El Exantema en Guante y Calcetín (EGC) es un exantema atípico. Parvovirus B19 (PB19) es la principal etiología, y prevalece en edad escolar. La disfunción hepática (DH) es inusual, variando desde aumento transitorio de transaminasas, hasta fallo hepático fulminante.

### OBJETIVO

Destacar un caso de primoinfección por PB19 de inusual evolución con EGC y DH asociada en un lactante.

### CASO

Lactante femenino, 2 meses de edad ingresa a unidad de terapia intensiva por dificultad respiratoria grave. Requiere ARM 11 días, recibe transfusión de glóbulos rojos sedimentados, antibioterapia: ampicilina+gentamicina. Posteriormente neumonía asociada a respirador, tratamiento: Amikacina+Piparatozo.

Día 18 mejoría clínica pasa a sala.

Día 20 fiebre y exantema generalizado maculopapular que compromete plantas.

Día 24 persiste febril Globulos Blancos 3200 Neutrofilos 39 VSG 30 PCR 4,8. Se interpreta infección intrahospitalaria + neutropenia febril tratamiento: Ceftazidima+Amikacina.

Exantema de aspecto reticulado con mejillas eritematosas y descamativas, Petequias y edema sobre base eritematoviolácea delimitada en manos y pies, acompañado de ictericia generalizada.

Laboratorio: GOT 610 GPT 410 FAL 734 BD 2,9 BT 3,1. Se solicita serología completa.

Día 29 Ig M+ para PB19.

Diagnóstico: EGC por PB19 asociado DH.

### CONCLUSIÓN

El EGC, no tiene las características del exantema típico por PB19, es poco frecuente en lactantes, y la disfunción hepática es rara con grados variables de severidad.

Debemos alertar a los pediatras para sospechar al PB19 como un probable agente etiológico ante un paciente con exantema atípico y Hepatitis.



## PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO

**RPD 108**

Agosti M.<sup>1</sup>; García M.<sup>2</sup>; Morales J.<sup>3</sup>; Uriarte V.<sup>4</sup>; Gimenez V.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA LA PLATA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<mragosti@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Se define como púrpura fulminante (PF) a un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por lesiones de púrpura y necrosis, rápidamente progresivas en áreas extensas de piel, en presencia de datos analíticos de coagulación intravascular diseminada (CID).

La PF idiopática se asocia a un déficit transitorio autoinmune de proteína S y se presenta en la fase de convalecencia de una infección: por virus varicela-zoster (0,05 al 0,16%) o por *Streptococcus pyogenes*.

### OBJETIVO

Presentar un caso de una complicación infrecuente de varicela

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción epidemiológica-clínica y por métodos auxiliares de un caso de púrpura fulminante secundaria a varicela

### RESUMEN CLÍNICO Y RESULTADOS

Niño de 33 meses, sin antecedentes patológicos, que al sexto día de evolución de varicela presenta fiebre, petequias y dos lesiones purpúricas en cara interna de pierna izquierda. Exámenes complementarios de laboratorio dentro de parámetros normales (plaquetas: 204000/mm<sup>3</sup>). A las 12 horas del ingreso se constata equimosis en pierna derecha y alteraciones

hematológicas (Plaquetas: 164.000/mm<sup>3</sup>, concentración de protrombina: no coagula). Durante las 12 horas siguientes presenta nuevas lesiones purpúricas en tórax, región retroauricular derecha y muslo izquierdo y mayor alteración de los parámetros de laboratorio (fibrinógeno: no dosable, plaquetas: 110.000/mm<sup>3</sup>). Se realiza interconsulta con especialistas del Servicio de Hematología quienes indican administrar plasma fresco congelado ( PFC ) cada 12 horas y heparina de bajo peso molecular (HBPM). Control a las 6 horas: plaquetas: 17.000/ mm<sup>3</sup>, Concentración de protrombina: 59 %, TTP: 33 segundos, TT: 29 segundos, fibrinógeno: 166 mg%. El niño ingresa en la Unidad de Terapia Intensiva y se administran 2 unidades de plaquetas. A las 48 horas se observa mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Regresa a Sala y continúa el tratamiento con PFC y HBPM. Evolución clínica favorable, alta hospitalaria a los 15 días del ingreso, con Acenocumarol y controles por profesionales del Servicio de Hematología . Valor de proteína S: 18 % y proteína C: 48 %

### COMENTARIOS

El objetivo de presentar este caso es remarcar que la varicela no siempre es benigna.

Aunque la PF post varicela es de presentación infrecuente, en un paciente con lesiones cutáneas hemorrágicas, con signos de CID, sin manifestaciones de sepsis, es importante sospechar esta complicación para iniciar tratamiento oportuno y adecuado.

## COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS

**RPD 109**

De Lorenzi M.<sup>1</sup>; Fernandez N.<sup>2</sup>; Gonzalez A.<sup>3</sup>; Spedaletti S.<sup>4</sup>; Roperto M.<sup>5</sup>; Butarelli L.<sup>6</sup>; Lieber G.<sup>7</sup>; Bonavía H.<sup>8</sup>; Moleteni G.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE - ROSARIO<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<MARILINADL@HOTMAIL.COM>

### INTRODUCCIÓN

La ascariasis biliopancreática como rara complicación en pediatría de la parasitosis intestinal.

### OBJETIVO

Presentar un caso de parasitosis intestinal con compromiso hepatobiliar y pancreática.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de siete años que consulta por dolor abdominal epigástrico, vómitos, coluria y acolia.

### RESULTADOS

Al ingreso se asume cuadro como síndrome coledociano. Se solicita laboratorio donde se constata hipereosinofilia e hipertransaminasemia; y ecografía que informa dilatación

de la vía biliar. Se indica ayuno, hidratación parenteral, protección gástrica y analgesia. Se realiza interconsulta con servicios de cirugía y gastroenterología. Por antecedente personal de parasitosis y medio socioeconómico vulnerable se comienza tratamiento empírico con mebendazol, solicitándose parasitológicos donde se rescatan huevos de áscaris lumbricoides. La niña elimina áscaris en materia fecal. Desmejora clínicamente, constatándose en el laboratorio hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, hiperamilasemia y prolongación del tiempo de protrombina; persistiendo en la ecografía dilatación de la vía biliar con imágenes ecogénicas tubulares múltiples. Se comienza tratamiento antibiótico como profilaxis de colangitis con ceftriaxona y metronidazol. Se rota antiparasitario a albendazol. Evoluciona favorablemente y resuelve el cuadro con tratamiento médico.

### CONCLUSIÓN

La ascariasis es una infección frecuente en pediatría. Considerar la afectación biliopancreática como rara complicación de la misma y su evolución favorable con tratamiento médico.

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO

**RPD 110**

**De Lorenzi M.<sup>1</sup>; Rodriguez Alassia P.<sup>2</sup>; Spedaletti S.<sup>3</sup>; Massone V.<sup>4</sup>; Butarelli L.<sup>5</sup>; Fernandez N.<sup>6</sup>; Spoletti M.<sup>7</sup>; Vidal M.<sup>8</sup>**

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE - ROSARIO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
<marilinadi@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El eritema nudoso es una reacción a diferentes estímulos: infecciosos, farmacológicos y autoinmunes. Aparecen sobre áreas pretibiales, pantorrillas, muslo y miembros superiores. Las bacterias y micobacterias son los agentes etiológicos, más descriptos, siendo el estafilococo aureus muy infrecuente, así como también, el compromiso de cuello y brazos.

### OBJETIVO

Presentación de un paciente, con eritema nudoso de localización atípica, causado por *Staphylococo aureus* meticilino resistente.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Niña de trece años, que ingresa a sala, por un cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado, por tumoraciones eritematosas, brillantes, dolorosas, sobre elevadas de 3 a 4 cm, algunas de ellas con fistulación de material serohemático, y localizadas en miembros superiores y región cervical.

Se la asume, como abscesos múltiples recidivantes. Se realizan HC, biopsia y cultivos de lesiones para gérmenes comunes, micobacterias y hongos. Tratamiento con clindamicina y analgésicos a dosis habituales. Se solicitan serologías para HIV, Sífilis, *Micoplasma*, dosaje de Ig M, G, A, E y subpoblaciones linfocitarias. Se toman esputos, para tuberculosis.

### RESULTADOS

Cvo de la lesión: *Staphylococo aureus* meti R sensible a clindamicina. Anatomía patológica: lesiones compatibles con eritema nudoso. Micobacterias típicas y atípicas, hongos: negativas. Serologías no reactivas. Ig A 200, resto de Ig y poblaciones linfocitarias: normales.

La pte evoluciona favorablemente, es dada de alta luego de 21 días de TTO ATB, en condiciones de mejorada. Luego de cuatro meses de seguimiento, no volvió a presentar lesiones.

### CONCLUSIÓN

El eritema nudoso es una patología de etiología diversa. Los agentes infecciosos pueden ser responsables, siendo el *staphylococo aureus* muy infrecuente. Realizar, anatomía patológica de lesiones con presentación inusual, nos ayudan a establecer el diagnóstico.

## DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCHE EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012

**RPD 111**

**Sevilla M.<sup>1</sup>; Ferrario C.<sup>2</sup>; Bokser V.<sup>3</sup>; Miño L.<sup>4</sup>; Rial M.<sup>5</sup>; Svartz A.<sup>6</sup>; Montoto L.<sup>7</sup>**

HTAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<eugesevilla@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La tos convulsa o coqueluche continúa siendo una enfermedad de alta morbimortalidad en los menores de 6 meses aun en países con altas coberturas de vacunación. Durante el 2011 el sistema sanitario argentino presenció nuevamente una etapa de brote de la enfermedad, lo que trajo como consecuencia un aumento en la morbimortalidad de los lactantes

### OBJETIVOS

Diseñar una regla de predicción clínico-bioquímica para enfermedad por Coqueluche en pacientes menores de 6 meses internados con Sme. Coqueluchoide

### POBLACIÓN

Pacientes menores de 6 meses internados en el hospital Elizalde con diagnóstico de Sme coqueluchoide de junio del 2012 a mayo del 2013.

### MATERIAL Y METODOS

La obtención de los datos fue por evaluación directa de cada uno de los pacientes internados en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde con sospecha de Coqueluche, e información procedente de la historia clínica. Se entrevistó a las madres y se registraron los datos en una ficha y los resultados fueron cargados en una base de datos.

### RESULTADOS

Se asistieron 114 fueron casos sospechosos cuya media de edad de 3,65 meses y mediana de 2,33 meses. (62,28%) eran varones y 43 (37,71 %) mujeres. En en solo 17 (14,91%) casos de confirmo el diagnóstico, en 95 (83,33%) la muestra fue negativa y en 2 (1,38%) no ingreso la muestra. La mediana de glóbulos blancos fue de 14400 y la media de 16445. De los 95 casos que tuvieron muestra negativa en 26 casos hubo rescate virológico positivo para algún germen presentando.

Sobre 17 casos positivos se observaro: media de edad de 3.5 meses (DS 1.8), mediana de 3.5 meses. 13 (76,47%) eran varones y 4 (23,52%) mujeres. Solo 2 pacientes (11,76 %) tuvieron coinfección viral (VSR y metaneumovirus).

Días de evolución del cuadro previo a la internación: mediana de 6 y media de 9 días. Hiperleucocitosis: 11 pacientes (64,70%). La media de glóbulos blancos fue de 18182 y la mediana de 15800. 8 (47%) pacientes no tenían el esquema de vacunas acorde a la edad. Solo 3 pacientes ya habían cumplido los 6 meses al momento de enfermarse, pero ninguno tenía 3 dosis de pentavalente. La media de días de internación: 6,45 días y la mediana : 5 días

### CONCLUSIONES

Dado que no se alcanzo el tamaño muestral calculado, no se pudo construir el modelo de regresión logística así como la regla de predicción clínica.

Se realizo el análisis bivariado. La única variable que tuvo asociación significativa con enfermedad por coqueluche fue la tos paroxística.



## VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA

**PO 112**

Gomila A.<sup>1</sup>; Bertoni L.<sup>2</sup>; Garnero A.<sup>3</sup>; Vanzo C.<sup>4</sup>; Glatstein E.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<Drgomila@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La circulación del virus Influenza genera un importante impacto en los sistemas de salud lo que requiere el monitoreo de la enfermedad para establecer recomendaciones precisas de diagnóstico y tratamiento.

### OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas en niños hospitalizados con infección confirmada por virus Influenza 2013 y analizar los subtipos de virus circulantes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de cohorte. Se analizaron las fichas de casos confirmados con RT-PCR Influenza en muestras de aspirado nasofaríngeo/hispado nasal entre

el 29/05/13 y el 09/09/13 en pacientes de 1 mes a 15 años internados en UTI,UCI y en salas de Cuidados Mínimos cuando presentaban comorbilidad. Variables: sexo, edad, vacunación previa, clínica y evolución, subtipo de virus y presencia de coinfección.

### RESULTADOS

Se analizaron 438 muestras. PCR (+) Influenza: 43 pacientes (10 %). El comienzo de la circulación viral y el pico máximo se registraron en la semana epidemiológica 24. Masculinos 20/43 (46,5%). El 72% (31/43) fueron < 2 años. La mitad de los niños tenía comorbilidad. La bronquiolitis fue la forma clínica más frecuente. Se constató una muerte asociada a neumonía por Influenza intrahospitalario. El subtipo predominante fue el H1N1. La cobertura de vacunación en nuestros pacientes fue subóptima. La prevención con vacuna es una medida fundamental para prevenir complicaciones por el virus Influenza.

## SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS

**RPD 113**

Bonardo M.<sup>1</sup>; Fernie M.<sup>2</sup>; Papaleo N.<sup>3</sup>; Fernández P.<sup>4</sup>

HOSPITAL BRITANICO<sup>1,2,3,4</sup>  
<vir20042003@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Infecciones por Enterovirus(EV) No Polio pueden presentarse leve o encefalitis, miocarditis o sepsis neonatal. Contagio persona a persona, vía fecal-oral u oral-oral, transplacentaria o exposición durante parto. Recién nacidos poseen riesgo elevado de cuadros graves. Diferenciar este cuadro de sepsis bacteriana es difícil. Menores 10 días mayor riesgo. Alta eficacia y sensibilidad de PCR en LCR en menores de 3 meses. No tratamiento específico. La globulina inmune puede beneficiar en miocarditis, recién nacidos y agamaglobulinemia. Mala evolución en recién nacidos, prematuros, falta de anticuerpos maternos, miocarditis y encefalitis.

### OBJETIVOS

Describir la clínica de sepsis por EV en UCIN. Remarcar la importancia de incluir EV entre los diagnósticos diferenciales en sepsis neonatal.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión historias clínicas de Sepsis EV julio 2004-Septiembre 2011.

### CASOS CLÍNICOS

Caso1: RNPT (36 sem), PAEG, dificultad respiratoria al nacer.Antecedentes perinatales; madre portadora de EGB, subfebril en trabajo de parto:cesárea. Recibe Ampicilina-

Gentamicina. 4º día internación 37,5° C, palidez generalizada, apneas, mala perfusión, acidosis metabólica, hiponatremia, hipotensión. Se cultiva y rota vancomicina-meropenem-aciclovir. A las 24hs CID con fallo hepático. Transfusiones de glóbulos rojos(TGR), plaquetas,crioprecipitados, plasma fresco concentrado y materno PCR + EV de LCR.Convulsiones a los 11 días de vida y 26 días síndrome colestatico.28 días de internación egreso.

Caso 2: Gemelar I,RNT 24 horas sospecha sepsis,ingresa con antecedentes maternos cuadro gripal. Inicia. Ampicilina-Gentamicina. 7mo día empeoramiento clínico,nuevos cultivos. LCR + EV.Egreso a los11 días de internación.

Caso 3: gemelar II, RNT, PAEG 3er día ingresa sepsis.Antecedentes maternos caso 2 Inicia Ampicilina-Gentamicina 48 horas recibe Meropenem-Vancomicina por desmejoría. Clínica de NEC, laparotomía sin patología. Evolucion a CID, insuficiencia cardiaca, falla hepática y renal. Se TGR, plaquetas,plasma, crioprecipitados y anticuerpos neutralizantes maternos. Inotrópicos, ARM 5 días. Día 13 PCR + EV. Egreso 18 días con ácido ursodesoxicólico.

### CONCLUSIONES

Sepsis neonatal por EV es infrecuente, pero morbimortalidad que solo puede manejarse con medidas sostén.Como todo cuadro de sepsis neonatal la presentación no es muy típica. EV debe tenerse entre los diagnósticos diferenciales habiendo descartado causas más frecuentes con tratamiento específicos.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA

**RPD 116**

**Volovik I.<sup>1</sup>; Zanutigh J.<sup>2</sup>; Carcuro S.<sup>3</sup>; Barboza L.<sup>4</sup>; Aguilar C.<sup>5</sup>; Bianco A.<sup>6</sup>; Molina V.<sup>7</sup>; Vallini L.<sup>8</sup>; Bruno E.<sup>9</sup>; Carrillo V.<sup>10</sup>**

H.I.G.A. SAN JOSÉ, PERGAMINO<sup>2345678910</sup>  
<ivolok@hotmail.com>

### INTRODUCCION

El EBHA puede producir enfermedades superficiales, y constituye la causa más frecuente de faringoamigdalitis bacteriana en la infancia. Otras manifestaciones incluyen: enfermedades invasiva, mediadas por toxinas y complicaciones no supurativas. La escarlatina está producida por el EBHA productor de exotoxinas pirógenas asociada generalmente a faringoamigdalitis y más infrecuentemente a impétigo. Es una enfermedad en general autolimitada, caracterizada por faringe hiperémica, lengua aframbuesada y exantema eritematoso micropapular generalizado seguido de descamación de la piel. Existen en la literatura médica algunos casos de afectación hepática asociada a escarlatina.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso de hepatitis post escarlatina.

### DESCRIPCION

Paciente de 8 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por odinofagia y vómitos, agrega exantema escarlatiniforme generalizado, se indica amoxicilina 1gr/día por constatare

orofaringe congestiva con exudados blanquecinos amigdalinos. A las 48hs, presenta ictericia en escleras y rostro. Laboratorio: TGO 108UI/l, TGP 207 UI/l, FAL 1156 UI/l, I coagulograma alterado, hiperbilirrubinemia a predominio directo, ASLO 555 UI/l. ECOGRAFIA ABDOMINAL: sin particularidades. Exudado faringeo: -test rápido: negativo -cultivo: S. pyogenes. Monotest negativo. Se solicita serología: VDRL no reactiva, Toxoplasmosis IgM e IgG, HIV, CMV IgM e IgG, Hepatitis A IgM, VEB VCA IgM negativos. Se realiza proteinograma por electroforesis, FAN, Ac anti-musculo liso: negativos.

Se completa 10 días de tratamiento con penicilina 50.000 UI/kg/día VO.

Se realizan laboratorios de control, observándose descenso de los valores del hepatograma con ascenso en la curva de ASLO (800 UI/l).

### DISCUSIÓN

No se conoce con certeza la patogenia de la asociación entre escarlatina y hepatitis colestásica.

El daño hepático podría ser ocasionado por una acción directa de las toxinas estreptocócicas, pudiendo agregarse un mecanismo inmunológico. La lesión hepática asociada a escarlatina parece ser autolimitada en la edad pediátrica, con resolución completa tras el tratamiento antibiótico adecuado, como sucedió en nuestra paciente y en los casos publicados por otros autores.

## “TRICHOSPORUM SPP” PRESENTACIÓN DE UN CASO

**RPD 117**

**Trejo C.<sup>1</sup>; Rodríguez Rodrigues A.<sup>2</sup>; Squassi I.<sup>3</sup>; Mosteirín J.<sup>4</sup>; Del Rincon J.<sup>5</sup>; Navone Lier M.<sup>6</sup>; Giuliani P.<sup>7</sup>; Perez Marc G.<sup>8</sup>; Gaivironsky R.<sup>9</sup>**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL<sup>123456789</sup>  
<carolinatrejo@live.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El *Trichosporum* spp es un hongo del genero de blasidiomiceto, que comúnmente habita en el suelo, agua y excreciones animales, aunque también forma parte de la flora normal de la piel y aparato digestivo.

Fue descrito por primera vez por Beigel en 1865 como agente etiológico de la piedra blanca. En muy raras oportunidades produce infecciones invasivas, generalmente en Inmunesuprimidos. En los últimos tiempos se ha visto un aumento significativo de ellas en pacientes oncohematológicos.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de LLA pre B recaída e infección asociada a Catéter por *Trichosporum* spp a fin de alertar a la población medica sobre estos patógenos emergentes.

### CASO CLÍNICO

Niño de 6 años de edad con diagnóstico de LLA pre B en recaída. Ingresa por neutropenia febril con sospecha de in-

fección relacionada a catéter. Inicia tratamiento con meropenem, vancomicina y amikacina. Se rescata en hemocultivos (HMC) y retrocultivo (RC) *Klebsiella Pneumoniae*, en HMC de control se rescata *Cándida Rugosa*, por lo que se agrega al tratamiento Anfotericina liposomal. Negativiza los cultivos para *Klebsiella*. A pesar del tratamiento instaurado persiste en mal estado general. Se toman nuevos cultivos aislándose en HMC y RC *Trichosporum* spp, sensible a Voriconazol. Se decide retirar catéter implantable y se rota medicación a Voriconazol. Responde favorablemente mejorando el proceso infeccioso con cultivos posteriores negativos.

Finalmente el niño fallece debido a progresión de su enfermedad de base.

### CONCLUSIONES

El paulatino aumento de pacientes con inmunodeficiencias severas (HIV y oncológicos), conlleva al aumento de múltiples infecciones oportunistas.

Las especies de *Trichosporum* spp se han relacionado con pacientes inmunosuprimidos, catéter endovenosos, tratamiento con corticoides prolongados.

Es importante lograr un diagnóstico etiológico en la mayor parte de los casos para poder instaurar un tratamiento adecuado a fin de lograr la curación de nuestros pacientes con la menor cantidad de secuelas, como lo ocurrido en este caso.



## ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA

**RPD 118**

Encabo C.<sup>1</sup>; Cardetti M.<sup>2</sup>; Nolte N.<sup>3</sup>; Brezigar A.<sup>4</sup>; Seguí V.<sup>5</sup>

CLÍNICA PRIVADA CERHU<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<ceci\_encabo@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El programa de inmunización de la República Argentina ha logrado reducir drásticamente la morbi mortalidad de enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas, para que esto ocurra se necesita un alto índice de niños vacunados. Las prácticas habituales en muchos consultorios de atención de niños lleva a diferir la vacunación por situaciones banales sin sustento científico.

### OBJETIVOS

Evaluar el estado de situación en menores de 2 años en Clínica y Maternidad CERHU, San Luis, y evaluar las causas de falta de colocación de vacunas o del esquema atrasado de vacunas

### MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta a padres y evaluación de la libreta de salud en menores de 2 años de ambos sexos que concurren al consultorio por control de salud o por guardia en el mes de octubre del 2013.

### RESULTADOS

Se evaluaron 205 niños en octubre de 2013, el 83,4% concurre por control de salud y el resto por guardia, el 51,5% fue de sexo masculino y el 48,5% de sexo femenino, el 54,6% fue vacunando en vacunatorio público y el 45,4% en vacunatorio privado, el 20,6% no tenía el calendario de vacunas completo, de los cuales gripe correspondió al 21,6%, triple viral y hepatitis A al 13,6%, Quintuple y Sabin al 10,6%. Cabe destacar que el 80% estaba vacunado para Rotavirus y Varicela.

Enfermedad leve, falta de indicación médica sobre todo en gripe y descuido materno fueron las principales causas del esquema atrasado de vacunación, mientras que la falta de cobertura social fue la principal causa para vacunas de Rotavirus y Varicela.

### CONCLUSIÓN

A pesar de ser una población que tiene acceso a controles habituales de salud el esquema de vacunación está lejos de ser el óptimo, muchas veces por motivos de la vacunadora que se niega a vacunar ante enfermedad leve y otras por el personal médico que muchas veces no indica vacuna antigripal a pesar de tener indicación según normas. El alto índice de vacunación de Varicela y Rotavirus se da porque un alto porcentaje tiene cobertura social y además la provincia las incorporó dentro del calendario hace 6 meses.

## SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

**RPD 120**

Trejo C.<sup>1</sup>; Rodríguez Rodríguez A.<sup>2</sup>; Masci G.<sup>3</sup>; Squassi L.<sup>4</sup>; Navone Lier M.<sup>5</sup>; Del Rincón J.<sup>6</sup>; Macchi V.<sup>7</sup>; Perez Marc G.<sup>8</sup>; Gaivronsky R.<sup>9</sup>

HOSPITAL MILITAR CENTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
<carolinatrejo@live.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico (SN) es una enfermedad que afecta a niños entre los 2 y 6 años de edad. Puede ser primario en el 90% de los casos o secundario a infecciones, tóxicos, neoplasias, alergias, colagenopatías, entre otras. Dentro de las causas infecciosas, el citomegalovirus (CMV) es un agente causal poco frecuente. Los tipos histológicos más frecuentes del SN son: cambios mínimos (75%), glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) (15%), glomerulonefritis membranosa (5%) y glomerulonefritis proliferativa mesangial (5%).

El SN se define por edema, hipoalbuminemia (menor 2.5 g/dl) y proteinuria superior a 50 mg/kg/día. La hiperlipidemia con concentraciones elevadas de colesterol y triglicéridos en suero o plasma, pueden coexistir en el cuadro, pero no forman parte de la definición.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de GEFS secundaria a infección por CMV, resistente a corticoides, que remitió luego del tratamiento con ganciclovir, valganciclovir y ciclofosfamida.

### CASO CLINICO

Niño de 16 meses de edad, RNT/PAEG, sin antecedentes perinatológicos. Inicia 7 días previos con edema generalizado y oliguria asociado a infección respiratoria alta, motivo por el cual acude a centro de salud local, donde se evidencia proteinuria e hipoalbuminemia. Con diagnóstico de SN se deriva a nuestro hospital. Laboratorio de ingreso: Hto 33.1%, Hb 11.5 gr/dl, Glóbulos Blancos 20.300/ml (20/70), Plaquetas 393.000/ml, Urea 0,31 g/l, Creatinina 0.42 mg/dl, Colesterol 470 mg%, Triglicéridos 1172 mg%, Proteínas Totales 3.2 g/dl, Albúmina 0.98 g/dl, C3 90 mg/dl, C4 25 mg/dl, Proteinuria 10.9 gr/l.

A su ingreso inicia tratamiento con corticoides sin respuesta favorable por lo que se indica biopsia renal: Glomeruloesclerosis focal y segmentaria primaria, con atrapamiento de IgM a nivel mesangial; con PCR para CMV positiva. Se indica ganciclovir 10mg/kg/día y ciclofosfamida 2mg/kg/día por 12 semanas.

Intercurre durante su internación con sepsis a neumococo secundaria a peritonitis primaria.

Evoluciona favorablemente desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

### CONCLUSIONES

El SN por CMV es infrecuente. El tratamiento con ganciclovir constituye la terapia de elección.

Debería plantearse como diagnóstico diferencial en los pacientes con SN corticoresistente.

## PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS

**PO 121**

*Opción a Premio*

Ruvinsky S.<sup>1</sup>; Buscio M.<sup>2</sup>; Gimenez S.<sup>3</sup>; Hernandez C.<sup>4</sup>; Litterio M.<sup>5</sup>; Pinheiro J.<sup>6</sup>; Isasmendi A.<sup>7</sup>; D' amore V.<sup>8</sup>; Barrechea M.<sup>9</sup>; Ruiz J.<sup>10</sup>; Aisenberg N.<sup>11</sup>; Barzotti D.<sup>12</sup>; Bologna R.<sup>13</sup>

HOSPITAL DR J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13</sup>  
<sruvinsky@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Es escasa la información disponible acerca de características clínicas y perfil microbiológico en niños con peritonitis secundaria provenientes de la comunidad .

### OBJETIVO

Analizar características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de niños con peritonitis secundaria de origen apendicular provenientes de la comunidad

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, serie de casos de niños sanos de 1 a 16 años con peritonitis aguda secundaria a apendicitis internados en Hospital Dr. J.P.Garrahan. Se analizaron características clínicas y microbiológicas de líquido peritoneal de la cirugía inicial. Período: 1/2012-12/2013. Análisis Estadístico STATA 8.0

### RESULTADOS

Fueron incluidos 294 pacientes (p), mediana edad 105 meses (RIC:70-132). Síntomas iniciales: dolor abdominal 100 %, vómitos 79%, fiebre 73% y diarrea 21.84%. En 87% se realizó cirugía convencional y 13% laparoscópica. Mediana de días

de internación 5 días (RIC: 4-6). Complicaciones posquirúrgicas: 47/294 p. (21 abscesos de pared y 26 intraabdominales). Pacientes con vs. sin complicaciones: mediana de edad 106 meses (RIC 61-128) vs 106 meses (RIC 74-132), mediana de demora al diagnóstico 3 días (2-4) vs 1 día (1-2). Análisis multivariado variables predictoras de complicaciones: demora al diagnóstico mayor 2 días (OR 3.76 IC 95% 1.67-8.48 p=0.001) y presencia de diarrea al diagnóstico (OR 2.38, IC 95% 1.18-4.79, p= 0.015).

El cultivo bacteriológico de líquido peritoneal fue positivo en 92/112 p. con desarrollo de flora mixta bacteriana en 53/92 (57.6%). Se identificaron 121 bacterias gram negativas (70 aerobias y 51 anaerobias), las más frecuentes: Escherichia coli 55/70 (78.57%) y Bacteroides grupo fragilis 51/51 (B. fragilis 21, B. ovatus 16, B. distasonis 7, B. uniformis 3 y Bacteroides sp 4), 49/51 Bacteroides grupo fragilis fueron sensibles a ampicilina-sulbactam. Se aislaron en 14 p. Pseudomonas aeruginosa sensibles a gentamicina, ceftazidima, piperacilina-tazobactam. In vitro cobertura global de Escherichia coli y Bacteroides spp. fue 79.24% (84/106) para ampicilina-sulbactam, 98.11% para ampicilina-sulbactam+ gentamicina y 100% para ceftriaxone + ornidazol, piperacilina-tazobactam y meropenem. Conclusiones: Las complicaciones post-quirúrgicas se relacionaron con demora al diagnóstico. In vitro se observó incremento de resistencia a ampicilina-sulbactam. Ampicilina-sulbactam con gentamicina sería una posible alternativa en este grupo de pacientes.

## VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**RPD 122**

Ferrario C.<sup>1</sup>; Bokser V.<sup>2</sup>; Sevilla M.<sup>3</sup>; Cabello C.<sup>4</sup>; Miño L.<sup>5</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR. PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<clauferrario@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Se entiende por ESAVI todo cuadro clínico que aparece supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa - efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso.

### OBJETIVOS

- 1) Caracterizar la frecuencia de ESAVI notificados al Servicio de Vacunas en el período 2010-2013 y caracterizar los mismos de acuerdo a edad, sexo, vacuna recibida, población afectada, gravedad y mortalidad.
- 2) Describir ESAVI graves o severos y clasificarlos.

### MÉTODOS

Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo. Fuentes de datos: fichas de notificación de ESAVI. Se confeccionó una planilla Excel. Se calcularon medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas.

### RESULTADOS

Se analizaron 37 fichas de ESAVI del período 1/01/2010 al 30/09/2013. La distribución según año fue: 16 en 2010, 5 en

2011, 7 en 2012, 9 en 2013.

Se observó un ligero predominio de sexo masculino (55,5%). La edad media fue de 168,37 meses, mediana 60 meses (rango 1-696). El 25% correspondió a personal de salud. Error programático: 1/37 (2,7%) Las vacunas asociadas con mayor frecuencia fueron pentavalente (25%) y antigripal (36%). El 55,5% requirió internación y hubo un fallecido.

Descripción de ESAVI graves:

Caso 1: (2010) niño de 2 meses con anemia hemolítica a las 24 horas de recibir vacuna pentavalente y sabin. Internado en UTIP 2 meses. Requirió ARM. Más de 15 transfusiones. ESAVI no concluyente.

Caso 2: (2013): niño de 2 meses que presentó coagulopatía el día de aplicación de pentavalente, antineumocócica conjugada y sabin. Requirió internación en UTIP. Revirtió la coagulopatía; alta con coagulograma normal. A los 4 y 6 meses se aplicó vacuna acelular. ESAVI no concluyente.

Caso 3: (2013) niño de 12 años Se interna en UTIP con falla multiorgánica. Había recibido antigripal 9 días antes. Diagnóstico: LLA. ESAVI coincidente.

### CONCLUSIÓN

Durante el año 2010 se registraron mayor cantidad de ESAVI que en los otros años analizados. Una cuarta parte de los mismos ocurrió en el personal de salud. Las vacunas más frecuentemente asociadas fueron pentavalente y antigripal. Los tres casos graves descriptos fueron no concluyentes. La mitad de los eventos notificados requirió internación.



## REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?

**RPD 123**

Taffi C.<sup>1</sup>; Esposto S.<sup>2</sup>; Sabugal E.<sup>3</sup>; Shaieb A.<sup>4</sup>

HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA LA PLATA<sup>1,2,3,4</sup>  
TAFFICARO@HOTMAIL.COM

### OBJETIVO

Descripción clínica y analítica de 3 pacientes que presentaron reacción leucemoide de etiología infecciosa.

### INTRODUCCIÓN

La reacción leucemoide es un desorden hematológico definido como un recuento de leucocitos mayor a 50.000 células/ml que ocurre como reacción de la médula ósea ante un estímulo externo, siendo las infecciones una de las principales causas.

Caso 1: varón de 1 año que presenta 3 días de rinorrea mucosa, tos en accesos y dificultad respiratoria progresiva, se interpreta probable virosis y se realiza una radiografía (Rx) tórax frente (normal) y una analítica sanguínea completa; destaca leucocitos de 73.000 x mm<sup>3</sup> y proteína C reactiva de 96 mg/l. Se decide su internación, sospecha diagnóstica de enfermedad oncohematológica versus síndrome coqueluchoide, razón por la cual se solicitan hemogramas seriados, evaluación hematológica, PCR para Bordetella Pertussis e inicia antibióticoterapia. Su diagnóstico fue Coqueluche, requiriendo al quinto día de internación su pase a unidad de cuidados intensivos para exanguinotransfusión.

Caso 2: niña de 16 meses que consulta por fiebre de 3 días y dificultad respiratoria, con diagnóstico de obstrucción bronquial con hipoxemia; se interna y recibe oxigenoterapia, salbutamol y corticoterapia. Debido a la persistencia de fiebre y ante la sospecha de sobreinfección bacteriana se solicita una Rx tórax frente, infiltrado alveolar parahiliar izquierdo y una analítica sanguínea; destaca leucocitos 57.700 x mm<sup>3</sup> y PCR 155 mg/l. Su diagnóstico definitivo neumonía por mycoplasma pneumoniae (IgM+ e IgG-), recibió claritromicina con franca recuperación del cuadro.

Caso clínico 3: varón de 3 años de edad, consulta por fiebre de 12 horas y se encuentra en regular estado general, febril, taquicárdico y taquipneico, se interna e interpreta como síndrome febril sin foco, motivo por el cual se realiza analítica sanguínea y se pancultiva al paciente, iniciando tratamiento con ceftriaxona. Destaca leucocitos de 50.200 xmm<sup>3</sup> y PCR 56 mg/l. Su diagnóstico definitivo fue sepsis por estreptococo pyogenes (aislado en hemocultivos).

### CONCLUSIÓN

La reacción leucemoide puede ser causada por diversos agentes infecciosos; dicha etiología debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial ya que la evolución de la enfermedad será más breve si se inicia tratamiento específico de manera oportuna.

## VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN

**RPD 124**

Ruvinsky S.<sup>1</sup>; Taicz M.<sup>2</sup>; Perez M.<sup>3</sup>; Mónaco A.<sup>4</sup>; García Escudé N.<sup>5</sup>; Inda L.<sup>6</sup>; Carbonaro M.<sup>7</sup>; Bologna R.<sup>8</sup>

HOSPITAL DR J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<sruvinsky@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Casa Garrahan (CG) aloja a niños con patologías complejas de todo el país que son atendidos en el Hospital Garrahan y en otros hospitales de CABA. Son fundamentales la prevención y manejo adecuado de las enfermedades infecto-contagiosas. La varicela es una enfermedad cuya tasa de ataque alcanza el 90% en contactos susceptibles.

### OBJETIVOS

Analizar los brotes de varicela y la efectividad de las medidas de profilaxis secundaria implementadas en niños de casa Garrahan.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo, se registraron todos los niños expuestos a brotes de varicela ocurridos del 2008-2013 en CG. Se evaluaron las características demográficas, clínicas y antecedentes de vacunación y/o varicela previa, las medidas de profilaxis post exposición implementadas y la tasa de ataque secundaria.

### RESULTADOS

Se registraron un total de 107 pacientes expuestos en 4 brotes de varicela en el período evaluado. El 53.3%

(n:57) eran niñas. La media de edad fue 91.9 meses (r: 2-216). El 95.3%(n:102) tenían alguna enfermedad de base, las más frecuentes fueron: oncohematológica 43,0%(n:46), neurológica 17.8%(n:19), inmunodeficiencia secundaria (corticoides, inmunomoduladores) 11.3%(n:12) y cardiopatía 9.4%(n:10). Tenían algún grado de inmunosupresión el 50.5%(n:54) de los niños expuestos. Al interrogatorio : el 29.3%(n:31)referían no haber tenido la enfermedad, el 31.1%(n:33) recordaba haberla tenido y el 39.6%(n:42) no sabían. Solo 2.8%(n:3) de los niños expuestos habían recibido vacuna. En todos los casos, la intervención del servicio de Infectología se realizó dentro de las primeras 24 hs del brote del caso índice. Según el estado inmunológico, la edad y los antecedentes de cada caso, se indicó aciclovir como profilaxis en el 63.7%(n:65), vacuna en 9.8%(n:10) y gammaglobulina solo en 0.98%(n:1) de los pacientes evaluados. No se observaron efectos adversos relacionados con las profilaxis administradas. El 25.5%(n:26) de los niños expuestos fueron considerados inmunes y no se realizó ninguna intervención. No se observó ningún caso secundario de Varicela en los pacientes expuestos con seguimiento a 30 días.

### CONCLUSIONES

Las medidas implementadas como profilaxis post-exposición resultaron efectivas en la prevención de casos secundarios. En niños inmunocomprometidos la profilaxis con aciclovir post-exposición fue efectiva y bien tolerada.

## ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

**RPD 125**

Zeballos V.<sup>1</sup>; Librici E.<sup>2</sup>; Mansilla Guevara M.<sup>3</sup>;  
Santoro M.<sup>4</sup>; Melvin M.<sup>5</sup>; Gorosito M.<sup>6</sup>  
HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO DE ROSARIO<sup>123456</sup>  
<virzeballos@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los abscesos renales se definen como colecciones de material purulento confinado al parénquima renal. Son eventos infrecuentes pero potencialmente letales. El cuadro clínico y los exámenes complementarios son inespecíficos, por lo que si no se tiene un alto índice de sospecha el diagnóstico suele ser tardío.

### OBJETIVOS

Valorar el diagnóstico y tratamiento del absceso renal en la edad pediátrica. Conocer sus características clínicas, diagnóstico y evolución.

### POBLACIÓN

Pacientes internados en Sala 4 de Pediatría del Hospital Pcial. de Centenario de Rosario durante el año 2013.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se presentaron en nuestro servicio 4 casos; 3 pacientes de sexo masculino y 1 de sexo femenino, entre 2 y 15 años. Ingresaron por cuadros clínicos de fiebre persistente y dolor abdominal de 20-30 días de evolución y antecedente de infecciones en piel en tres de ellos. Los laboratorios presentaron leucocitosis con aumento de los reactantes de fase aguda. Los cultivos de sangre resultaron negativos; sólo uno de ellos presentó urocultivo positivo a E. coli. Como primer

método diagnóstico se utilizó la ecografía, observándose aumento de la ecogenicidad con alteración de la morfología e intensidad. Se requirió la realización de otros estudios por imágenes para el diagnóstico definitivo. En todos los casos se implementó antibioterapia de amplio espectro. Tres pacientes evolucionaron favorablemente, requiriéndose nefrectomía radical en uno de los casos. El material purulento drenado desarrolló SAMR y E. coli.

### RESULTADO

Debe sospecharse ante un síndrome febril prolongado en pacientes con antecedente de infección urinaria y en piel. Las pruebas que nos aportan el diagnóstico definitivo son la ecografía y la TAC abdominal. El tratamiento se basa en antibioterapia endovenosa sola o combinada con punción aspirativa, drenaje percutáneo o cirugía.

### CONCLUSIONES

Los abscesos renales son una patología infrecuente en la edad pediátrica y de difícil diagnóstico, pero con alta morbimortalidad sino se realiza diagnóstico temprano. Se debe tener en cuenta este diagnóstico en niños con cuadros febriles y dolor abdominal o lumbalgia, habiendo descartado otras etiologías más frecuentes. El tratamiento se basa en antibioterapia intravenosa pudiendo ser el único tratamiento si el absceso mide menos de 3 cm o combinarse con drenaje percutáneo o cirugía si el absceso es de mayor tamaño, en paciente inmunosuprimido, sepsis o falta de respuesta a la antibioterapia.

## PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.

**RPD 127**

Ferreya M.<sup>1</sup>; Lopez Papucci P.<sup>2</sup>; Spedaletti S.<sup>3</sup>;  
Vidal M.<sup>4</sup>; Spoletti M.<sup>5</sup>; Ferreya M.<sup>6</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE<sup>123456</sup>  
<lali\_ros@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El SAMRco, como agente etiológico de infecciones severas a distancia a punto de partida de lesiones banales en piel.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una infección profunda considerando la importancia del tratamiento oportuno de lesiones banales para la prevención de complicaciones infecciosas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de nueve años que consulta por fiebre e impotencia funcional de miembro inferior luego de un traumatismo de bajo impacto. Con antecedente de forúnculo en muñeca derecha inadecuadamente tratado.

### RESULTADOS

Ingresar con diagnóstico presuntivo de osteomielitis aguda de fémur, solicitándose Rx, ecografía, Hemocultivos, y reso-

nancia magnética. Se recibe informe de estudio por imagen reasumiéndose el cuadro como Pandiafisitis de fémur, y se programa punción biopsia ósea. Realiza tratamiento antibiótico con cefotaxime mas vancomicina.

Se rescata SAMRco en hemocultivos, medula ósea, y proximal de fémur, asumiéndose como bacteriemia a SAMR y Pandiafisitis de fémur a punto de partida de lesión superficial de Piel (forúnculo).

Evolucionar favorablemente completando seis semanas de antibioterapia.

### CONCLUSIÓN

Considerar tratamiento empírico oportuno de infecciones de piel y partes blandas, teniendo en cuenta al SAMRco como etiología, hoy cada vez más frecuentes de las mismas y las posibles complicaciones que de ellas surgen a partir de su diseminación hematogena.



## ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)

**PO 130**

Bessone C.<sup>1</sup>; Aguila D.<sup>2</sup>; Farabollini S.<sup>3</sup>; Goldberg S.<sup>4</sup>; Gorosito M.<sup>5</sup>; Martin M.<sup>6</sup>; Melvin M.<sup>7</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<shirlgoldberg@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Burkholderia cepacia es un BGN no fermentador que causa brotes nosocomiales. Afecta a pacientes con estancias hospitalarias prolongadas y comorbilidades importantes (FQP, inmunodeprimidos). La identificación de más de un caso en un corto período de tiempo obliga a descartar un posible brote.

La aparición de brotes epidémicos en los hospitales es un problema creciente a nivel mundial. Este hecho está relacionado con el aumento de uso de antimicrobianos y técnicas diagnósticas y terapéuticas.

### OBJETIVOS

Describir un brote epidémico por B. cepacia que se presentó en diferentes áreas del Hospital Provincial del Centenario en el período de Agosto-Septiembre 2012.

Describir la diseminación de 2 clones de B. cepacia en servicios de Clínica pediátrica, Oncohematología pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, donde se analizan 10

casos de aislamiento de B. Cepacia en diferentes materiales de cultivo en el período de Agosto a Septiembre de 2012.

### RESULTADOS

Durante el período estudiado, se presentó un brote epidémico por B. Cepacia de diferentes clones (A y B). Se registraron 10 episodios en 8 pacientes. Del total de casos, 6 se presentaron en sala de Oncohematología pediátrica, 2 en Clínica pediátrica, y 2 en UCI adultos. El 80% presentó SIRS, de los cuales el 100% presentaba patología de base e instrumentaciones previas (neoplasias, DBT, ARM, etc). En el 62.5% de los casos sintomáticos se aisló la cepa A y en el 37.5% restante, la B. En los casos asintomáticos, es decir pacientes colonizados, la distribución fue 50% y 50%. En cuanto a la distribución por servicios de las diferentes clones, el A se aisló en sala de pediatría (Clínica y Oncohematología) y UCI, y el B únicamente en sala de pediatría.

### CONCLUSIONES

La posibilidad de realizar estudio de biología molecular, permitió reconocer dos tipos diferentes de clones, identificándose al clon A como endemia del hospital y al B únicamente en el Servicio de Pediatría.

Las medidas implementadas, en este caso, para el control del brote fueron el aislamiento de contacto de los pacientes y refuerzo de técnicas de asepsia y antisepsia con resultado exitoso.

## FASCIOSIS HUMANA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**RPD 132**

Ruiz Blasco M.<sup>1</sup>; Ramia Damario M.<sup>2</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA<sup>1 2</sup>  
<marianaruizblasco@hotmail.com>

La fasciolosis es una enfermedad infecciosa parasitaria causada por los trematodos Fasciola Hepatica. En los últimos años se ha convertido en una enfermedad de gran impacto en humanos, de amplia distribución mundial. Las mayores tasas de prevalencia reportadas han sido en la región andina de Latinoamérica, siendo Perú el país más afectado. Las manifestaciones hepáticas varían de acuerdo a la fase de la enfermedad, ya sea aguda o crónica. La aguda puede durar entre 4 a 6 meses, y se presenta con fiebre, hepatomegalia y eosinofilia. Puede complicarse a nivel hepático con hematómata subcapsular, ruptura, abscesos, granuloma, anemia severa, ictericia, colangitis, colestasis, pancreatitis, derrames pleurales, y eventualmente fibrosis hepática.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 1 año y 7 meses, procedente de Jujuy, con antecedentes de parasitosis intestinal (ascariasis) desde los 4 meses. Ingresa al hospital por fiebre, anemia grave y

hepatomegalia severa. Se realizan estudios, en los cuales se constata por ecografía y TAC, múltiples quistes en hígado con imágenes lineales en vesícula biliar y en interior de quistes. Se realiza punción del quiste de mayor tamaño, obteniéndose líquido purulento, con cultivo positivo a E. Coli y huevos de Fasciola Hepatica. Hemocultivos negativos, coproparasitológico negativo, escobillado anal positivo a Enterobius Vermicularis. Se realizó tratamiento con metronidazol, mebendazol (2 ciclos), albendazol y nitazoxanida, al no tener disponibilidad de triclabendazol (tratamiento específico). Presentó evolución favorable, con disminución progresiva de quistes y hepatomegalia.

### COMENTARIO

La fasciolosis es considerada como una zoonosis emergente por la OMS. En Argentina, no se conoce la importancia de esta enfermedad en humanos, ya que no existen registros sanitarios y los casos hospitalarios ingresan por complicaciones tardías de esta enfermedad. En la actualidad se cuenta con pruebas diagnósticas sencillas, sensibles y específicas, y con un tratamiento eficaz, de los cuales no se dispone fácilmente en nuestro medio.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. SINDROME DE AUSTRIAN

**RPD 133**

Lacerna R.<sup>1</sup>; Arguelles M.<sup>2</sup>; Martinetto V.<sup>3</sup>; Gasque M.<sup>4</sup>; Lopez M.<sup>5</sup>; Camaño G.<sup>6</sup>

HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN ZARATE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<rolacerna@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Niña de 3 años, con diagnóstico de comunicación interventricular (CIV), sin seguimiento, y retardo madurativo, que ingresa a nuestro servicio por fiebre de 14 días de evolución.

### RESUMEN

Inicia su enfermedad 14 días previos al ingreso con fiebre, dolor abdominal y vómitos. Ex físico: fiebre de 39° C, taquicardia, sat 92% (Fio2 0,21%), normotensa. En regular estado general. Se ausculta soplo sistólico eyectivo con frémito que irradia a axila y dorso, sin signos de insuficiencia cardíaca, abdomen doloroso a la palpación en forma difusa, sin visceromegalias. Lab: Hto 26%, Hb 8,9 gr/dl, GB 25100 (84%N), plaq 139000. Sed. urinario, normal. Rx de tórax: aumento del índice cardio torácico. Se interpretó el cuadro clínico como fiebre prolongada, sospechándose endocarditis infecciosa. Se realizó HMC x 3 y urocultivo. Se inició tto con Vancomicina y Gentamicina. Presentó, durante la internación convulsión tónica clónica generalizada. Se realiza PL: líquido turbio, glucorraquia 10%, proteinorraquia 310 mg/dl, células 220/mm<sup>3</sup> (90% PMN). Se confirma el diagnóstico de meningitis de probable origen bacteriano por diseminación hematógena secundario a un probable endocarditis infecciosa. Se rota Gentamicina por Ceftriaxona.

Evoluciona febril persistente, nuevo episodio de convulsión, Glasgow 7/15 decidiéndose su intubación. En uti se realiza un ecocardiograma, donde se evidencia el hallazgo de CIV subtricuspidia restrictiva chica. Imágenes refringentes compatibles con 2 vegetaciones a nivel de la CIV una de 2 x 0,7 cm y otra de 1,5 x 1,2 cm. Una tercera vegetación en cara auricular de la valva septal de la tricuspídea de 1,45 x 1,47 cm, móvil, en diástole que ingresa al VD. A las 72 hs se obtiene *Streptococcus Pneumoniae* en 2 de 3 HMC y el mismo germen en el LCR. Al día 11 de internación presentó hipoxemia, crepitantes en base pulmonar derecha y radioopacidad con broncograma aéreo, compatible con neumonía. Finaliza tratamiento antibiótico, fue dada de alta, permaneciendo con hipoacusia derecha, e inestabilidad en la marcha como secuelas neurológicas

### OBJETIVO

Reportar un caso clínico por la inusual asociación entre endocarditis, meningitis y neumonía debida a *Streptococcus Pneumoniae*.

### CONCLUSIONES

La asociación entre endocarditis, meningitis y neumonía debida a *Streptococcus Pneumoniae* fue descrita por primera vez en 1862 por Herchl. En 1881 Willan Osler denominó a la endocarditis, meningitis y neumonía por *Streptococcus Pneumoniae*, síndrome de Austrian.

## HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR

**PO 134**

Lopez Papucci S.<sup>1</sup>; Badano A.<sup>2</sup>; Chiossone A.<sup>3</sup>; Ensinn G.<sup>4</sup>; Aletti A.<sup>5</sup>; Bonifachio E.<sup>6</sup>; Agazzini G.<sup>7</sup>; Ernst A.<sup>8</sup>; Larini S.<sup>9</sup>; Bonaudi C.<sup>10</sup>; Pigozzi F.<sup>11</sup>; Pinotti M.<sup>12</sup>; Uboldi A.<sup>13</sup>; Fossati S.<sup>14</sup>; Regueira M.<sup>15</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS V J VILELA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sup>; PROGRAMA PROV. DE INMUNIZACIONES - S. FE<sup>13</sup>; INST. DE ANTIMICROBIANOS. INEI-ANLIS. CARLOS MALBRAN<sup>14,15</sup>

<slopezpapucci@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

En enero 2012 la VNC-13v fue introducida en Argentina usando el esquema 2+1 en <1 año y captura con 2 dosis en niños de 1 año de edad. Considerando el período 01 a 12.2012 de la cohorte 2012 para el Dpto. Rosario (S. Fe) accedieron a la 1ra dosis 67% de los niños y a la 2da 45%. Durante el período 01.2012 a 10.2013 (1 año y 10 meses) la cobertura para la 1ra dosis fue de 85%, para la 2da 75% y para el refuerzo 41%

### OBJETIVOS

1. Evaluar si existe un descenso significativo sobre el número y tasa de hospitalizaciones por ENI y sus distintas formas clínicas en el H. Vilela a casi 2 años de la incorporación de la VNC-13v a calendario.
2. Conocer los serotipos predominantes en <5 años antes y después de la introducción de la VNC-13v.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y longitudinal a partir de la vigilancia epidemiológica permanente de neumococo que compara la tasa de hospitalizaciones por neumonía, meningitis y otras ENI en niños >1 mes y <13 años entre los períodos previo (2003-2011) y posterior (2012 en adelante) a la incorporación de la VNC-13v, corte a 30.11.2013. Se divide la población en 4 grupos etáreos: 0 – 11 meses, 12 – 23 meses, 2 – 4 años y 5 – 12 años. Se analizan los serotipos identificados en ambos períodos agrupándolos en vacunales y no vacunales.

lizaciónes por neumonía, meningitis y otras ENI en niños >1 mes y <13 años entre los períodos previo (2003-2011) y posterior (2012 en adelante) a la incorporación de la VNC-13v, corte a 30.11.2013. Se divide la población en 4 grupos etáreos: 0 – 11 meses, 12 – 23 meses, 2 – 4 años y 5 – 12 años. Se analizan los serotipos identificados en ambos períodos agrupándolos en vacunales y no vacunales.

### RESULTADOS

Las tasas de hospitalización por neumonía neumocócica y ENI total en <1 año disminuyeron de manera significativa 70,9% de 52,7/104 a 15,3/104 egresos (p = 0,028) y 52,4% de 96/104 a 45,7/104 egresos (p = 0,025) respectivamente desde el inicio de la vacunación en relación al período previo. Meningitis mostró en dicha edad una reducción no significativa de 45,8% de 18,8/104 a 10,2/104 egresos (p = 0,56). Las internaciones por ENI cayeron no significativamente el 49,8% de 111,5/104 a 56/104 egresos (p = 0,15) en el 2do año de vida y el 3,06% y 6,7% respectivamente en los niños de 2 a 4 años y de 5 a 12 años. La proporción de ENI causada por serotipos vacunales se redujo de 90,4% a 61,5% en los <2 años.

### CONCLUSIONES

A casi 2 años de la incorporación de la VNC-13v a calendario constatamos en nuestra institución un rápido descenso en las hospitalizaciones por ENI en los grupos etáreos vacunados, ya significativo para el caso de neumonía en los niños <1 año de edad, así como una reducción en el porcentaje de aislamiento de serotipos vacunales. Con más tiempo y mejores coberturas, la vigilancia nos permitirá conocer el real impacto de la VNC-13v en la prevención de la ENI.



## PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO

**RPD 135**

López Papucci P.<sup>1</sup>; Ferreyra M.<sup>2</sup>; Melzi S.<sup>3</sup>; Spoletti M.<sup>4</sup>;  
Vidal M.<sup>5</sup>; Spedaletti S.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
<plopezpapucci@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El SAMRco, como agente etiológico de infecciones severas a distancia a punto de partida de lesiones banales en piel.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una infección profunda considerando la importancia del tratamiento oportuno de lesiones banales para la prevención de complicaciones infecciosas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de nueve años que consulta por fiebre e impotencia funcional de miembro inferior luego de un traumatismo de bajo impacto. Con antecedente de forúnculo en muñeca derecha inadecuadamente tratado.

### RESULTADOS

Ingresó con diagnóstico presuntivo de osteomielitis aguda de fémur, solicitándose Rx, ecografía, Hemocultivos, y resonancia magnética. Se recibe informe de estudio por imagen reasumiéndose el cuadro como Pandiafisitis de fémur, y se programa punción biopsia ósea. Realiza tratamiento antibiótico con cefotaxime más vancomicina.

Se rescata SAMRco en hemocultivos, medula ósea, y proximal de fémur, asumiéndose como bacteriemia a SAMR y Pandiafisitis de fémur a punto de partida de lesión superficial de Piel (forúnculo).

Evoluciona favorablemente completando seis semanas de antibioticoterapia.

### CONCLUSIÓN

Considerar tratamiento empírico oportuno de infecciones de piel y partes blandas, teniendo en cuenta al SAMRco como etiología, hoy cada vez más frecuentes de las mismas y las posibles complicaciones que de ellas surgen a partir de su diseminación hematogena.

## EVALUACIÓN DE UN MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITIS BACTERIANA

**RPD 136**

Colombara M.<sup>1</sup>; Diez S.<sup>2</sup>; Karakachoff M.<sup>3</sup>

HTAL DE NIÑOS DR. O. ALASSIA<sup>1 2 3</sup>  
<melinacolombara@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Diferenciar meningitis bacterianas de asépticas es difícil inicialmente. Conocer la etiología en forma precoz permitirá restringir el uso de antibióticos, limitando el tiempo y los costos de la internación. Nigrovic. L y col. desarrollaron una regla de predicción clínica (Bacterial Meningitis Score) que permitió identificar niños con muy bajo riesgo de tener la enfermedad; si ellos no presentaban ninguno de los siguientes criterios: tinción de Gram en el LCR positivo, recuento de neutrófilos igual o mayor de 1000/ml en LCR, proteinorraquia igual o mayor 80 mgs/dl, recuento de neutrófilos igual o mayor de 10000/ml en sangre periférica, y la presencia de convulsión antes o durante la presentación clínica; con alta sensibilidad y especificidad.

### OBJETIVOS

Evaluar el rendimiento del BMS en una cohorte de niños con diagnóstico confirmado de meningitis aguda bacteriana.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente historias clínicas de niños de 1 mes a 15 años de edad internados entre enero de 1999 y febrero de 2013 en el Hospital de Niños O. Alassia de Santa Fe con diagnóstico de meningitis bacteriana (cultivo

de LCR positivo, o más de 10 leucocitos en LCR con hemocultivos, coagulación o PCR para patógenos bacterianos positiva). Se registraron las variables para obtener el BMS, y se excluyeron los niños con enfermedades neuroquirúrgicas previas, sepsis, inmunosupresión, púrpura fulminante, punción traumática y/o cultivos de LCR que desarrollaran gérmenes considerados contaminación.

### RESULTADOS

Seleccionamos 118 historias clínicas y de ellas se analizaron 56. La edad media fue 3.2 años (rango: 1 mes-13 años). El 62% de los niños eran varones. Previamente habían recibido antibióticos 8 niños (14%). Se identificó *Streptococcus Pneumoniae* en 48%, *Neisseria Meningitidis* 41%, *Haemophilus Influenzae* 7%, *Salmonella* no Tiph y *Streptococcus B Hemolítico* en 2% respectivamente de los niños. Proteinorraquia mayor de 80 mg se verificó en el 89% de los niños, recuento de neutrófilos en sangre 64%, en LCR 62%. El Gram fue positivo en 50% y convulsionaron el 34% de todos los niños. Fallecieron 4 niños. Con excepción de uno, se registraron al menos una de las cinco variables en el 98.2% de los niños estudiados.

### CONCLUSIÓN

El BMS resultó ser un score de fácil implementación y muy adecuado para identificar niños con meningitis bacteriana.



## OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.

**RPD 137**

**Barboni F.<sup>1</sup>; Ferreyra M.<sup>2</sup>; Oller A.<sup>3</sup>; Paredes N.<sup>4</sup>;  
Roldán O.<sup>5</sup>; Ravera L.<sup>6</sup>; Hernanz P.<sup>7</sup>; Ferreyra M.<sup>8</sup>**  
SANATORIO DEL SALVADOR<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<fabriciobarboni@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una infección ósea que ocurre a cualquier edad, 50 % en menores de 5 años, predominio masculino. El mecanismo más frecuente es por vía hematógena, siendo los huesos largos los más afectados; raramente trauma penetrante o infección por contigüidad. El principal agente es *S. aureus*. Clínica: fiebre, dolor e impotencia funcional. Requiere hospitalización para diagnóstico y manejo inicial. Estudios recientes demuestran resultados satisfactorios ante tratamientos acortados por vía endovenosa (7 días) seguido de vía oral hasta completar 4-8 semanas. Un tratamiento inadecuado genera infección crónica y pérdida de la funcionalidad.

### OBJETIVO

Presentación de caso clínico de osteomielitis aguda que plantea dificultad diagnóstica.

### CASO CLÍNICO

Niño de 11 años, antecedente de parálisis de Erb derecha. Consulta por reaparecer fiebre y continuar, tras 15 días de haber realizado su primera consulta, con omalgia derecha e impotencia funcional secundaria a traumatismo. Microtrauma en dedo índice y pulgar derecho por onicofagia. Edema de

partes blandas de hombro derecho, dolor a movilización, funcionalidad de difícil valoración.

Por laboratorio con elevación de VSG y PCR y radiografía de tórax y hombro derecho, se interna con diagnóstico presuntivo de tumor óseo (osteosarcoma, sarcoma de Ewing) y proceso infeccioso (artritis séptica, osteomielitis, tuberculosis). Interconsulta con traumatología, infectología, oncología y diagnóstico por imágenes. Tratamiento empírico con vancomicina y clindamicina endovenosa.

TAC de brazo derecho: lesión osteolítica de aspecto apolado en diáfisis humeral, reacción perióstica. RMN: proceso infeccioso e inflamatorio, derrame intraarticular, extensa miositis. Centellograma Óseo con captación Tc 99 en húmero derecho. Punción articular guiada por ecografía: desarrollo de *S. aureus*. Se rota a cefalotina y TMP-SMX completando 21 días vía parenteral. Se realiza toilette quirúrgico.

Diagnóstico definitivo: Osteomielitis de diáfisis humeral, artritis de articulación glenohumeral, miositis con abscesos intramusculares y embolia séptica en pulmón. Tratamiento rifampicina y TMP-SMX vía oral hasta completar 8 semanas.

### CONCLUSIÓN

Si bien la sospecha de osteomielitis aguda tiene una base clínica, en este caso de difícil valoración por antecedentes del paciente, el diagnóstico de certeza se sustentó en el abordaje multidisciplinario y métodos complementarios para comenzar su tratamiento.

## SCORE DE TAL Y MORBILIDAD ASOCIADA A BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

**RPD 140**

**Di Vincenzo F.<sup>1</sup>; Falco M.<sup>2</sup>; Oller A.<sup>3</sup>**  
SANATORIO DEL SALVADOR<sup>1,2,3</sup>  
<flor\_dv1@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una infección respiratoria viral aguda que afecta a menores de 24 meses, causada predominantemente por virus respiratorio sincicial (VRS), y es común en servicios de urgencia hospitalarios y las salas de pediatría en particular durante los meses de invierno. Un 2-3% de los niños menores de 1 año de edad son admitidos cada año con bronquiolitis causada por VRS.

### OBJETIVOS

El objetivo es analizar pacientes con Score de Tal con un valor mayor a 9 como predictor de morbilidad en lactantes con Bronquiolitis por VRS.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio comparativo retrospectivo comprendiendo el período entre 1 de Enero de 2012 al 1 de Noviembre de 2013, que incluyó 135 pacientes menores de 24 meses internados en unidad pediátrica del Sanatorio del Salvador, con criterios clínicos de Infección Respiratoria Aguda Baja, de los cuales, 50 pacientes correspondieron a Bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincicial, de los que se obtuvieron muestra de secreciones respiratorias por aspirado nasofaríngeo con técnica de inmunofluorescencia. Se excluyeron del estudio

los pacientes que presentaban enfermedad de base. Las variables correlacionadas fueron: edad, sexo, días de internación, días de requerimiento de O<sub>2</sub>, Score de Tal al ingreso. Se analizaron los datos con tabla de contingencia 2x2 con programa Epi Info 6.

### RESULTADOS

Al correlacionar los datos en la tabla de contingencia podemos inferir que aquellos que al momento del ingreso presentaron un Score de Tal mayor a 9 tuvieron un tiempo de estada hospitalaria 35 veces mayor (odds ratio: 35; IC: 95%; RR:8.16; p:0.0000009) y 540 veces más riesgo de días de requerimiento de oxígeno (Odds ratio: 540; IC:95%; RR:29.7; p: 0.0000000).

### CONCLUSIONES

La Bronquiolitis sigue siendo la principal causa de internación en menores de 24 meses. Si bien su curso es autolimitado, no todos los pacientes presentan el mismo curso evolutivo, ya que algunos se ven condicionados a la morbilidad concomitante. Al correlacionar el Score de Tal al ingreso del paciente con el promedio de días de internación y con el promedio de días de requerimiento de oxígeno, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Concluimos que el Score de Tal tiene alto valor predictivo para determinar la morbilidad al momento de ingreso.



## ERITROPOYESIS DÉRMICA, SIGNO PRECOZ DE INFECCIÓN CONGÉNITA

**RPD 143**

Di Vincenzo F.<sup>1</sup>; Falco M.<sup>2</sup>; Oller A.<sup>3</sup>

SANATORIO DEL SALVADOR<sup>1,2,3</sup>  
<flor\_dv1@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La eritropoyesis dérmica es debido a la persistencia de la actividad eritropoyética fisiológica de la dermis fetal en el Recién Nacido. Se manifiesta por lesiones maculopapulosas azuladas o violáceas distribuidas en todo el tegumento. En la actualidad, la causa más frecuente de eritropoyesis dérmica es la infección congénita por CMV, puede verse además en: Incompatibilidad Rh o del grupo ABO, esferocitosis hereditaria, otras infecciones intrauterinas (TORCH, parvovirus B19), hemorragia feto materna o síndrome transfusional entre gemelos, leucemia congénita, neuroblastoma, rabdomiosarcoma, histiocitosis.

### OBJETIVO

Mostrar un caso clínico de CMV congénito neonatal, con eritropoyesis dérmica y hepatomegalia al nacimiento.

### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Nace por cesárea un RNT/PEG, de 38 sem, apgar 5/7, piel con lesiones máculo-papulares equimóticas generalizadas, hepatoesplenomegalia, convulsiones tónico-clónicas,

trastornos metabólicos, plaquetopenia y elevación de las transaminasas. Se solicita serología para CMV. Se indica eritropoyetina. Ecocardio: HTP, dilatación de cavidades derechas. Se indica sildenafil. Eco cerebral: pérdida de la diferenciación córtico-subcortical y calcificaciones subcorticales parietales derechas. Fondo de Ojo: macro y microhemorragias, con focos de retinitis en polo posterior. Antígeno temprano para CMV negativo. Al 4º día de vida comienza con Ganciclovir. A los 20 días de vida se recibe IgM e IgG para CMV, ambas reactivas. Cumple 6 semanas de antiviral con regresión de los síntomas.

### CONCLUSIÓN

El CMV es un virus ADN, perteneciente a la familia Herpesviridae, caracterizado por la posibilidad de recurrencia de la enfermedad. Cuando la infección primaria se produce en el embarazo hay una transmisión vertical del 40%, en la reactivación de la enfermedad la transmisión es de 0,2 a 1,8% de los casos. La infección fetal es más grave en la 1º mitad del embarazo, pero más frecuente en el 3º trimestre. Tener en cuenta los signos de aparición precoz como eritropoyesis dérmica permite el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado en aquellos casos graves con alta mortalidad.

## PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE

**RPD 145**

Bardazzi N.<sup>1</sup>; Basqueseaux J.<sup>2</sup>; Fernandez R.<sup>3</sup>; Martin M.<sup>4</sup>; Melvin M.<sup>5</sup>; Gorosito M.<sup>6</sup>; Santoro M.<sup>7</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<nanbardazzi@hotmail.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La piomiositis es un proceso infeccioso supurativo bacteriano que afecta al músculo estriado. Principal etiología: *Staphylococcus aureus*. Presenta 3 fases clínicas: invasiva, supurativa y sepsis. El estándar de oro para el diagnóstico es la RMI. El tratamiento incluye antibioticoterapia y manejo quirúrgico.

### OBJETIVO

Comunicar el caso de una paciente inmunocompetente sin antecedentes predisponentes con piomiositis en fase de sepsis.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente femenino de 10 años, eutrófica, sana, con cuadro clínico de fiebre, coxalgia unilateral e impotencia funcional. Ex. físico: marcha antálgica por impotencia funcional miembro inferior derecho, pálida, febril, taquipneica, taquicárdica y con leve hepatoesplenomegalia. En muslo derecho aumento del perímetro, signos de flogosis y limitación a la movilidad activa y pasiva. Lab: anemia, leucopenia, plaquetopenia. VES y PCR elevados. Hemocultivos y exudado faríngeo

positivos a *Staphylococcus Aureus* meticilinoresistente. RMI: infiltración de músculos glúteo mayor, medio e iliaco, que se extiende desde músculos paraespinales y lumbosacros derechos pudiendo corresponder a colecciones. Edema de tejidos blandos adyacentes. Líquido en articulación coxofemoral. Líquido libre en fondo de saco de Douglas, fascia pararenal posterior y gotera parietocólica derecha. Por incremento de insuficiencia ventilatoria solicitamos Eco pleural observando derrame pleural izquierdo. Agrava su estado general con cuadro clínico compatible con shock séptico derivándose a UCIP. Se realiza toilette quirúrgica de la zona, con toma de muestra bacteriológica positiva a *Staphylococcus Aureus*. A su ingreso comienza tratamiento con Clindamicina-Vancomicina con escasa respuesta por lo que se rota a Linezolid-Rifampicina. Por persistir febril se realiza nueva RMI que informa múltiples colecciones a nivel de los músculos iliaco, para espinales y también en techo acetabular. Además confirma consolidación en base de pulmón derecho. Se rota a Danazolid, con buena respuesta. Hemocultivos actuales negativos.

### CONCLUSIÓN

La piomiositis es una infección bacteriana infrecuente. Debe sospecharse precozmente aun en pacientes inmunocompetentes ya que su diagnóstico oportuno evita hospitalizaciones prolongadas y complicaciones.

## HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS

**RPD 147**

Aguirre M.<sup>1</sup>; Abate H.<sup>2</sup>; Falaschi A.<sup>3</sup>; Duci N.<sup>4</sup>

HOSPITAL NOTTI<sup>1,2,3,4</sup>

<caroazalba@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis se desarrolla ampliamente en zonas rurales en donde el perro parasitado, ganado caprino-ovino y el hombre conforman la tríada que sostiene el ciclo. En Argentina esta enfermedad representa un problema sanitario importante y de la economía ganadera.

### OBJETIVOS Y POBLACIÓN

Describir características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes con sospecha de Hidatidosis, internados en Hospital Notti entre 01-01-2000 y 30-09-2013.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron: edad; sexo; motivo de internación; procedencia; antecedentes epidemiológicos; categorización epidemiológica; estudio de contactos domiciliarios; síntomas; localización y cantidad de quistes; eosinofilia; técnicas de imágenes; serología, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS

Se incluyeron 32 sujetos, 62.5% fueron mujeres (n 20) y en proporción similar procedentes de zona rural y urbana, la media de edad fue 11,5 años (r: 4.3 a 17 años), registraron antecedente epidemiológico 62.5% (n: 20). Solo en el 22% (n:7) se estudió contactos familiares. El 53,1% (n: 17) se internó por complicación del quiste. Fueron sintomáticos 72% (n: 23): fiebre 41% (n: 13) y dolor abdominal 34 % (n: 11). Quistes únicos 59% (n:19), con localización hepática 53% (n:17) y pulmonar 47% (n: 15). El 62.5% (n: 20) no presentó eosinofilia y se confirmó el caso en el 12,5% (n:4). Resultaron patológicas ecografía y/o TAC abdominal en 20/28 (71,4%), Rx/TAC pulmonar en 14/27 (51,8%) y TAC cerebral en 2/15 (13%). Tratamiento quirúrgico 91% (n: 29). Presentaron secuelas pulmonares 2 pacientes (6,25%).

### CONCLUSIONES

La hidatidosis se presentó principalmente en niños en edad escolar, sintomáticos y con antecedentes epidemiológicos positivos. Más de la mitad se internó por complicaciones. La mayoría fueron casos probables, de ubicación hepática y pulmonar. Casi todos recibieron tratamiento quirúrgico.

## EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA – ARGENTINA

**RPD 148**

Martinez L.<sup>1</sup>; Chirino P.<sup>2</sup>; Irueta I.<sup>3</sup>; Sciametta M.<sup>4</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA.

UNC<sup>1,2,3,4</sup>

<liliana1964@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El uso de un catéter central colocado por punción, permiten la administración de los fluidos ayudando a disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

### PROBLEMA

Eventos adversos con el uso de catéteres percutáneos colocados por enfermeras a neonatos internados menores de 37SG del HUMN-UNC. Agosto. 2012 a 2013. Córdoba. Argentina.

### OBJETIVO

Identificar los eventos adversos relacionados con el uso de catéteres percutáneos.

### TIPO DE ESTUDIO

Documental, Retrospectivo, Descriptivo.

### POBLACIÓN

Constituido por menores de 37SG internados en el servicio. Los excluidos fueron los mayores de 37SG, cardiopatas y reingresos. Material y Métodos: Revisión de las HC. se elaboró una tabla maestra.

### RESULTADOS

Se utilizó los datos de 88 neonatos internados, se colocaron 34 catéteres percutáneo en 24 neonatos. Del total 51% son mujeres

y 49% varones. El 75% de los neonatos que nacieron entre las 33 y 37 SG. La valoración del peso es un factor para decidir el tipo de acceso venoso. De los que tenían percutáneas, el peso se halla entre 1530g a 1950g, con un 35%. La colocación de catéter fue en el 29 % al 3º día internación El 79% de los intentos de colocación de percutánea fue exitoso, el 21 % no se colocó. El tiempo de permanencia del catéter percutáneo central fue de 11 días Los eventos adversos con percutáneas durante la administración de NPT ocasiono daño tisular por infiltración y flebitis, los otros eventos de riesgo fueron detectados a tiempo no llegando a producir daños. otra de las drogas que estaban pasando era la dopamina que ocasiono oclusión de la vía.

### CONCLUSIÓN

Los principales eventos adversos del estudio fueron: 13% infiltración, y el 9% oclusión, se presento bajos porcentajes de migración del catéter 4%, posicionamiento periférico 4% y retiro accidental 3%. En cuanto a los días de vida del neonato al momento de colocar la percutánea el 20% se colocó al segundo día, y 29% al tercero, Si bien el estudio no tiene referencia al número de punciones al colocar un catéter percutáneo el estudio muestra que cada intento de colocación fue eficaz, y el 59 % de los catéteres se retiró al finalizar el tratamiento.

### RECOMENDACIONES

Aunque es un catéter de fácil introducción y uso, se requieren de programas de actualización para el personal de enfermería, el uso de una ficha de seguimiento, la existencia de un protocolo de percutáneas, para brindar un cuidado oportuno y de calidad.



## ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

**RPD 149**

Echave C.<sup>1</sup>; Camiansqui M.<sup>2</sup>; Dondoglio P.<sup>3</sup>; Verdaguer V.<sup>4</sup>; Mónaco A.<sup>5</sup>; Pereda R.<sup>6</sup>; Cancellara A.<sup>7</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS "DR. PEDRO DE ELIZALDE"<sup>1</sup>; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS "DR. PEDRO DE ELIZALDE"<sup>2,3,4,5,6,7</sup>  
<ceciechave@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se notifican un aumento preocupante de casos de neumonía complicada.

### OBJETIVOS

Describir las características clínicas y evolutivas en relación a la etiología de las neumonías complicadas (NC) en los pacientes (pac) pediátricos de nuestra población.

### MÉTODOS

Se identificó a los pacientes internados en el Hospital, desde 1 de julio a 30 de noviembre de 2013, que presentaban características de NC, definida como neumonía con derrame, neumonía necrotizante, y/o absceso pulmonar.

### RESULTADOS

Se identificaron 30 pac con diagnóstico de NC: 17 neumonías con derrame y 13 neumonías necrotizantes. La X edad de presentación fue de 36,5 meses, predominio masculino 19/11. Los agentes etiológicos aislados fueron *Staphylococcus aureus* (SAU) 7 pac, *Streptococcus pneumoniae* (SN) 2 pac, *Streptococcus pyogenes* (SP) 1 pac, *Mycobacterium tuberculosis* 1 pac. En 19 pac no hubo rescate microbiológico. Las NC por SAU se presentaron en pac de menor edad X:12 meses. 3 pac presentaron

neumonía con derrame y 4 neumonía necrotizante. Se rescató SAU de líquido pleural en 6 pac y de hemocultivos en 2. Los 2 pac con NC por SN presentaron neumonía necrotizante, edad: 15 y 72 meses. Sólo 1 tenía vacunación completa para SN. Se rescató de SN de hemocultivos. El pac con NC por SP, edad 5 años, vacunación completa para edad, incluida para el SN. Inició el cuadro como neumonía con derrame progresando a sepsis. Se rescató SP de hemocultivos y líquido pleural. Los 19 casos de NC sin rescate eran 11 neumonías con derrame y 7 neumonías necrotizantes, edad x 48 meses, predominio masc. (13/6). Tenían vacunación completa para edad 16/19 pac, sólo 4 pac tenían vacunación para SN. En los pac con neumonía por SAU la X de internación fue de 18 días y la x duración de la fiebre 4 días. La X del tratamiento antibiótico EV fue de 15 días. Requirieron tubo de avenamiento pleural 6 pac, y decorticación pleural 1. En los casos de NC sin rescate, la X de internación fue de 16 días y la duración de la fiebre de 5,7 días. Recibieron trat. inicial con cobertura para SAU 3pac, requirieron rotación antibiótica por mala evolución 12 pac. En 12 pac se colocó tubo de avenamiento pleural y 2 pac decorticación pleural.

### CONCLUSIONES

El agente etiológico más frecuente hallado en las NC fue SAU, se presentó en pacientes de menor edad (mediana 12 meses). Nos debe alertar, para adecuar el tratamiento en caso de neumonías con mala evolución a fin de mejorar evolución de nuestros pacientes.

## PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

**PO 150**

Gentile A.<sup>1</sup>; Bakir J.<sup>2</sup>; López Papucis S.<sup>3</sup>; Lución M.<sup>4</sup>; Molina F.<sup>5</sup>; Abate H.<sup>6</sup>; Gajo Gane A.<sup>7</sup>; Santillán Iturres A.<sup>8</sup>; Casanueva E.<sup>9</sup>; Firpo V.<sup>10</sup>; Alfredo Martín C.<sup>11</sup>; Cancellara A.<sup>12</sup>; Grupo de Trabajo de Enfermedad Bacteriana Invasiva<sup>13</sup>

HTAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ<sup>1,4</sup>; HTAL DE NIÑOS V. VILELA DE ROSARIO<sup>2</sup>; HTAL DE NIÑOS O. ALASSIA DE SANTA FE<sup>3</sup>; HTAL PEDIÁTRICO H. NOTTI DE MENDOZA<sup>5</sup>; HTAL PEDIÁTRICO J. PABLO II DE CORRIENTES<sup>6</sup>; HTAL DE NIÑOS EVA PERÓN DE CATAMARCA<sup>7</sup>; HTAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO DE BS. AS.<sup>8</sup>; HTAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMÁN<sup>9</sup>; HTAL DE NIÑOS H. QUINTANA DE JUJUY<sup>10</sup>; HTAL DE NIÑOS P. ELIZALDE DE BS. AS.<sup>11</sup>; ARGENTINA<sup>13</sup>

<angelagentile@fibertel.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

En Enero/2012 se introdujo la vacuna neumocócica PCV13 en el Calendario Nacional de Vacunación en Argentina, con el esquema 2+1 para niños <2 años. Las tasas de cobertura fueron 75,7% y 43,0% para la 1ra y 2da dosis en los lactantes <1 año.

### OBJETIVOS

Estimar la carga y el patrón clínico-epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) a través de la vigilancia hospitalaria en unidades centinelas pediátricas antes y después de la introducción de la vacuna PCV13 en Argentina.

### MÉTODOS

Se compararon las características de la población, incidencia

de casos de NAC y de NAC por *Streptococcus pneumoniae* (Sp) por 10.000 egresos hospitalarios, entre un período previo a la introducción de la vacuna (años 2007-2008) y el año de introducción 2012 en 10 unidades centinelas hospitalarias pediátricas (El estudio comprende 3 años de vigilancia activa de NAC: 2012-2014. El presente es el informe del primer año).

### RESULTADOS

Se observó una reducción significativa de la incidencia de NAC entre ambos períodos en los 10 hospitales, de 601,6 (5254/87331) IC95% 585-618 a 500,9 (4109/82027) IC95% 486-516 con una efectividad del 16,7% IC95% 16,27-22,79. En 6 hospitales, las tasas de NAC por Sp disminuyeron 23,4%, de 10,2 (65/63441) IC95% 8-13 a 7,8 (47/59890) IC95% 6-10 sin significación estadística.

Del total de 277 casos de NAC confirmados por cultivo en el primer período, 196 (70,8%) fueron NAC por Sp, mientras que en el 2do período el 59,3% (99/167) correspondió a NAC por Sp (p=0,017).

El porcentaje de niños <2 años con NAC por Sp se redujo de 44,4% (87/196) a 24,2% (24/99) para el 2do período (p=0,001). No se hallaron asociaciones significativas en otras características de la población entre ambos períodos. Conclusiones En el primero año de la introducción de la vacuna PCV13, hubo una reducción significativa en la incidencia de casos hospitalizados por NAC y así como en el porcentaje de niños <2 años con NAC por Sp.

## PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

**RPD 151**

Falaschi A.<sup>1</sup>; Abate H.<sup>2</sup>; Acevedo C.<sup>3</sup>; Rosaenz L.<sup>4</sup>

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA<sup>1,2,3</sup>; SECCIÓN BACTERIOLOGÍA<sup>4</sup>  
<falaschi.a@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En la última década, los enterococos resistentes a vancomicina (EVR) han adquirido cada vez más importancia como patógenos nosocomiales, sobre todo en pacientes sometidos a procedimientos invasivos, antibioterapia y hospitalizaciones prolongadas.

### OBJETIVOS

Determinar, a través de cortes de prevalencia, colonización intestinal de EVR en pacientes internados en áreas críticas y factores de riesgos (FR) asociados.

### POBLACIÓN

Pacientes internados en áreas de cuidados intensivos (UCIP- UCIN- RCCV) del Hospital "Dr. Humberto Notti", los días: 10/04/2012- 08/08/2012 – 18/12/2012 y 23/10/2013.

### MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Corte transversal (prevalencia) y analítico (caso control). Se realizaron 4 cortes de prevalencia

Analizamos: días de hospitalización previa al estudio, procedimientos invasivos, nutrición parenteral, cirugía abdominal, uso de antimicrobianos y FR relacionado a EVR: tiempo de internación menor y mayor a 7 días, presencia de catéteres, ventilación mecánica y uso de antibióticos

Casos: pacientes con hisopado rectal positivo para EVR

Controles: pacientes con hisopado rectal negativo, en el mismo período y área Se realizó análisis univariado informando OR, IC95% y p <0,05.

### RESULTADOS

Sobre 124 pacientes estudiados se identificaron 5 EVR en UCIN, durante el corte de fecha 08/08/2012, en los otros cortes restantes no se identificaron casos

La prevalencia de EVR fue de 0,22(5/22) para ese corte, y de 0 en los otros.

De los 124 pacientes estudiados presentaron menos de 7 días de internación previa al hisopado 22 (17,74%), y más 7 días 98 (79,03%), catéteres venosos centrales 72 (58,1%), catéteres urinarios 60 (48,3%), catéteres periféricos de inserción central 76 (61,3%), nutrición parenteral 33 (26,7%), cirugía abdominal 24 (19,31%) y ventilación mecánica 72 (58%).

Factor	Casos (N= 5)	Controles (N= 22)	OR IC 95% P
Días de internación previa			
< 7 días vs > 7 días	2	4	2,16 (0,26-17,89) P=0,41
ARM	1	11	0,13 (0,01-1,51) p=0,1
CVCI	1	6	0,43(0,04-4,56)p=0,44
Nutrición parenteral	1	6	0,36 (0,03-3,7)p=0,36
Catéter urinario	1	10	0,15(0,01-1,49) p=0,09
Carbapenemes	1	4	0,62(0,05-6,8) p=0,58
cefalosporinas	3	7	2,14(0,28-16,36) P=0,47
Quinolonas	1	2	1,41 (0,10-18,5) p=0,62
Glicopeptidos	1	5	0,46(0,04-4,89) p=0,47

### CONCLUSIONES

La prevalencia de portación de EVR fue baja, sólo se identificaron portadores en un solo corte y en UCIN, de los factores de riesgo analizados ninguno mostró significación estadística.

## DECLINACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN NIÑOS INTERNADOS, LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN CAPRINA-BOVINA EN MENDOZA.

**RPD 153**

Abate H.<sup>1</sup>; Rosaenz A.<sup>2</sup>; Falaschi A.<sup>3</sup>

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA<sup>1,2,3</sup>  
<hjabate@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una zoonosis universal. En pediatría es benigna y las recaídas y formas crónicas son infrecuentes. Los humanos se infectan al contacto con animales o productos animales contaminados Solo existe vacuna efectiva para el ganado.

### OBJETIVOS

Describir características clínicas epidemiológicas de la enfermedad y evolución de las notificaciones pediátricas posterior a implementación de vacunación en caprinos.

### POBLACIÓN

Pacientes pediátricos con diagnóstico probable o confirmado de Brucelosis atendidos entre enero 1982 y diciembre 2013, en los hospitales Dr. J. Lencinas, Dr. E.Civit (1982- 1992) y Hospital Pediátrico Dr Humberto J Notti(1993- 2013). Casos pediátricos notificados al Departamento de Epidemiología de la Provincia de Mendoza ( 1993 a 2013).

Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo observacional

### MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos: edad, sexo, fecha de internación, fuente de contagio, signo-sintomatología, analítica sanguínea, tratamiento y evolución. NI de notificaciones anuales pediátricas

### RESULTADOS

N: 51 . MD 9 años (Rango: 1 a 14 años). Varones: 29 (56,86%)

y mujeres 22: (43,13%). El 52,94% (n: 27) de los niños se internaron entre 1982-1992 y el 47,05% (n: 24) entre 1993 y 2006. No hubo internaciones desde 2007.

El 49,01% (n: 25) refirió contacto con rebaño más ingesta de leche, queso y carne de cabra. El 17,64% (n: 9) solo ingestión de leche o queso de cabra ; 11,76% (n: 6) contacto con rebaño caprino y 5,9% (n: 3) ingesta de carne de cabra. En 15,68% (n: 8) no se registró antecedente.

Signos y síntomas más frecuentes : fiebre 84,31% , algias 66,66% y astenia 43,13%.Presentaron hepatomegalia 39,21%, esplenomegalia 35,29% y artritis 21,56% . La mediana de la Reacción de Hudlesson fue de 1/900 con Rango1/160-1/1200. La VSG fue elevada en el 48% ( N:24), presentaron anemia ferropénica el 40% (N:20), linfocitosis el 36% (N:18) y leucopenia el20% (N:10).

### TRATAMIENTOS

TMP SMX + Rifampicina (n:16) y Doxicilina + Rifampicina (n:35), por 4 semanas con buena evolución, sin recaídas

El porcentaje de notificación disminuyó en un 59,65% entre 2007 y 2011, y en un 100% entre 2012 y 2013.

### CONCLUSIONES

Los niños más afectados fueron varones en edad escolar en contacto con rebaño caprino y consumo de lácteos y carne caprina. La mayoría presentó fiebre , algias y astenia. La evolución fue favorable con 4 semanas de tratamiento. Hubo un descenso significativo en las notificaciones luego de la vacunación.



## INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA

**RPD 154**

Hernandez S.<sup>1</sup>; Palma M.<sup>2</sup>; Gregorio G.<sup>3</sup>;  
Fernandez Lausi A.<sup>4</sup>; Priore G.<sup>5</sup>; Taponnier G.<sup>6</sup>

HOSPITAL POSADAS<sup>23456</sup>  
<softher@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Haemophilus influenzae (Hi) causa meningitis, bacteriemia oculta, infecciones de vía aérea superior, artritis séptica, celulitis, neumonía y empiema. La mayor parte de las infecciones invasivas en niños antes de la introducción de la vacuna conjugada eran causadas por el tipo b. El tipo f es el más frecuente de los otros serotipos que causan infecciones invasoras.

### OBJETIVOS

Describir las características clínicas, los antecedentes inmunitarios y la evolución de las infecciones invasivas causadas por Hi en nuestra población en los últimos 5 años. Analizar los serotipos que causan estas infecciones en nuestros pacientes.

### POBLACION Y METODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Población: Pacientes entre 1 mes y 16 años de edad con infecciones invasivas producidas por Hi internados en nuestro servicio desde diciembre 2008 a noviembre 2013. Se analizaron las

historias clínicas de los pacientes con infecciones invasivas registrándose: edad, sexo, antecedentes inmunitarios, diagnóstico, cultivos (hemocultivos y otros sitios estériles), patrón de sensibilidad antibiótica, serotipificación, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS

Se registraron 14 pacientes con infecciones invasivas por Hi. Edad: 3 a 201 meses (mediana: 7.5 m). Sexo femenino 8. Días de internación: mediana: 15. Vacunación constatada, completa: 3; vacunación incompleta: 8, sin documentación: 3. Presentación clínica: meningitis 5/14, neumonía 6/14, osteoartritis: 3/14. Se constató bacteriemia en todos los casos. 5 aislamientos en LCR, 3 en líquido articular. Tratamiento empirico inicial: ceftriaxone 10/14. Los serotipos aislados fueron a 1/14, b 5/14 y f 1/14. Evolución favorable en 11 pacientes, 2 con secuelas neurológicas y uno fallecido.

### CONCLUSIONES

Los pacientes con infecciones por Haemophilus Influenzae se presentaron con cuadros de bacteriemia con foco. La mayoría de las infecciones fueron en vía respiratoria inferior y sistema nervioso central. Prevalciendo el serotipo b, por lo que se debe continuar con la vigilancia epidemiológica en esta población de riesgo e insistir en estrategias para mejores coberturas de vacunación.

## EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER

**RPD 156**

Del Negro V.<sup>1</sup>; Gomez P.<sup>2</sup>; Aguirre M.<sup>3</sup>; Abate H.<sup>4</sup>

HOSPITAL NOTTI<sup>1234</sup>  
<verodelnegro@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones infecciosas en pacientes con cáncer son una importante causa de morbi-mortalidad y constituyen una emergencia infectológica. Los patógenos involucrados varían entre distintas regiones e instituciones.

### OBJETIVOS Y POBLACIÓN

Describir características epidemiológicas y clínicas de pacientes oncológicos y oncohematológicos con neutropenia febril internados en Hospital Notti entre 01-01-2011 y 30-09-2013.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron: características epidemiológicas y hematológicas, enfermedad de base, foco clínico, imágenes, comorbilidades y aislamiento microbiológico.

### RESULTADOS

Analizamos 123 episodios de neutropenia febril, en 41 pacientes (3 episodios/ paciente), la mediana de edad fue 74

meses (r: 6-86). Con leucemia linfoblástica aguda 64,2% (n: 79). El 56,3 % (n: 67) mostro un RAN <100 , 54,2% (n: 65) de los episodios se iniciaron dentro de los 7 días de realizada la quimioterapia y el 10.6% (n: 13) presento plaquetopenia. Se observo foco clínico en el 70% (n: 87) de los episodios y cuando hubo, el más frecuente fue neumopatía (n: 30 24,4 %). Se realizó Rx de tórax en el 69,2 % (n: 83) de los episodios y TAC en el 5.92% (n 7). No se observaron imágenes patológicas en el 50,83 % (n: 61). Solo hubo rescate microbiológico en el 33,3 % (n: 41), más frecuente en hemocultivos: 41,5% (n:17/41). El más frecuente fue *Escherichia coli* en el 27% (n: 11/41) seguido por *Steptococcus viridans* con el 19.5% (n: 8/41).

### CONCLUSIÓN

La mayoría de los episodios tenían LLA como enfermedad de base, RAN menor a 100 y neumopatía como foco clínico. Hubo rescate microbiológico en 1/3 de los casos, principalmente en hemocultivos y los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* y *Steptococcus viridans*.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO

**RPD 157**

Melonari P.<sup>1</sup>; Olguín M.<sup>2</sup>; Llano L.<sup>3</sup>; Schroh A.<sup>4</sup>; Falaschi A.<sup>5</sup>; Abate H.<sup>6</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO HUMBERTO NOTTI<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<pa\_melonari@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCION

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda de origen desconocido que afecta vasos de pequeño y mediano calibre, especialmente las arterias coronarias. La principal complicación es la formación de aneurismas coronarios que pueden complicarse con trombosis, enfermedad cardíaca isquémica y aterosclerosis precoz.

### OBJETIVOS

1- Describir características epidemiológicas, clínicas y complicaciones de EK. 2- Identificar factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones coronarias (CC).

### MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico basado en historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EK, atendidos entre diciembre de 1999 y abril de 2013 en el Hospital Pediátrico Dr. H. Notti. Las variables analizadas: edad, sexo, frecuencia cardíaca (FC), días de fiebre, criterios clínicos, eritrosedimentación (VSG), proteína C reactiva (PCR), leucocitos, plaquetas, hemoglobina

(Hb), ionograma, enzimas hepáticas, albúmina, tratamiento y complicaciones. Se realizó Ecocardiograma doppler color por cardiólogo infantil en fase aguda y a las 4-6 semanas. Se dividió a la muestra en dos grupos: sin CC (1) y con CC (2) para analizar factores de riesgo.

### RESULTADOS

Sujetos: 164. Media: 35 meses (1-144), mediana: 30.5 meses. Mujeres: 57 (34.7%) y varones 107 (65.2%); relación v/m: 1.8/1. Manifestaciones clínicas: fiebre 100%, exantema 91%, cambios en la cavidad oral: 88%, inyección conjuntival 81%, adenopatías cervicales 75%, cambios en extremidades 71%, descamación perineal 39%, irritabilidad 60 %, sedimento patológico: 34%. Presentaron CC 31 pacientes (18.9%). Mortalidad: 1.21% (2 casos). El sexo, albúmina, leucocitos, sodio, enzimas hepáticas, potasio no resultaron estadísticamente significativos.

### CONCLUSIONES

1- El signo más frecuente fue fiebre y el menos frecuente cambios en las extremidades. 2- Alto porcentaje de CC no obstante realizado el tratamiento con gammaglobulina. 3- Los aneurismas estuvieron vinculados a: edad menor a 18 meses, fiebre mayor a 9 días, eritrosedimentación, PCR y FC elevadas; como así también niveles de Hto y Hb bajos.

	Edad (Mediana) p< 0.0014	Días de fiebre (Media) p<0.0001	VSG (Media) p<0.0197	PCR (Media) p<0.0043	Hto (Media) p<0.0046	Hb (Media) p<0.007	FC (Mediana) p<0.0001
Grupo 1: sin CC	36 meses	6	62.5 mm/h	74.22 mg/dl	33	11	113.58
Grupo 2: con CC	18 meses	9	82.5 mm/h	65.35 mg/dl	31	10	130.04

## ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

**PO 158**

Cortes P.<sup>1</sup>; Gonzalez P.<sup>2</sup>; Contreras Funes V.<sup>3</sup>; Barcudi D.<sup>4</sup>; Huerta V.<sup>5</sup>; Calvari M.<sup>6</sup>; Dinatale M.<sup>7</sup>; Ferreyra S.<sup>8</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<paulocortes19@gmail.com>

### OBJETIVO

Conocer los agentes etiológicos bacterianos causales de diarreas en la población atendida en este hospital entre el 1 de marzo de 2004 y el 31 de junio de 2013.

### POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico clínico de gastroenteritis aguda, ambulatorios e internados (exceptuando aquellos con más de 48 hs desde el ingreso).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Un total de 5630 materias fecales (mf) fueron investigadas para Shigella spp. (Sh), Salmonella spp. (Sal), E. coli O157:H7, Yersinia enterocolitica y Campylobacter spp. Las mf procesadas según las recomendaciones del Manual de Procedimientos de Unidad Centinela de Diarreas (Min. de Salud de la Nación).

### RESULTADOS

Las frecuencias de aislamiento fueron: Shigella spp: 19,0% (1068/5630), Campylobacter spp: 12,3% (691/5630), Salmonella spp: 2,2% (126/5630), y E. coli O157:H7: 0,3% (16/5630). En 10 pacientes se detectó Y. enterocolitica como único enteropatógeno. En 51 muestras se encontraron asociaciones: Campylobacter spp. con: Shigella spp. (n= 41), con E. coli O157:H7 (n= 4), con Y.

enterocolitica (n= 2) y con Salmonella spp. (n= 2), también se encontró Salmonella spp. asociado con Shigella spp. (n= 2). El 95% de las muestras positivas evidenciaron respuesta inflamatoria. La especie predominante dentro del género Sh fue S. flexneri seguida por S. sonnei y luego por S. dysenteriae con 732, 332 y 4 aislamientos respectivamente

Durante todo período estudiado S. flexneri predominó sobre S. sonnei (68% vs 31% respectivamente), salvo durante el año 2010 donde se detectó un desmesurado incremento en la frecuencia de S. sonnei respecto de S. flexneri (69% vs 31% respectivamente), debido a un brote de la primera de ellas ocurrido a nivel país.

Los serotipos de S. flexneri fueron los siguientes: 2, 3, 1, aa 479, 6, 4, 5, variante Y y variante X con 399, 188, 61, 39, 35, 4, 3, 2 y 1 aislamientos respectivamente.

Las principales serovariedades de Salmonella fueron las Enteritidis y la Typhimurium.

La especie predominante dentro del género Campylobacter fue C. jejuni.

### CONCLUSIONES

El principal agente etiológico en la población en estudio fue Shigella seguido de Campylobacter y Salmonella. El índice de positividad del coprocultivo fue del 33%, y entre las muestras positivas en casi el 3% se encontraron asociaciones entre dos enteropatógenos. Recomendamos la búsqueda sistemática de Yersinia para fortalecer el conocimiento de su epidemiología a nivel local.



## COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD

**PO 159**

Melonari P.<sup>1</sup>; Olguín M.<sup>2</sup>; Abate H.<sup>3</sup>; Rosaenz L.<sup>4</sup>;  
Del Negro V.<sup>5</sup>; Gomez P.<sup>6</sup>; Llano L.<sup>7</sup>; Salomón A.<sup>8</sup>  
HOSPITAL PEDIÁTRICO HUMBERTO NOTTI<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<pa\_melonari@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCION

Coqueluche enfermedad producida por *B. pertussis* (BP).

### OBJETIVOS

1- Describir características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas. 2- Determinar predictores de mortalidad y requerimientos de unidad de cuidados intensivos (UCI) en casos confirmados.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Datos de fichas epidemiológicas de casos sospechosos ambulatorios, entre 2007 y 2013 e historias clínicas en internados. Aspirado nasofaríngeo (ANF) para panel respiratorio y cultivo más reacción en cadena a la polimerasa (PCR) para BP. Variables: edad, sexo, síntomas clínicos, frecuencia cardíaca (FC), respiratoria (FR), rto. leucocitos (lc), plaquetas(pl) y linfocitos (Li), Proteína C reactiva, días de internación (ddi), mortalidad y necesidad de UCI. Las cuantitativas entre pacientes fallecidos

#### Factores de riesgo de mortalidad

	FR (X) resp./m p<0.0059	Lc/mm <sup>3</sup> (X) p<0.0076	Li/% (X) p<0.01	Pl/mm <sup>3</sup> (X) p<0.001	FC lpm(X) p<0.0082	Edad m(X) p<0001	PCR mg/dl (X) p<0.02
No fallecidos	51	14530.57	33	327800	143.31	4.9	18.41
Fallecidos	73	63328.57	47.92	514184	175.14	2.29	48.15

#### Factores de riesgo para UCI

	FR rpm (X) p<0.0012	FC lpm (X) p<0.0001	Lc/ mm <sup>3</sup> (X) p<0.0023	Li % (X) p<0.0005	Pl/mm <sup>3</sup> (X) p<0.0001	Edad/m (X) p<0001
No pase UCI	50	139.99	15450	41.57	419360	5.52
Pase a UCI	59.9	164.99	30425.7	48.47	532364	7.9

y no, previo pruebas de normalidad, T de Student para dos muestras en el caso paramétricas y Mann-Whitney/Wilcoxon para dos muestras en no paramétricas. La asociación entre cualitativas y mortalidad o necesidad de UCI por Fisher.

### RESULTADOS

Confirmados: 314/369 (85%), Md: 2 meses. (r: 0 - 168). Varones: 169 (53.8%). Tos 196 (84%), tos paroxística 190 (76%), síntomas catarrales 191 (72 %), cianosis 165 (68%), vómitos 89 (40%), apnea 55 (27%), estridor 35 (17%). Cultivos positivos 10 (3.18%); reacción cadena a la polimerasa: 314 (100%). Coinfección con VSR.: 53/104 (50.96%). Ddi: X: 4.99 +/-7.5. Con una X de ddi de: 15.89 (p<0001) tienen mayor riesgo de UCI. Letalidad: 2.22% (n: 7), con Md de edad: 1 mes. Los varones mayor ingreso a UCI (OR: 2.363). La coinfección con VSR prolongó los días de internación (p<0.0001). Los < 2 m presentaron más ddi respecto a los mayores (p<0.001).

### CONCLUSIONES

Mayoritariamente los casos se confirmaron en lactantes pequeños, mediante PCR. La mitad coinfectados con VSR. Letalidad baja. Riesgo significativo de mortalidad con: >FR, leucocitosis, linfocitosis, trombocitosis, >FC, edad y >PCR se agrega para UCI: ddi.

## MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS

**RPD 160**

Della Latta M.<sup>1</sup>; Paineira D.<sup>2</sup>; Hernandez G.<sup>3</sup>;  
Salvo G.<sup>4</sup>; Mendez J.<sup>5</sup>  
HOSPITAL ALEMANI<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<pauldella@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo es la hemoparasitosis de mayor incidencia y prevalencia mundial. La forma causada por la especie de *Plasmodium falciparum* reviste la mayor mortalidad. En países no endémicos es un cuadro muy infrecuente y difícil de diagnosticar, debe considerarse siempre el diagnóstico en viajeros con fiebre, provenientes de áreas endémicas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de un brote familiar de 3 casos de malaria por *Plasmodium falciparum*, atendidos en Argentina, provenientes de Nigeria. Diagnóstico, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS

Se evaluaron 3 niños de raza negra, hermanos, de 3, 6 y 8 años respectivamente, con cuadro de fiebre asociada a vómitos, diarrea con sangre y cefaleas de 3 días de evolución, oriundos de Nigeria 6 días previos. Dos de ellos requirieron internación, uno por deshidratación y otro por meningismo, ambos presentaron anemia, plaquetopenia e hiperbilirrubinemia.

Se indicó tratamiento empírico con ceftriaxona, previos hemocultivos y a las 24hs el frotis de sangre periférica con tinción de Giemsa informa trofozoitos intraeritrocitarios 1 a 2 /campo, formas inmaduras de *Plasmodium*.

Inician tratamiento con mefloquina vo por epidemiología, se confirma *Plasmodium falciparum* única especie. Se cita al tercer hermano, ya asintomático y el examen de gota gruesa informa también *P. falciparum*, recibe igual esquema. No cumplieron criterios de gravedad, con buena evolución clínica, mejoría de laboratorio y parasitemia negativa se otorga egreso hospitalario a las 72hs.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La malaria es la principal causa de fiebre en el postviaje. Se requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarla en países no endémicos y en personas de raza negra; se debe contar con laboratorio de referencia para derivación de la muestra. En todo viajero con fiebre proveniente de áreas endémicas de malaria se debe sospechar el diagnóstico aun cuando asocie otros síntomas como diarrea, y considerar otras arbovirosis como fiebre amarilla o dengue. La mortalidad por malaria por *P. falciparum* es alta en pediatría, y es evitable con tratamiento adecuado, ante la sospecha de infección por *P. falciparum* se debe indicar internación. La mefloquina es la única opción en Argentina, para tratamiento vo de *P. falciparum* resistente a cloroquina en pediatría.



## INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

**RPD 162**

**Della Latta M.<sup>1</sup>; Juarez M.<sup>2</sup>; Enfedaque C.<sup>3</sup>; Gentile A.<sup>4</sup>**

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3,4</sup>  
<paudella@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones candidiásicas invasivas (ICI) son una causa frecuente de infección hospitalaria grave en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales(UCIN).Objetivos:describir las características de las ICI en una UCIN mediante revisión retrospectiva de 10 años.Comparar las características entre dos períodos de tiempo (2001-2005 y 2006-2011).Comparar los factores de riesgo para adquirir Infección primaria de la sangre (IPS) vs adquirir otras ICI.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los registros de pacientes internados en una UCIN de alta complejidad, sin maternidad y prioritariamente quirúrgica, de un hospital pediátrico de tercer nivel de Buenos Aires,que presentaron ICI entre enero de 2001 y mayo de 2011.Se analizaron los datos mediante el programa Epi Info™ 7 y test estadístico de Chi cuadrado.

### RESULTADO

Se incluyeron 70 episodios de ICI en 68 pacientes:52% varones, 47% nacidos de término y 77% >1500gr.El 55% tenía al ingreso patología abdominal, peritonitis(28%) y gastroquiasis(26%).El 91% estuvo sometido a una intervención

quirúrgica, más frecuente la abdominal(60%).El 87% tenía catéter venoso central (CVC) 78 % (51/65) tenía nutrición parenteral (NPT).El 94% recibió antimicrobianos 30 días previos a la ICI.De las 70 ICI:49% fueron IPS, 41% infección tracto urinario (ITU) y 4% infección sitio quirúrgico (ISQ). De los 34 episodios de IPS: 97% tenía CVC.Los pacientes con NPT y cirugía abdominal tuvieron mayor riesgo de padecer IPS vs ICI de otra localización (RR: 7.9 (1.18-53.4), p= 0.002 y RR: 1.9 (1.08-3.36) p= 0.028 respectivamente). De las especies de Cándida aisladas 44% fueron albicans y 40% no albicans y 16% no tipificadas. La tasa de incidencia anual de ICI fue de 3.4/100 internaciones en el primer período y de 1.6/100 para el segundo con tendencia descendente.El 63% de las ICI se identificaron en el periodo 1.El promedio de IPS fue de 3,1 episodios por año, los años 2001 y 2003 duplicaron este promedio.El primer período concentró el 70%(22/31) de los aislamientos de especie albicans.

### CONCLUSIONES

Se aportan los primeros datos epidemiológicos de ICI en esta UCIN.En el primer período se concentraron la mayor cantidad de ICI y de los aislamientos de C. albicans, la incidencia de ICI mostró tendencia descendente en el tiempo.No se pueden sacar conclusiones sobre el aumento de ICI en 2001 y 2003. En la población estudiada la presencia de cirugía abdominal y nutrición parenteral se asociaron con la presencia IPS.

## HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

**RPD 164**

**COLOMBARA M.<sup>1</sup>; KARAKACHOFF M.<sup>2</sup>; GAMBA N.<sup>3</sup>;  
NAVARRO L.<sup>4</sup>; EZCURRA G.<sup>5</sup>; SERVICIO DE INFECTOLOGÍA<sup>6</sup>;  
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA<sup>7</sup>; ROSSI N.<sup>8</sup>**

HTAL DE NIÑOS DR. O. ALASSIA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>; HTAL GARRAHAN<sup>7,8</sup>  
<melinacolombara@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Histoplasmosis es la micosis profunda más frecuente en todo el mundo, siendo endémica en la zona sur de Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, Bs As, Neuquén, La Pampa y Mendoza. Presenta una tasa de infección 1/100000-500000 habitantes. Los signos y síntomas más frecuentes: fiebre >38.5°C, fallo de medro, tos, hepatoesplenomegalia, pancitopenia.

### OBJETIVO

Describir la presentación clínica en un niño.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Caso clínico: varón de 5 años, de Crespo (Santa Fe). Consulta por faringoamigdalitis de 3 sem. de evolución a pesar de tratamiento antibiótico, acompañada de fiebre (38.5°C), astenia y distensión abdominal, anemia y plaquetopenia. Ex. Físico: palidez cutáneo-mucosa, Fc: 130x' soplo sistólico, FR: 28x' auscultación normal. Hepatoesplenomegalia. Laboratorio: GB 2200 (48/0/41/8) Hb: 8.3g/dl, Hto: 25%, PLT: 74000, VSG 43, PCR 41, LDH 725. Rxc. Tórax: infiltrado intersticial difuso bilateral. Se realiza HMC-Urocultivo, se medica con

CRO 80mg/kg/día. Serología: Huddleson, VEB IgM / Ig G, Parvovirus B 19, CMV IgM/ Ig G , VDRL, VHB/ VHC/ VHA, HIV/ Chagas: no reactivas. Medula Ósea: Sin blastos. Niño persiste febril y pancitopénico, se rota Ceftazidima + Amikacina. TAC de tórax(S/p), Abdomen(hepatoesplenomegalia), Pelvis (s/p). Se externa luego de 17 días de internación, con cultivos negativos. A las 48hs reingresa febril : nueva PAMO(normal), biopsia hepática (cambios reactivos inespecíficos), inmunodifusión Paracoccidioidiomycosis (negativo) e Histoplasmosis (banda débil positivo). Se deriva a Htal Garrahan: catastro TBC negativo, FO normal, C3- C4- FAN: normales, Serologías negativas. Muestras de BH y de MO enviadas desde HNOA: Granulomas en MO, nueva PAMO (Htal Garrahan) para cultivo: desarrollo de Histoplasma. Comenzó tratamiento con Itraconazol, en HNOA a continua el mismo. En las primeras dos semanas resuelve el Sme. Febril y pancitopenia. A los 2 meses de iniciado el tratamiento presenta hepatitis farmacológica, que mejora.

### CONCLUSIÓN

Entidad poco frecuente, la cual se debe considerar en los diagnósticos diferenciales en un niño con síndrome febril prolongado con visceromegalia y pancitopenia, a fin de solicitar los estudios pertinentes y arribar a un correcto diagnóstico.



## NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA

**RPD 165**

Colombara M.<sup>1</sup>; Diez S.<sup>2</sup>; Karakachoff M.<sup>3</sup>; Batagliotti M.<sup>4</sup>; Baroni M.<sup>5</sup>; Zalazar F.<sup>6</sup>; Giani R.<sup>7</sup>; Mayoral C.<sup>8</sup>

HTAL DE NIÑOS DR. O. ALASSIA<sup>1,2,3,4</sup>; UNL<sup>5,6,7,8</sup>  
<melinacolombara@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus pneumoniae* (Sp) es el principal agente causal de neumonías bacterianas de la comunidad con un alto índice de morbimortalidad menores de 5 años de edad. El uso de técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (nPCR) permite mejorar la identificación de casos que los métodos convencionales (cultivos).

### OBJETIVOS

Describir aspectos epidemiológicos y clínicos de un grupo de niños internados con neumonía neumocócica, y evaluar la utilidad de nPCR en el proceso diagnóstico.

### MATERIAL Y METODOS

Grupo de 94 niños, de 3 a 59 meses de edad, ingresados al Hospital de Niños de Santa Fe entre mayo de 2011 y abril de 2012. Se eligieron prospectivamente 28 niños y se describieron 25 con neumonías confirmadas bacteriológicamente. Obtuvieron cultivos (HMC y pleura), nPCR en sangre y ANF para virus respiratorios (influenza A y B, VSR, parainfluenza 1, 2, 3, y adenovirus). Las Rx de tórax fueron valoradas, a ciegas, por un pediatra radiólogo.

### RESULTADOS

La edad media fue de 20.4 meses, (r: 4 a 59). La distribución por sexo fue similar. Solo 2 niños estaban inmunizados para neumococo, uno parcialmente. Todos los niños tuvieron fiebre al ingreso, tos: 96%, retracción costal: 66%, rinoresaca: 28%, taquipnea: 20%. Se auscultaban rales crepitantes: 32%, sibilancias: 20% y soplo tubario en el 16%. Recuento de leucocitos y neutrófilos mayores a 15.000 y 10.000 por mm<sup>3</sup> respectivamente se encontraron en el 56% de los niños. VSG > 60 mm/hora: 36%. Radiológicamente el 80% presentó infiltrados alveolares, el 32% intersticiales y 20% derrame pleural. En el 37.2% de internados (35/94) se confirmó un diagnóstico etiológico y en 3 niños coinfección (VSR + Sp). Los cultivos fueron positivos en 6.1% y nPCR en 32.3% de 65 niños estudiados con ambas técnicas. Recibieron antibióticos el 60% de los niños previo a la internación; el 92% 1-4 días previos a realizar nPCR.. La media de internación fue de 5.7 días con un rango: 2-17 días. En 3 niños se colocaron drenajes torácicos. No hubo fallecidos.

### CONCLUSION

La técnica de nPCR permitió mejorar la capacidad diagnóstica de neumonías a pesar del tratamiento previo con antibacterianos, e interpretar situaciones clínicas compatibles con infecciones mixtas.

## COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA

**PO 166**

Melonari P.<sup>1</sup>; Rodriguez Saá C.<sup>2</sup>; Olguín M.<sup>3</sup>; Abate H.<sup>4</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO HUMBERTO NOTTI<sup>1,2,3,4</sup>  
<pa\_melonari@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es frecuente en niños, las complicaciones ponen en riesgo la vida generando elevados costos a los servicios de salud.

### OBJETIVOS

1. Describir características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y tratamiento de complicaciones por varicela.
2. Estimar costos directos de internación y tratamiento ambulatorio.

### POBLACIÓN

estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de pacientes con varicela (ambulatorios e internados) atendidos en Hospital Notti, (01/01/04 al 31/12/12).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron historias clínicas de 592 pacientes internados y 6117 consultas ambulatorias en Hospital Pediátrico H. Notti. Las variables analizadas: edad, sexo, frecuencia estacional, complicaciones, rescates microbiológicos, días de internación y letalidad. Costos directos: días de internación en UTI, en internación clínica, número de consultas ambulatorias y la totalidad de medicamentos utilizados. Los medicamentos serán codificados utilizando el sistema de clasificación de fármacos según la Resolución 1630 del Ministerio de Salud de la Nación.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Media de edad: 31.7 meses (rango 0- 180). Relación varón/mujer 1,15/1. La tasa de internación promedio en todo el periodo observado fue de 3.78/1000 (Rango 2.6- 4.58). La máxima incidencia se observó en noviembre, diciembre y enero. Fueron inmunocomprometidos 25 (4.22%). Complicaciones: 435 (64,92%) infecciones de piel y partes blandas: 380 (56.7%) con mayor afectación en niños de 12 a 47 meses; afectación de sistema nervioso 38 (5,67%); neumonía en 58 pacientes (8,65%), más frecuente entre 12- 47 meses, sepsis 38 (5,67%). Hemocultivos positivos: 31 (4,62%): 17 *Stafilococcus* y 14 *SBHGA*. Letalidad: 4 pacientes (0,67%). Análisis de costos: Cantidad de visitas al consultorio médico de emergencias: \$ 505.545. Días en unidad de cuidados intensivos= \$ 96.000. Días en servicios de internación clínica= \$ 1.305.480. Cantidad de antibióticos y otros tratamientos en pacientes internados: \$ 64.189,26. Total de costos directos: \$ 1.907.025 (US\$ 292.488,49). El costo de internación promedio por paciente es de \$ 3.215,66 (US\$ 493.2). Dólar oficial: US\$ 6.52 (02/01/14).

### CONCLUSIONES

Ligero predominio en varones con prevalencia en primavera-verano, Mayor número de complicaciones en inmunocompetentes. En menores de 4 años las infecciones de piel, partes blandas y respiratorias fueron más frecuentes. El rescate bacteriológico fue bajo. Los costos directos de internación fueron elevados.

## BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**RPD 167**

De Cristofano A.<sup>1</sup>; Ilari S.<sup>2</sup>; Herrera S.<sup>3</sup>;

Marco Del Pont J.<sup>4</sup>; Staneloni I.<sup>5</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>2345</sup>

<analiadecristofano@gmail.com>

En Marzo de 2012 se detectó un aumento en infecciones por Staphilococo meticilino resistente (SAMR) en las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales (UCIN/UCEN) con 28 cunas totales, donde se detectaban casos esporádicos anuales.

### OBJETIVO:

Describir la experiencia, intervenciones realizadas y resultados, en un brote de infecciones por SAMR en una UCIN.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El caso índice fue febrero de 2012, paciente prematura extrema post quirúrgica de cirugía cardiovascular con mediastinitis, paso su post quirúrgico en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos, luego 4 casos de infecciones profundas, 2 colonizaciones de catéteres y 2 de conjuntiva. Se observó un aumento de 2 a 9 casos de infección/colonización por SAMR, en los siguientes 10 días, siendo el 41% de los pacientes de la unidad. La situación se definió como brote, se siguieron las recomendaciones de la *Society for Healthcare Epidemiology of America*.

### RESULTADOS

Intervenciones: Búsqueda activa en todos los pacientes (ptes.): 2 ptes más colonizados por SAMR. Sumando 11, la mitad de

la unidad, Cohorte de aislamiento de contacto a los ptes con infección o colonización, esto incluyo: Personal de enfermería exclusivo, Uso de camisolín, guantes y refuerzo en la higiene de manos, Uso de material exclusivo para estos ptes, Permanencia del Aislamiento hasta el alta. Se suspendió la recorrida dentro de la unidad, (12 médicos más enfermería), se limitó las personas en la unidad. Búsqueda activa semanal de nuevos pacientes colonizados, hisopado a todos los pacientes negativos previamente. De los 11 ptes iniciales 4 fallecieron (Prematuros extremos, sin infección activa por SAMR en ese momento), 2 fueron trasladados a UCIP para continuar sus cuidados, manteniendo el aislamiento de contacto y los 7 restantes fueron dados de alta. No aparecieron nuevos casos durante la intervención. Al año se observaron 3 nuevos casos de SAMR conjuntos que se lograron controlar.

### CONCLUSIÓN

La decisión de implementar recomendaciones estrictas, la toma de consciencia del problema y el compromiso del personal para cumplirlas a pesar de la dificultad de tener un 50% de los pacientes de la unidad en cohorte, logró frenar rápidamente el brote. Conjuntamente durante este periodo observamos una disminución de las infecciones asociadas a dispositivos, consecuencia de las recomendaciones tomadas y seguramente gracias al compromiso en prevenir infecciones asociadas a cuidados de la salud que generó el alerta del brote

## VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)

**RPD 168**

Verdier M.<sup>1</sup>; De Cristofano A.<sup>2</sup>; Faragó M.<sup>3</sup>; Areso M.<sup>4</sup>;

López Yunes M.<sup>5</sup>; Marco Del Pont J.<sup>6</sup>; Ferraris V.<sup>7</sup>

HOSPITAL ITALIANO<sup>234567</sup>

<laura.verdier@hospitalitaliano.org.ar>

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes en HD tienen un mayor riesgo de infección por el virus de Hepatitis B a pesar de la ausencia del riesgo parenteral teórico asociado a transfusiones sanguíneas, por lo que es necesario asegurar una adecuada cobertura posterior a la vacunación. De acuerdo con la bibliografía internacional, los pacientes en diálisis presentan una respuesta subóptima comparado con la población general.

### OBJETIVOS

Determinar la respuesta antigénica y grado de protección de la vacuna de Hepatitis B en pacientes pediátricos en hemodiálisis.

### POBLACIÓN

Se incluyeron 17 pacientes menores de 18 años bajo tratamiento con hemodiálisis seguidos por el Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, desde mayo de 2012 hasta noviembre de 2013.

En cuanto a las enfermedades de base, se incluyeron: 7 glomerulopatías (41,18%), 4 Síndrome Urémico Hemolítico (23,53%), 4 uropatías (23,53%) y otros (11,76%).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo. Se realizó la determinación de

AnticuerpoAntiAntígeno de Superficie de Hepatitis B (Anti HBs) 4 semanas posteriores al esquema de vacunación con 3 dosis para evaluar respuesta adecuada, tomando como tal un valor > o igual a 10 mUI/ml. En aquellos con respuesta subóptima, se indicó la revacunación con el doble de la dosis a la recibida previamente por vía intramuscular, determinándose luego la respuesta a la misma. Se utilizó el programa Epiinfo para el análisis de los datos.

### RESULTADOS

De los pacientes incluídos, alcanzaron títulos protectores de anticuerpos 14 (82,35%). De los 3 que no respondieron (17,65%), sólo 1 no obtuvo adecuada inmunidad luego de la revacunación (5,88%), obteniéndola luego de la segunda revacunación.

En el seguimiento posterior, pudimos observar que 4 (23,5%) de los pacientes presentaron caída de títulos de anticuerpos protectores, aunque manteniendo títulos por encima del valor de corte. Comparando las variables de sexo, edad, tiempo de exposición a diálisis y grado de inmunosupresión, no encontramos diferencias significativas en la respuesta antigénica a la vacuna.

### CONCLUSIONES

En la población estudiada, se encontró una respuesta adecuada a la vacunación en el 82,35%. Luego de la revacunación en el grupo no respondedor con el doble de la dosis, se alcanzó la seroconversión en el 94,12% de los pacientes. Es importante en este grupo de pacientes, el seguimiento serológico en el tiempo por la posible caída en el título de anticuerpos.



## ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE

**RPD 169**

**Núñez Camelino M.<sup>1</sup>; Gajo Gane A.<sup>2</sup>; Medina Pintos S.<sup>3</sup>; Scappini M.<sup>4</sup>; Sanz R.<sup>5</sup>**

HOSPITAL JUAN PABLO II<sup>2345</sup>  
<florencia\_nc@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen (lepra) es un trastorno crónico producida por *Mycobacterium leprae* esta moderada a la respuesta del huésped, y de ella depende su manifestaciones clínicas. La mucosa respiratoria la piel y el sistema nervioso periférico son los órganos más afectados. La Lepra se encuentra en todas las edades, su incidencia máxima se observa durante la niñez y primera etapa de vida adulta en áreas endémicas.

### OBJETIVO

Describir forma de presentación infrecuente de la enfermedad en una paciente adolescente.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 13 años de edad sin antecedentes patológicos previos. Presenta según relato materno, 9 días de evolución con lesiones maculopapulosa y pruriginosa con vesículas centrales de inicio en miembro inferior, consulta facultativo quien indica Amoxicilina y posteriormente Penicilina (por persistencia del cuadro). Posteriormente presenta varios registros febriles (38°C) y las lesiones se extienden tronco, cara y miembros superiores evolucionando a placas eritematosas violáceas por lo que consulta al hospital de su localidad donde permaneció internada 72 Hs recibiendo Cefalotina. Por no presentar mejoría,

se decide su derivación a centro de mayor complejidad.

Ingresó a este nosocomio presentando, placas ampollares eritematosas, indoloras, pruriginosa diseminadas que en cara, miembros superiores, región dorsolumbar y en miembros inferiores lesiones tipo costrosas, vitropresión positiva y supuración leve serosa. Es evaluado por Dermatología, biopsia lesión (se envía a anatomía patológica) y sugiere Meprednisona 40mg/día sospechando Síndrome de SWEETT -Enfermedad Pruriginosa. Se asume como: eritema polimorfo sobreinfectado.

Reinterrogando se obtiene como dato de interés antecedente familiar de Enfermedad de Hansen tratada (madre y abuela materna).

### DISCUSIÓN

Permaneció internada durante 16 días con mejoría de las lesiones. Ya que las mismas no eran características de una patología, se sospechó de otros síndromes hasta obtener el resultado de la BIOPSIA DE PIEL: (ERITEMA NODOSO LEPROSO REACIONAL TIPO 2). Se reasume como: Enfermedad de Hansen. Se indica CLOFAZIMINA, RIFAMPICINA, MEPREDNISONA y CLARITROMICINA, presentando la paciente una amplia mejoría posterior al tratamiento.

### CONCLUSIÓN

Aunque se piense que la Lepra es una enfermedad erradicada, en nuestro país sigue siendo prevalente, y la presentación es muy variada. La misma puede ser bien controlada con el tratamiento adecuado.

## INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECII (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

**PO 171**

**Marco Del Pont J.<sup>1</sup>; Farago C.<sup>2</sup>; Verdier L.<sup>3</sup>; Areso S.<sup>4</sup>; López Yunes M.<sup>5</sup>; De Cristofano A.<sup>6</sup>**

HOSPITAL ITALIANO<sup>23456</sup>  
<jose.marco@hospitalitaliano.org.ar>

### INTRODUCCIÓN

PCP es un patógeno oportunista que afecta a pacientes inmunodeficientes con deterioro de su inmunidad celular.

### OBJETIVO

Determinar su impacto en pacientes pediátricos internados en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

### DIAGNOSTICO

Por antecedentes epidemiológicos, sospecha clínica.

### METODOLOGÍA DIAGNOSTICA

Estudio prospectivo y descriptivo. Se realizaron: hemograma, radiografía de tórax, LDH, y confirmación por reacción en cadena de polimerasa (PCR) para PCP de material biológico obtenido por esputo inducido o Lavado Bronco alveolar (BAL). Periodo de estudio desde julio del 2011 hasta octubre 2013, durante el mismo se diagnosticaron 15 pacientes con infección respiratoria por PCP. Rango de edad entre 1 a 19 años. Edad mediana de 12 años, con un promedio de 11,2 años. Sexo: masculino 11 pacientes (73,3%), femenino 4 pacientes (26,7%). Enfermedad de base al momento del diagnóstico: pacientes hematooncológicos 12 (78,5%) distribuidos en LLA: 9 (75%) pacientes, LMA: 2 (16,6%) pacientes, sarcoma de Ewing: 1 (8,3%)

paciente. Inmunodeficiencia congénita: 2 (13,3%) pacientes y HIV: 1 (6,6%) paciente. Ninguno de los pacientes se encontraba al momento de la enfermedad bajo profilaxis con TMS.

Hemograma: en los pacientes hematooncológicos al momento de la enfermedad por PCP 4 pacientes tuvieron un recuento <1000 leucocitos, rango <90-560. Todos los pacientes presentaron una Rx de tórax patológica compatible (100%).

LDH: (rango normal 100-190) a 13 pacientes se les determinó en sangre al momento de la enfermedad, de los cuales 11 (84,6%) presentaron valores elevados > 190 (rango 119-676)

En la evolución 6 (40%) pacientes requirieron ARM. Ningún paciente falleció por PCP, todos respondieron al tratamiento realizado y 3 pacientes (21,4%) fallecieron por su enfermedad de base (LLA). En 1 paciente (7,1%) portador de HIV recibió tratamiento en forma ambulatoria.

Detección de PCP durante el periodo de estudio: en el año 2011: 6 (40%) pacientes, 2012: 2 (13,3%) pacientes y 2013: 7 (46,6%) pacientes.

### CONCLUSIONES

La enfermedad por PCP sigue siendo frecuente en nuestra población pediátrica principalmente en pacientes hematooncológicos. Un porcentaje importante de ellos requirió de ARM, replanteando la necesidad en esta población de riesgo (LLA-LMA) realizar la profilaxis correspondiente con TMS. Todos los pacientes respondieron favorablemente no constatándose mortalidad relacionada directamente a PCP.

## VIGILANCIA DE GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

**PO 172**

Marco Del Pont J.<sup>1</sup>; Farago C.<sup>2</sup>; Verdier L.<sup>3</sup>;  
López Yunes M.<sup>4</sup>; Areso S.<sup>5</sup>; De Cristofano A.<sup>6</sup>

HOSPITAL ITALIANO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<jose.marco@hospitalitaliano.org.ar>

### INTRODUCCIÓN

El aumento en la prevalencia de gérmenes multirresistentes en diversas infecciones relacionadas al cuidado de la salud obliga a programas de vigilancia para el abordaje de estrategias que permitan el control y tratamiento adecuado de las mismas.

### OBJETIVO

Determinar la presencia en pacientes internados en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano desde marzo del 2012 hasta diciembre 2013 la presencia de KPC o VRE ya sea como colonizantes o infectantes.

### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y descriptivo. Se realizó cultivo o PCR para KPC y VRE en líquidos biológicos o hisopados anales que presentaran algún factor de riesgo.

### RESULTADOS

Fueron evaluados 42 pacientes. Sexo masculino 28 (66,6%). Edad RN a 21 años. Promedio 5,7 años (0,016-20,9) Mediana 3 años. Enfermedad de base: patología digestiva 9 pacientes, Trasplante de órgano 9 pacientes, enfermedad oncológica 7 pacientes, IRC 5 pacientes, politraumatismos 3 pacientes, sepsis 3 pacientes, cardiopatía 2 pacientes, enfermedad metabólica 1 paciente, otros 3 pacientes. Antecedentes de

haber recibido ATB previamente 37 (92,5%), cirugía 36 (85,7%) o CVC 38 (90,4%). Adquisición IH 18 (42,8%) o EH 24 (57,1%). Se aisló KPC en 21 pacientes, VRE 17 pacientes y KPC más VRE juntos 4 pacientes. Requiritieron tratamiento específico 13 pacientes (30,9) Fallecieron 5 pacientes (12%). El EVR se presentó en un determinado momento del seguimiento como brote, 9 casos, en el mes de diciembre del 2012), la KPC se presentó sin evidencia de brote.

### Columna1

#### Comparación de las variables entre los gérmenes

	KPC	VRE	KPC-VRE
Sexo masculino	11 (52%)	14 (82%)	3 (75%)
Edad masculino	6,6 a	4,4 a	2,6 a
ATB previo	19 (90%)	15 (88%)	3 (75%)
Cirugía previa	18 (86%)	14 (82%)	4 (100%)
CVC previo	19 (90%)	15 (88%)	4 (100%)
Adquisición IH	8 (38%)	10 (48%)	0
Adquisición EH	13 (62%)	7 (41%)	4 (100%)
Requiritieron tratamiento	7 (33%)	5 (29%)	1 (25%)
Fallecieron	3 (14%)	2 (12%)	0

### CONCLUSIÓN

Es muy importante la creación de programas de vigilancia de gérmenes multirresistentes, el control de la infección hospitalaria, uso racional de ATB, medidas estándar de aislamiento, y el lavado de manos para el mejor control de estas infecciones.

## TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA

**RPD 173**

Areso M.<sup>1</sup>; López Yunes M.<sup>2</sup>; Faragó M.<sup>3</sup>; Verdier M.<sup>4</sup>;  
De Cristófano A.<sup>5</sup>; Marco Del Pont J.<sup>6</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<soleareso@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis infantil en Argentina tiene una incidencia de 31 casos por cada 100.000 habitantes, 12 a 14 mil casos nuevos por año. Las manifestaciones extrapulmonares tienen una afectación abdominal del 11 al 16% de los casos y el intestino se encuentra involucrado en casi la mitad de los casos.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una forma de presentación poco común de una enfermedad prevalente, pocas veces sospechada.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años de edad, oriunda de Chubut, Argentina, derivada al HIBA por poliadenopatías, para estudio y eventual tratamiento. Nació en Jujuy, padre militar, realizó dos misiones en Haití. Crecimiento normal, en febrero del 2013 comienza con fiebre, sudoración nocturna y dolor abdominal. A su ingreso, se constata paciente en REG, ingresa a UTIP por Shock Séptico. Requiere ARM. Al 8<sup>vo</sup> día de internación presenta abdomen agudo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora y se realiza enterorrifias múltiples e ileostomía. Como procedimientos diagnósticos se realizaron: TAC cor-

poral total que informa: Hallazgos cervico, toraco, abdomeno, pelvicos sugerentes de síndrome linfoproliferativo, en tórax se observa cavitación y múltiples imágenes nodulares; PAAF de Ganglio Cervical: BAAR positivo. Linfadenitis tuberculosa necrotizante y PCR positiva para M. tuberculosis en muestras de líquido peritoneal. PPD: negativa. PAMO: normal. LCR: citoquímico normal, cultivo negativo PCR para M. tuberculosis negativo. Impresión diagnóstica: Tuberculosis extrapulmonar con afectación intestinal y ganglionar. Inicia tratamiento con cuatro drogas (isoniacida, rifampicina, Etambutol, pirazinamida). Se realiza cierre de ileostomía a los 45 días de tratamiento, con buena evolución. Luego de 2 meses de internación, recibiendo tratamiento con 4 drogas, se le otorga el egreso hospitalario. Se realizó catastro familiar: la madre inició tratamiento, al padre y hermanos se les indicó profilaxis con Isoniacida. A los 3 meses se rota a tratamiento con 2 drogas. Actualmente en seguimiento, con buena evolución clínica y radiológica, sin presentación de fístulas.

### CONCLUSIÓN

Debemos sospechar infección por Tuberculosis basándonos en la alta prevalencia de esta enfermedad en todas las edades y a lo largo de nuestro país. Es importante el diagnóstico temprano de esta entidad para evitar complicaciones poco frecuentes. Este es el caso de Tuberculosis Grave, extrapulmonar con afectación intestinal y ganglionar, que evolucionó en forma favorable.



## CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

**RPD 174**

Ruvinsky R.<sup>1</sup>; Aranda O.<sup>2</sup>; Balanzat A.<sup>3</sup>; Falke G.<sup>4</sup>; Abudara G.<sup>5</sup>; Di Coste S.<sup>6</sup>; Cattaino A.<sup>7</sup>; Eymann A.<sup>8</sup>; Warren C.<sup>9</sup>; Ferraris J.<sup>10</sup>; Dalamon R.<sup>11</sup>  
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES<sup>1</sup>; HOSPITAL DE CLÍNICAS<sup>2</sup>; HOSPITAL DE CLÍNICAS<sup>3</sup>; HOSPITAL MILITAR<sup>4</sup>; HOSPITAL TORNU<sup>5</sup>; HOSPITAL RIVADAVIA<sup>6</sup>; HOSPITAL ITALIANO<sup>7,9,10</sup>; HOSPITAL DURAND<sup>11</sup>  
<raulruvinsky@fibertel.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La cobertura de vacunas del PAI en Argentina es subóptima. Detectar la prevalencia de factores de riesgo de esquema incompleto contribuiría a orientar estrategias que mejoren el cumplimiento del programa de inmunizaciones.

### OBJETIVOS

Evaluar cumplimiento del PAI y detectar factores de riesgo asociados a esquemas incompletos.

### METODOLOGÍA

Estudio transversal-analítico. Encuestas realizadas por alumnos del Internado Anual Rotatorio (IAR), Dep. Ped. UBA, con capacitación previa en el PAI, supervisados por los docentes.

### POBLACIÓN

Edad 0-16 años, asistidos en 6 hospitales de CABA. Criterios de inclusión: No presentar contraindicaciones para recibir las vacunas del PAI, presentación del carnet de vacunación. Período Agosto-Nov. 2013. Análisis estadístico: Epi 6.04-STATA 8.0 (regresión logística).

### RESULTADOS

Se incluyeron 432 encuestas: Esquema incompleto: 23,6%

Mediana de edad 21 meses (RIC:6-72 m.) Variables: Varones 52%. Nivel Socio Económico (Grafar): I-II: 68,3%, III: 27,8%, IV-V: 3,9%. Residencia en conurbano 33,6%. Control de salud inadecuado 6,7%. Edad materna <20 años 8,9%. Educación materna: Ninguna a 1º completa 22,5%. Sin pediatra de cabecera 38,4%. Distancia lejana del centro de atención 60,5%. Consulta por enfermedad 38,4%. Coberturas (%): BCG 100,0; Sabin 86,4; Pentavalente 90,4; HB 90,4%; Neumocócica 13V 83,8; Triple viral 94,2; HA 91,3; Cuádruple 89,6; DTP 77,8; HPV 68,2; DTPa 68,4; dT 50,0. Motivos de incumplimiento (%): falta de cumplimiento por la familia 69,2; enfermedad justificada 9,6; no disponibilidad transitoria de vacuna 7,7; falta de información del equipo de salud 6,8; rechazo familiar 3,8; falsa contraindicación 2,9; Factores de riesgo asociados a cobertura inadecuada: Univariado: OR (IC95%); Educación materna incompleta 3,41 (2,03-5,71) p<0,001. Control del embarazo inadecuado 3,59 (1,45-8,91) p<0,0015. Control salud inadecuado 2,83 (1,23-6,48) p<0,006. Ausencia de pediatra cabecera 1,73 (1,08-2,78) p<0,015. Edad 0-12 m. 1,81 (1,09-3,01) p=0,014. Multivariado OR (IC95%) Control de salud inadecuado 2,55 (1,16-5,59) p=0,01, ausencia pediatra de cabecera 1,72 (1,09-2,73) p=0,02

### CONCLUSIONES

La cobertura global fue inferior a la recomendada. La detección de determinantes de riesgo como el incumplimiento de los controles de salud recomendados y no tener pediatra de cabecera requiere implementar programas con estrategias de atención primaria de salud para optimizar coberturas adecuadas del PAI.

## INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE β-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD

**RPD 175**

Lavitola M.<sup>1</sup>; Porporato M.<sup>2</sup>; De Toro V.<sup>3</sup>; Kondratiuk Y.<sup>4</sup>; Gilardi M.<sup>5</sup>; Ballesta D.<sup>6</sup>; Polizzi J.<sup>7</sup>; Landa P.<sup>8</sup>; Alvarez L.<sup>9</sup>

HOSPITAL CARLOS G DURAND<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
<marianalavitola@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Si bien el agente etiológico más frecuentemente relacionado a infección del tracto urinario (ITU) en los niños continúa siendo la E. coli, es muy poco frecuente la resistencia a cefalosporinas de 3ª generación en pacientes provenientes de la comunidad. Los factores de riesgo asociados referidos como significativos son la edad menor de 1 año, recurrencia de la ITU, la profilaxis antibiótica prolongada, la utilización de cefalosporinas para profilaxis, la internación previa y el cateterismo intermitente.

### OBJETIVO

Describir el caso de un lactante con infección urinaria por E. coli productora de β-lactamasa de espectro extendido (Blee) proveniente de la comunidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 8 meses, sexo femenino, previamente sana. Ingresó al servicio de pediatría por fiebre de 7 días de evolu-

ción y deshidratación moderada secundaria a intolerancia a la vía oral. Al ingreso por presentar sedimento urinario patológico se inicia tratamiento con Cefalotina. Al tercer día de internación desmejora clínicamente y se recibe informe de desarrollo en urocultivo de E. coli productora de Blee. Se modifica tratamiento antibiótico a Meropenem con evolución favorable. Durante la internación surge el antecedente de infección urinaria en su madre y su abuela causada por el mismo agente etiológico e igual sensibilidad.

### CONCLUSIONES

Si bien la prevalencia de enterobacterias productoras de Blee es muy baja, el incremento de estos agentes en pacientes provenientes de la comunidad es un alerta para la población pediátrica. Las probables vías de transmisión en niños sin factores predisponentes serían la colonización materno-infantil relacionada al parto y por contacto directo. Es necesario la vigilancia y el análisis de estas infecciones por patógenos multirresistentes.

## NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE

**RPD 176**

**Gaeto N.<sup>1</sup>; Zakic A.<sup>2</sup>; Perez E.<sup>3</sup>; Sosa S.<sup>4</sup>; Carlos D.<sup>5</sup>;  
Raggio S.<sup>6</sup>; Pereyra N.<sup>7</sup>; Bruno M.<sup>8</sup>; Reines V.<sup>9</sup>;  
Dalamon R.<sup>10</sup>**

HOSPITAL DURAND<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
<nadiagaeto@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La neurocisticercosis es una enfermedad parasitaria del sistema nervioso central causada por la infestación de la larva de la *Taenia solium*. Se adquiere a través de la ingesta de huevos del parásito por contacto fecal oral con individuos que alojan la tenia adulta o por autoinfección. Es endémica en los países en vías de desarrollo, principalmente de América Latina, Asia y África, pero poco frecuente en la población pediátrica.

### OBJETIVO

Describir un caso de neurocisticercosis urbana en pediatría, como posible enfermedad emergente en nuestra población relacionada con las inmigraciones procedentes de áreas endémicas.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años que ingresa al servicio de Pediatría por presentar episodio de convulsión tónico-clónica generalizada con retro desviación de la mirada, afebril, relajación de esfínteres y estado postictal. Sin antecedentes significativos.

Con domicilio en Ciudad de Buenos Aires, sin traslados a otras provincias. Se presentaba vigíl, reactiva y conectada, con Glasgow 14/15, sin evidencia de signos de foco motor ni compromiso meníngeo. Se realizó tomografía computada y se informó imagen hipodensa de contornos netos, aproximadamente 8,5 mm en topografía fronto basal del lado izquierdo en proyección de la unión de sustancia gris y blanca, asociada a edema perilesional. Se solicitó RMN que evidenció lesión redondeada hipo intensa en T1, hiper intensa en T2 con refuerzo anular tras la inyección de gadolinio rodeada de edema; compatibles con neurocisticercosis. Se inicia tratamiento empírico con albendazol. No repitió episodios convulsivos. Se realizó evaluación de foco epidemiológico. Permaneció internada 13 días y continuó luego, seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIONES

La neurocisticercosis es una causa potencial de epilepsia incluso en aquellas áreas no endémicas. El diagnóstico puede ser dificultoso y se pueden confundir con otras lesiones intracraneales. Los crecientes movimientos migratorios de población portadora asintomática en áreas con dificultades en el saneamiento ambiental e higiene pueden favorecer la emergencia de esta enfermedad.

## TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH

**RPD 177**

**Palma M.<sup>1</sup>; Hernandez S.<sup>2</sup>; Giordano P.<sup>3</sup>;  
Taponnier G.<sup>4</sup>; Gregorio G.<sup>5</sup>**

HOSPITAL NACIONAL PROF.A. POSADAS<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<meriampal@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La transmisión vertical de VIH es la forma predominante de adquisición del virus en la infancia (95% de los casos). La pesquisa de la embarazada permite indicar medidas preventivas que disminuyen notablemente la transmisión vertical. El diagnóstico precoz en el RN colabora en la inmediata aplicación de la terapéutica apropiada.

### OBJETIVOS

Analizar diagnóstico materno y cumplimiento de la profilaxis prenatal, intraparto y neonatal. Describir la evolución clínica y virológica de los niños expuestos perinatales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de los recién nacidos en 2013 en nuestro hospital. Se evaluó la evolución clínica y virológica

con carga viral (b-DNA VERSANT HIV-1 RNA 3.0), la primera entre las 24 y 72 hs del nacimiento, la segunda entre 1 y 2 meses y la tercera entre los 4 y 6 meses, profilaxis anti-retroviral madre-hijo y control prenatal de la embarazada.

### RESULTADOS

Se registraron 31 pacientes, todos nacidos en el hospital, lo cual representa 7,2 por 1000 nacidos vivos. El diagnóstico materno fue: previo al embarazo 19(61.3%), durante la gestación 7(22.5%), tardío 5(16.1%) (periparto 4, postparto 1). La cobertura de la profilaxis prenatal fue 23/31, intraparto 26/31. La carga viral fue indetectable en el momento del parto en 21 madres. Todos los niños expuestos recibieron profilaxis neonatal. Se realizó diagnóstico de transmisión vertical en un paciente (3.2%).

### CONCLUSIONES

El diagnóstico tardío de la embarazada aún continúa registrándose, esto interfiere en la implementación adecuada de las medidas de prevención de transmisión materno-infantil. Es necesario encontrar estrategias que permitan dar respuesta a esta problemática.



## PRESENTACIÓN DE UN CASO: "BACTERIEMIA POR MICROBACTERIUM MARITYPICUM EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO"

**RPD 178**

Orpianesi M.<sup>1</sup>; Padilla G.<sup>2</sup>; Gambaudo M.<sup>3</sup>; Calvari M.<sup>4</sup>

SANATORIO ACONCAGUA<sup>1,2,3,4</sup>

<ruca\_carahue@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Los grupos corineformes CDC A-4 y A-5 han resultado pertenecer al género *Microbacterium*, comprometen 55 especies, de las cuales 8 han aparecido en reportes microbiológicos con relevancia clínica, debido a su dificultosa tipificación por características morfológicas y fisiológicas identificadas en base a biología molecular. Sin embargo casos aislados, especialmente en pacientes oncológicos internados, han ido en aumento causando bacteriemia.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Bacteriemia por *Microbacterium maritypicum* en paciente oncológico.

### CASO CLINICO

Paciente de 4 años de edad, previamente sano ingresa por adenopatías occipitales de un mes de duración, dolorosas, lesiones tipo ampollares en mucosa bucal, petequias en rostro y fiebre intermitente de 10 días de evolución. Se acompaña de inapetencia, astenia y pérdida de peso en las últimas semanas. Se solicita serología viral, siendo positiva: IgM CMV - IgG VEB. Se realiza laboratorio especializado mostrando: pancitopenia y 70% de células blásticas. Comienza tratamiento antibiótico para neutropenia febril hasta

cultivos negativos y se programa PAMO (Punción aspirativa de médula ósea) la cual confirma el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B.

Al 9° día de internación cursa Sepsis por SAMR (*Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina) con aislamiento en hemocultivos seriados, por lo cual cumple Vancomicina durante 21 días. Paciente que continúa febril, por lo cual se realiza fondo de ojo, ecografía abdominal, ecocardiograma doppler, siendo normales; vancocinemia 17,7 microgr/ml; CIM de 1. Se realiza policultivo, con extracción de vía venosa central y cultivo de punta de catéter, recibiendo resultado (+) del hemocultivo para *Coco Gram (+)* de dificultosa tipificación. Se envía muestra a centro de mayor complejidad, confirmando tipificación: *Microbacterium maritypicum* a los 7 días posteriores. Se realiza tratamiento con Linezolid 7 días como tratamiento para bacteriemia, en base a bibliografía que avala la sensibilidad del germen a dicho antibiótico.

### CONCLUSION

Las infecciones por *Microbacterium Maritypicum* se han podido notificar en esta última década debido a los avances tecnológicos en estudios de biología molecular, que han permitido su tipificación y antibiograma específico para su diagnóstico preciso. El no contar con dichas tecnologías en determinados centros de salud, hace que se retarde su diagnóstico o en algunos casos quedando inconcluso el cuadro clínico.

## COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)

**RPD 179**

Cesolari J.<sup>1</sup>; Mercado M.<sup>2</sup>; Benegas L.<sup>3</sup>; Gallo J.<sup>4</sup>

MATERNIDAD MARTINI<sup>2,3,4</sup>

<jorgelinacesolari@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La Bronquiolitis es una infección viral común en menores de un año con patrón epidémico estacional, siendo predominante en meses de invierno y primavera. En el neonato la clínica es atípica simulando cuadro de sepsis

### OBJETIVO

Describir el comportamiento clínico epidemiológico del VRS en neonatos internados en UCIN de la Maternidad Martín durante periodo de mayo a octubre de los años 2010 a 2013

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo tomando como fuente de información historias clínicas neonatos internados con bronquiolitis a VRS durante el periodo en estudio. Todas las muestras se obtuvieron por ANF al ingreso, con resultado entre 24 y 36 hs.

### RESULTADOS

Durante el periodo mencionado se internaron 154 Neonatos con diagnóstico de Bronquiolitis, se aisló VSR en 54

(34,5%), 4 fueron de adquisición intrahospitalaria. Siendo su distribución por año 2010 31%, 2011 3%, 2012 27%, 2013 39%. Afectó por igual tanto a varones como mujeres (27/27). Fueron recién nacido a término 44 (81,4%) y 10 (18,6%) recién nacido pretérmino. En cuanto a la edad de ingreso a la sala, 6 (11,1%) menores de 10 días, 42 (77,8%) entre 10-30 días y el resto (11,1%) mayores de 30 días. Recibieron oxígeno 41 pacientes (75,9%) de los cuales 2 (4,8%) requirieron Cpap, 10 (24,3%) ARM y 2 de estos últimos requirió VAF. El promedio de internación fue de 8,2 días (rango de 2 a 26 días). En 3 pacientes se halló coinfección 2 con *Bordetella Pertussis* y 1 con *Chlamydia Trachomatis*. Las complicaciones fueron: atelectasia (8/54), Neumonía (1/54). Falleció solo un paciente (1,8%). En el 33%(17) se instauró antibioticoterapia por sospecha de sepsis al ingreso, suspendiéndose al diagnóstico.

### CONCLUSIÓN

El análisis a través de los años nos permite observar el comportamiento del VSR en una población vulnerable o de alto riesgo como son los neonatos. La posibilidad del diagnóstico precoz evita el uso innecesario de antibiótico y la instauración temprana de medidas de aislamiento.



## HIV: PRESENTACION ATIPICA EN PACIENTE PEDIATRICO

**RPD 181**

**Padilla G.1; Orpianesi M.2; Gambaudo M.3; Calvari M.4**

SANATORIO PRIVADO ACONCAGUA<sup>1,2,3,4</sup>  
<gise\_489@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El VIH produce afección multisistémica con diversidad clínica, relacionada con la infección primaria o con enfermedades oportunistas. En pediatría, las enfermedades marcadoras en el diagnóstico tardío son: adenopatías generalizadas, infecciones respiratorias recurrentes, hepatoesplenomegalia, dermatitis seborreica, diarrea crónica, desnutrición, parotiditis recurrente, muguet y retardo madurativo.

La Necrosis Epidérmica Tóxica (NET), entidad cutánea grave, es infrecuente y de difícil diagnóstico, generalmente desencadenada por fármacos. En niños VIH positivos obedece a la inmunodeficiencia misma o al tratamiento antirretroviral

### OBJETIVO

Mostrar una entidad clínica infrecuente como presentación inusual de VIH-SIDA en paciente pediátrico

### CASO CLÍNICO

Niña de 15 meses de edad, embarazo controlado con serología del segundo trimestre negativa, sin APP relevantes, ingresa febril, pálida, taquipleica con exantema maculopapular, confluyente, no pruriginoso, en cabeza, tronco, miembros superiores y mucosas. Lesiones vesiculoampollosas. Signo de Nikolsky+. Superf. corporal afectada 60%. Diarrea sanguinolenta. Presentó días previos rinitis, tratada

con betametasona, ibuprofeno y claritromicina. Laboratorio: VSG:60 – PCR:2,3 - GOT:95 – GGT: 145 – GPT: 160. Se policlítica.

A las 72 hs presentó desmejoría clínica y neutropenia febril moderada. Requirió transfusión de glóbulos rojos, albúmina, crioprecipitados y Ventilación Mecánica. Se indicó tratamiento con vancomicina, amikacina y piperacilina-tazobactam hasta cultivos negativos. Se infundió gammaglobulina, sospechando NET, se realizó biopsia de piel y Test de Tzanck, confirmando su resultado. Se solicita serología para VHS 1 y 2, CMV, VEB, Parvovirus, Mycoplasma y VIH. A las 72 hs de solicitada, se recibe PCR (+) para VIH. Se informa recuento de linfocitos CD4 358 células/mm<sup>3</sup> y carga viral 594000 copias/ml.

Se posterga el inicio de terapia antirretroviral por la gravedad de la paciente con fallo multiorgánico, presentando su óbito 96 hs posteriores al diagnóstico

### CONCLUSIÓN

El incumplimiento de protocolos en la prevención de transmisión madre-hijo del VIH, el inadecuado control del embarazo y la falta de sospecha por el pediatra, lleva al diagnóstico tardío con graves consecuencias para la vida del paciente. Por lo tanto, ante patologías infrecuentes y de curso atípico se debe pensar en esta grave entidad; la cual con un diagnóstico temprano y manejo adecuado otorga una mejor calidad de vida.

## COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN

**RPD 182**

**Coria L.1; Ciravegna S.2; Hidalgo N.3; Lastra L.4**

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3,4</sup>  
<leo\_coria@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Coqueluche es una de las principales causas de morbimortalidad en la niñez prevenible por vacunación. En Argentina, a partir de 2003, se observó un incremento en su incidencia.

Presenta tres estadios: catarral, paroxístico y de convalecencia. A pesar de la intensa sintomatología que puede manifestar, la exploración física suele ser anodina y no hay signos de enfermedad de vías respiratorias inferiores a menos que curse con neumonía sobreagregada.

### OBJETIVOS

Describir la presentación clínica de lactantes con Coqueluche al ingreso al hospital. Correlacionarla con la bibliografía.

### POBLACIÓN

Lactantes de 1 a 24 meses ingresados al HPNJ entre julio de 2007 y septiembre de 2010 con diagnóstico ulterior confirmado por PCR para Bordetella en secreciones nasofaríngeas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente 63 historias clínicas de pacientes internados en el hospital atendiendo a las siguientes variables: sexo, tos paroxística, tos emetizante, apnea, cianosis, frecuencia respiratoria, tiraje y sibilancias, al momento de ingreso.

### RESULTADOS

63 pacientes: 49% Masculinos; 51% Femeninos. Síntoma más frecuente: tos paroxística (62%), otros: cianosis (40%), tos emetizante (24%) y apneas (2%).

Además se encontraron síntomas compatibles con síndrome bronquial obstructivo: tiraje (52%), taquiplea (40%) y sibilancias (40%).

### CONCLUSIÓN

A diferencia de lo descrito en la bibliografía un porcentaje de los casos de nuestra serie cursó inicialmente con signos de compromiso de vías respiratorias bajas, por lo que se sugiere no descartar tos ferina entre los pacientes con síndrome obstructivo bronquial agudo, que presenten algún síntoma asociado compatible con la misma.



## CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA

**RPD 183**

**Vozza L.<sup>1</sup>; Spitale N.<sup>2</sup>; Visconti L.<sup>3</sup>; Moya N.<sup>4</sup>;  
Fedullo A.<sup>5</sup>; Maurizio M.<sup>6</sup>; Tapia M.<sup>7</sup>; Minguez á.<sup>8</sup>**  
SERVICIO DE INFECTOLOGIA. HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>;  
PROGRAMA PROVINCIAL DE TUBERCULOSIS  
<lalavozza@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En Argentina la prevalencia de tuberculosis (TB) es de 26 casos/100.000 habitantes; recibe además migraciones de países con mayor prevalencia e incidencia de Mycobacterium tuberculosis resistente a drogas de primera línea. En mayo de 2013 se notifica al Programa Provincial de TB de Córdoba, un caso de TB pulmonar resistente a Isoniazida en una paciente de 15 años oriunda de Bolivia, miembro de una familia en situación de microepidemia. Al prever baja concurrencia de los contactos escolares al hospital, se formó un equipo de salud para realizar el control de foco (CF) en el establecimiento educativo.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia del CF de TB realizado en terreno y determinar la incidencia de infección o enfermedad en la población expuesta.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, intervencionista, realizado en un colegio secundario público de Córdoba, Capital, en alumnos de 2º año. Se estudió a contactos del caso índice en 2 etapas: Etapa 1 (E1):Visita 1(20/5/13):Radiografías de tórax (RxT), colocación de PPD. Visita 2(a 72 hs): charla educativa,

historia clínica, examen físico, control de BCG, evaluación de RxT y lectura de PPD. Etapa 2 (E2):Visita 3 (a 90 días): Repetición de PPD. Visita 4 (a 72hs) examen físico, lectura de PPD, RxT en individuos con viraje tuberculínico o clínica de enfermedad.

### RESULTADOS

Se evaluaron 37/45(82%) contactos (7 no asistieron a lectura de PPD-control y 1 no obtuvo autorización de sus padres). Rango etario:12-15 años. E1 Visita 2:en el 100% se constató vacunación BCG, no hubo RxT patológicas ni PPD positivas. E2 Visita 4: en 5/37(13,5%) se constató viraje tuberculínico confirmándose infección TB. Se descarta enfermedad y se inicia profilaxis secundaria con rifampicina (R) durante 4 meses. A 3 meses de control: adherencia del 100% y sin reacciones adversas evaluadas por 4 controles clínicos y uno de laboratorio a los 15-21 días.

### CONCLUSIONES

Se identificó una incidencia destacable de infección TB en contactos escolares a pesar de que un número considerable de ellos no pudo ser evaluado. Es importante adecuar la profilaxis a la sensibilidad encontrada en el caso índice, en nuestra experiencia la R fue bien tolerada y con excelente adherencia. Teniendo en cuenta que en TB la detección precoz de casos secundarios juega un rol fundamental en su control, proponemos redoblar esfuerzos del sistema de salud para abordar el CF en terreno, principalmente cuando son poblaciones presuntamente vulnerables o marginales.

## RAHNELLA AQUATILIS : BACTERIEMIA EN UN LACTANTE

**RPD 185**

**Moya N.<sup>1</sup>; Lieva C.<sup>2</sup>; Vozza L.<sup>3</sup>; Fedullo A.<sup>4</sup>; Ortega E.<sup>5</sup>;  
Nobila C.<sup>6</sup>; Maurizio M.<sup>7</sup>**  
SERVICIO DE INFECTOLOGIA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1,2,3,4,5,7</sup>;  
MICROBIOLOGÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>6</sup>  
<abelnicolasmoja@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Rahnella aquatilis (Ra) es un miembro de la familia Enterobacteriaceae y su hábitat natural es el agua. El género fue identificado por Gavini et al. en 1976, y si bien no ha sido aislada con frecuencia en muestras clínicas tomadas en humanos, en los últimos años ha sido reportada como agente etiológico de infecciones invasivas, generalmente en pacientes con inmunocompromiso.

### OBJETIVOS

Describir un caso de bacteriemia por Ra en un paciente previamente sano.

### RESUMEN CLÍNICO

Lactante de sexo masculino de 5 meses de edad, producto de un embarazo controlado, con serología materna negativa, nacido por cesárea, RNT / AEG, con inmunizaciones completas y antecedente de tres internaciones en sala de cuidados mínimos por síndrome bronquial obstructivo recurrente. Es derivado del interior de la provincia por insuficiencia respiratoria aguda grave, ingresando a unidad de cuidados intensivos bajo tratamiento con oseltamivir y claritromicina. Radiografía de tórax: signos indirectos de atrapamiento aéreo e infiltrado intersticial hiliopulgar. Ante el inicio de

fiebre y elevación de reactantes de fase aguda a las 48 hs., se toman hemocultivos (HC) 1/1, urocultivo y se inicia tratamiento con Ceftriaxona-Amikacina. HC 1/1 a las 24 hs. positivo para bacilo gram negativo. Se toman nuevos HC 2/2 resultando positivos para el mismo germen. Tipificación al 3er. día: Ra. Antibiograma: sensible a cefalosporinas (CF) de 3ra. generación y aminoglucósidos, resistente a ampicilina y CF de 1ra. generación. Los HC fueron incubados en sistema Bact-Alert. La identificación de Ra se hizo por sistema automatizado Vitek 2C y técnica manual.

### EVOLUCIÓN

Se solicitó screening basal de inmunidad humoral y celular (proteinograma e inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias) resultando normales, y serología para HIV negativa. Frotis de sangre periférica normal. Cumple 10 días de ceftriaxona (los primeros 5 días en asociación con amikacina), presentando buena evolución clínica, HCs de control negativos y ausencia de complicaciones al día de la fecha. Al alta se deriva a servicio de inmunología de otro nosocomio para profundizar estudios inmunológicos.

### CONCLUSIONES

Considerando poco frecuente el aislamiento de Ra como responsable de infecciones invasivas en pacientes inmunocompetentes, sugerimos contemplar a este germen como otro posible agente etiológico de bacteriemias por bacilos gram negativos en pacientes pediátricos sin aparente inmunocompromiso.

## SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA

**RPD 186**

**Vozza L.<sup>1</sup>; Spitale N.<sup>2</sup>; Visconti L.<sup>3</sup>; Moya N.<sup>4</sup>; Fedullo A.<sup>5</sup>; Maurizio M.<sup>6</sup>; Bernardi G.<sup>7</sup>; Ortega L.<sup>8</sup>; Minguez A.<sup>9</sup>**  
SERVICIO DE INFECTOLOGIA. HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1,2,3,4,5,7,9</sup>;  
LABORATORIO CENTRAL. HOSPITAL MISERICORDIA<sup>6</sup>  
<lolavozza@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Argentina tiene una seroprevalencia de sífilis en el embarazo que oscila entre un 1-3%. El control de la sífilis gestacional (SG) y congénita (SC), es una de las metas planteadas por la OPS para el 2015 y para alcanzarla, más del 95% de los embarazos deberían ser controlados.

### OBJETIVOS

1) Determinar prevalencia de SG y evaluar controles de embarazo en esa población. 2) Caracterizar epidemiológicamente a la población estudiada. 3) Determinar número de casos de SC por ausencia de tratamiento o tratamiento inadecuado de sus madres en el embarazo.

### MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional analítico, retrospectivo; mediante revisión de registros de datos de púerperas cuyos partos fueron atendidos en un hospital polivalente de Córdoba, entre agosto 2010-octubre 2013, y de sus RN.

RESULTADOS: De 7125 púerperas asistidas; 1% (72/7125) presentaron serología positiva y se incluyeron en el estudio.

Edad promedio 27 años. Argentinas 87,5%. Escolaridad alcanzada: primario incompleto 18%, completo 22%, secundario incompleto 36%. No controló su embarazo 53%. Se estudiaron 72 RN y se diagnosticó SC en el 76% (55/72). De estos, el 62% (34/55) fueron producto de embarazos no controlados. De los controlados, 81% de las madres no fue tratada o recibió tratamiento inadecuado; el 19% restante no tuvo diagnóstico serológico.

### CONCLUSIONES

La prevalencia de SG en nuestra población es similar a la descripta en los reportes nacionales. La mayoría de las madres corresponde a mujeres jóvenes, Argentinas y con altos índices de abandono escolar. El porcentaje de los embarazos controlados dista del esperado por la OPS. Más de las dos terceras partes de los hijos de madres seropositivas deben ser tratados para sífilis congénita como consecuencia del bajo acceso al sistema de salud y fallas en el manejo de la patología durante el embarazo. Por lo observado en esta población, sugerimos que los programas de educación sobre controles de embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual sean incluidos en la formación escolar temprana como otra estrategia para disminuir su transmisión vertical. Además, creemos necesario mejorar el manejo de esta patología por parte del equipo de salud.

## MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. REPORTE DE UN CASO

**RPD 187**

**Asis E.<sup>1</sup>; Higa V.<sup>2</sup>; Martinez Z.<sup>3</sup>; Fernandez P.<sup>4</sup>;  
Ferreira M.<sup>5</sup>**

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<rosan60@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Las infecciones por *S. pneumoniae* en neonatos son relativamente infrecuentes. Varían entre el 1-11% de todas las sepsis neonatales con elevada morbimortalidad. Según las distintas series se asocian a rotura prolongada de membranas, prematuroz, infección o colonización materna. El *S. pneumoniae* es un diplococo Gram(+),  $\alpha$  hemolítico, presente en el tracto respiratorio del 50% de la población y responsable de la mayoría de las infecciones bacterianas respiratorias en niños <5 años.

### CASO CLÍNICO

Día 1: Niño de 6 días de vida que ingresa a UTIN, desde internación conjunta donde permanecía por tratamiento materno, por dos picos de 38°C e irritabilidad. Antecedentes: embarazo controlado, screening p/ *S. agalactiae* (-), rotura de membranas de 5 h de evolución, parto vaginal c/ fórceps. RNT/AEG. Laboratorio GB:10200/mm<sup>3</sup> NS: 82% L:11%, M:6% B:1%, Hb:16, 9g/l, PCR:12mg/l. Paciente irritable, febril. Se pautó, comienza tratamiento con AMN+GEN. Día 2: continúa febril, colorido icterico-terroso,

hipertonía, abombamiento de fontanela anterior, opistótono. Se aumentan dosis de antibióticos. Microbiología: directo de LCR: Diplococos Gram (+) lanceolados encapsulados tipo *S. pneumoniae*, confirmado por cultivo. Se cambia esquema: CTX+AMN.Hemocultivo: *Streptococcus pneumoniae*, OXA-S. Día 3 persiste febril con hipertonía, comienza con convulsiones, se agrega fenobarbital. PCR:192mg/l. Ecografía cerebral y abdominal normales. Día 4 continúa con fiebre, se solicita nuevo citoquímico de LCR: hipoglucoorraquia, hiperproteinorraquia y PMN (+++). La ecografía cerebral del quinto día de internación es normal. Día 8 de internación presenta edemas y se transfunde albúmina. Día 11 del ingreso se realiza examen oftalmológico: normal y Ecografía cerebral: Sistema ventricular con Hidrocefalia, III Ventrículo dilatado y IV Ventrículo normal. Día 18 se negativiza PCR. Día 31 se colocó válvula de derivación ventrículo-peritoneal.

### CONCLUSIONES

En el periodo neonatal la sepsis neumocócica puede tener un origen precoz o tardío. La transmisión obedece a 2 formas posibles: vertical por colonización vaginal y horizontal a causa de infecciones locales o infecciones por serogrupos no vacunables. Se presume que en este caso en virtud de la presentación podría tratarse de una forma precoz de transmisión vertical.



## SINDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS

**RPD 188**

Asis E.<sup>1</sup>; Martínez Z.<sup>2</sup>; Higa V.<sup>3</sup>; Fernandez P.<sup>4</sup>

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3,4</sup>  
<rosan60@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La fiebre en el neonato es un motivo de consulta frecuente y representa un problema en cuanto a diagnóstico y tratamiento, especialmente en esta población susceptible de adquirir infecciones bacterianas graves (IBG), por lo que está indicado siempre el ingreso hospitalario. Como la clínica es inespecífica, es necesaria la valoración completa para determinar la presencia de un proceso grave.

### OBJETIVOS

Determinar la Tasa de Incidencia de IBG y su relación con la presencia de factores de riesgo (FR) gestacionales y perinatales, edad al momento del ingreso, sexo y recuento leucocitario (RL).

### MATERIAL Y MÉTODO

Muestra: 264 neonatos febriles sin foco aparente de 0-30d ingresados durante 01/01/09-30/11/13. Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo-analítico de corte transversal. Se excluyeron neonatos con IACS o reingresos con fiebre en un período <7d después de su egreso hospitalario. Fuentes de información: Historias Clínicas. Análisis y procesamiento de datos: paquete estadístico InfoStat utilizando el estadístico

X<sup>2</sup> y considerando significativo  $p < 0,05$ . Resultados: De los 264 casos, 41(15,5%) presentaron IBG. De estos 41 la media de edad fue 16d, rango (3-28d). Se estratificó la edad en:  $\leq 7d$  3(7,3%) y  $> 7d$  38(92,6%), observándose diferencia significativa ( $p < 0,0001$ ). En cuanto al sexo, 36(87,8%) masculinos y 5(12,2%) femeninos, siendo esta diferencia igualmente significativa ( $p < 0,0001$ ). Laboratorio: leucopenia ( $< 5000/mm^3$ ) 1/41, leucocitosis ( $> 15000/mm^3$ ) 19/41 y RL normal 21/4. No hubo asociación significativa entre IBG y la presencia de FR gestacionales y perinatales ( $p > 0,05$ ). Los cuadros clínicos de IBG fueron ITU 27(65,85%), sepsis 6(14,63%), meningitis 4(9,75%), urosepsis 4(9,75%). Microbiología: ITU y UROSEPSIS: 25(80,64%) E. coli, 6(19,36%) otros (*St. pyogenes*, *SCN*, *E. cloacae*, *Enterococcus spp* y *K. pneumoniae*). SEPSIS: 5(83,33%) SAU y 1(16,67%) E. coli. MENINGITIS: 2(50%) *St. agalactiae*, 1(25%) E. coli y 1(25%) *St. pneumoniae*.

### CONCLUSIONES

En el presente estudio la Tasa de Incidencia de IBG fue del 15,5%, siendo la ITU la patología más frecuente destacándose E. coli como agente etiológico. Refiriéndonos a la edad y sexo hubo predominio en  $> 7d$  y en sexo masculino. Los FR gestacionales y perinatales, al igual que el RL, no fueron predictores de IBG. Se continuará dicho estudio por el n limitado para inferencia poblacional.

## PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO

**RPD 189**

Fedullo A.<sup>1</sup>; Moreno G.<sup>2</sup>; Maurizio M.<sup>3</sup>; Moya N.<sup>4</sup>;

Ahumada L.<sup>5</sup>; Ferreyra M.<sup>6</sup>; Voza L.<sup>7</sup>  
SERVICIO DE INFECTOLOGÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1,3,4,7</sup>;  
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>2,5,6</sup>  
<anagabye@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La osteomielitis aguda (OMA) neonatal es infrecuente. Se manifiesta con signos inespecíficos de infección con/sin pseudoparálisis del miembro afectado. Se ha publicado la asociación de osteomielitis/artritis a parálisis verdadera del plexo braquial, por mecanismos aún desconocidos.

### OBJETIVOS

Describir caso de osteoartritis (OA) neonatal por *Serratia marcescens* cuya presentación difiere de la habitual.

### RESUMEN CLINICO

Neonato de 17 días de vida, ingresa por insuficiencia respiratoria aguda, con oxigenoterapia y acceso venoso periférico. Diagnóstico: bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincitial. Día 7 de internación: fiebre (38.2°C), leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda (RFA) elevados. Se policultiva e inicia tratamiento (tto) con cefotaxime/amikacina (Ak). Hemocultivos (Hc) 2/2 positivos: *Serratia m. sensible a Ak*, ciprofloxacina, carbapenems y trimetoprima-sulfametoxazol (TMS). Se rota a meropenem/Ak. Hc control negativos. Día 23: tumefacción y dolor de hombro y codo izquierdos con paresia del mismo

brazo, la ecografía revela: ausencia de líquido articular; radiografía: pérdida de sustancia ósea a nivel humeral; resonancia magnética: fenómenos artríticos-osteomielíticos en articulaciones gleno-humeral y del codo. No pudo realizarse punción diagnóstica. Hc 2/2 negativos. Se asume OA por *Serratia m. A 72 hs*: afebril, mejoría de tumefacción articular, pero persistencia de paresia braquial. Inicia neurorehabilitación. Cumple 4 semanas (S) de tto antibiótico endovenoso combinado, la última con meropenem/TMS. Al alta, RFA negativos y buena evolución clínica. Como reacción adversa a TMS, neutropenia transitoria que no llevó a su suspensión. Continúa con TMS vía oral 2 S más. Al finalizar, recuperación completa de la movilidad del brazo y reconstitución ósea en imágenes. Se deriva a servicio de inmunología para descartar inmunocompromiso.

### CONCLUSIONES

La OA neonatal por *S. marcescens* es infrecuente, más aún en pacientes sin factores de riesgo importantes para infección nosocomial; se ha descrito en enfermedad granulomatosa crónica por lo que sugerimos estudios inmunológicos en estos casos. Destacamos la parálisis braquial como forma de presentación de OA neonatal y resaltamos la buena experiencia con tto conservador y antibióticoterapia combinada con TMS, droga con experiencia limitada en pediatría para infecciones por bacilos gram negativos resistentes, y no utilizada en menores de dos meses por sus efectos adversos.

## TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL - CORDOBA

**RPD 190**

Asis E.<sup>1</sup>; Loyola S.<sup>2</sup>; Martínez Z.<sup>3</sup>; Higa V.<sup>4</sup>; Villa L.<sup>5</sup>

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<rosan60@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El VIH puede ser de TV durante el embarazo, parto o lactancia. El tratamiento antirretroviral (TARV) de las embarazadas infectadas, junto con el manejo obstétrico adecuado y la suspensión de la lactancia llevaron a la reducción global de la transmisión.

### OBJETIVO

Determinar tasa de TV en un hospital de tercer nivel y los factores asociados a la misma.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico retrospectivo, descriptivo. Fuentes de información: historias clínicas de madres infectadas con VIH atendidos en el HMN durante el período 03/1999 a 03/2013. Criterios de inclusión: embarazadas con diagnóstico de VIH previo, durante el embarazo o puerperio, cuyos niños fueron seguidos en el Servicio de Infectología. Se consideró infectado a niños con dos estudios virológicos positivos en < 18 meses (detección del ADN del VIH y/o ARN del VIH) o Ac. anti VIH-1 positivo en >18 meses. Para el análisis de los datos se usaron frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó prueba de X<sup>2</sup> para comparación de las variables dicotómicas (p <0,05).

### RESULTADOS

Se estudiaron 416 niños de los cuales se infectaron 20(4,81%). Las características maternas fueron: mediana de edad 27 años (15 a 45 - DS6,44 EE0,32), embarazos previos: 328 (78,85%), diagnóstico previo a embarazo actual en 217(52,16%) y durante el embarazo 199(47,84%), siendo 15/199(7,54%) en el parto y 22/199(11,05%) en el puerperio. En cuanto al estado clínico 387(93,03%) eran asintomáticos y 29(6,97%) sintomáticas. Controles prenatales < 5 en 172(41,35%). El TARV se realizó durante el embarazo en 351 mujeres, resultando infectados 6 niños y en 65 no se realizó tratamiento y fueron positivos 14 niños (p 0,0001-OR 15,78- 5,98-41,62).

De los 20 niños infectados, sus madres fueron diagnosticadas 5 durante el embarazo, 2 en el parto, 5 en el puerperio y 8 diagnóstico previo al embarazo. Cesárea 14(8 programadas y 6 de urgencia) y 6 partos vaginales. El 50% tuvieron menos de 5 controles de embarazo. Producto de la gestación: 15(75%) fueron RNT/AEG, 1(5%) RNT/PEG, 4(20%) RNPT/AEG.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz en la embarazada y el TARV es la base para evitar la infección en el niño. La planificación del embarazo en la mujer con diagnóstico previo y el tratamiento adecuado evitaría una alta proporción de niños infectados en nuestro medio.

## HIV CONGÉNITO: ANÁLISIS DE UN CASO

**RPD 191**

Calvari M.<sup>1</sup>; Agostini M.<sup>2</sup>; Arbones R.<sup>3</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS<sup>1,2,3</sup>  
<calvarimiriam@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El sida congénito en nuestro país representa un 5,2% del total de los casos diagnosticados, según datos oficiales. Es posible que exista un subdiagnóstico, en especial en niños nacidos con carencia de controles perinatológicos y pediátricos, como el paciente que describimos.

### OBJETIVOS

Describir una forma poco habitual de presentación de SIDA. Concientizar acerca de la existencia de niños nacidos en nuestra provincia sin los controles médicos correspondientes.

### CASO CLÍNICO

Lactante de sexo femenino, producto de un embarazo no controlado, nacida por parto domiciliario, sin inmunizaciones, screening metabólico ni controles pediátricos; de 6 meses de edad, con hipertensión proximal, retraso psicomotriz y pérdida de pautas adquiridas de aproximadamente 2 meses de evolución.

Derivada a nuestro Hospital por convulsiones con desviación de la mirada y síndrome febril de 4 días, "en tratamiento homeopático con belladona".

Ingresa a UTI. Se poli-cultiva. Inicia antibióticos.

TAC cerebro: micro-calcificaciones en núcleo de la base.

Test rápido para HIV + (paciente y madre)

PCR LCR: (-) para virus

PCR HIV(+). Carga viral HIV >1 millón de copias

IgM CMV: 2260, IgG CMV: 3250,

PCR CMV:( 4.350.000 copias /ml ) Carga viral CMV >4 millones de copias

Diagnóstico: encefalopatía por SIDA, sepsis por CMV

### CONCLUSIONES

Creemos importante considerar el diagnóstico de SIDA congénito al evaluar un paciente con retraso psicomotor y convulsiones.

El caso descrito nos muestra una realidad aún vigente en nuestro país, la cual representa un serio problema de salud pública.



## SÍFILIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO

**RPD 192**

Asis E.<sup>1</sup>; Higa V.<sup>2</sup>; Martínez Z.<sup>3</sup>

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3</sup>

<rosan60@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La sífilis congénita (SC) es el resultado de la infección transplacentaria producida por el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, más raramente puede suceder por contagio en el momento del parto. La enfermedad es conocida desde hace más de 500 años. La OMS estima entre 45% y 75% la probabilidad de transmisión congénita. El número de casos de SC varía entre 700.000 y 1,5 millones cada año, con una estimación de 420.000 a 600.000 muertes perinatales, que se distribuye entre un 40% de nacidos muertos y un 20% de neonatos muertos. El 20% restante representa a los niños nacidos vivos pero con SC. Nuestra pretensión es sensibilizar a nuestros colegas acerca del control de la SC y las oportunidades de prevención. La sífilis parece una enfermedad superada, sin embargo, es una enfermedad desatendida. Necesitamos familiarizarnos más con sus síntomas y signos, y reconsiderar el diagnóstico de SC en pacientes con síntomas poco manifiestos.

### CASO CLINICO

Niño de 2 meses, derivado a Infectología del HMN de Córdoba, desde Dermatología de una Institución privada,

presentando descamación palmo plantar, desde el nacimiento, que hace unos días se extiende proximalmente hacia antebrazos y piernas. Además se agregan en los últimos días máculas eritematosas de 0,5 a 1 cm en piernas y muslos y circulación colateral abdominal. Al examen físico además de las lesiones de piel se constata hepatoesplenomegalia, hígado 6 cm de arcada costal, bazo 5 cm. Se solicita laboratorio: GR. 3.330.000/mm<sup>3</sup>, Hto:30% Hb: 9,14 g/l, GB:13600/mm<sup>3</sup>, NS:14% L: 77%, M: 8%, Plaquetas:196.000/mm<sup>3</sup>, GOT: 204 U/l, GPT: 60 U/l, GGT: 30U/l, APP: 63%, BD: 0,66 mg%, BI: 1,02 mg%, BT: 1,68 mg%, VDRL 1024 dils. Rx huesos largos: lesiones de periostitis, Fondo de ojo normal, LCR: citoquímico normal, VDRL 1 dils. Se lo ingresa para tratamiento de sífilis.

Antecedentes: Madre de 21 años, embarazo controlado con serologías negativas 4 meses antes del parto y no repetidas. Actualmente VDRL 16 dils, pareja VDRL 4 dils con pruebas treponémicas positivas. RNT/ PEG que se da de alta de la internación conjunta a las 72 h.

### CONCLUSION

Con métodos de diagnóstico y tratamiento eficaces y de bajo costo, la sífilis sigue siendo un problema de salud pública. La piedra angular del control de la SC es la detección prenatal en madres y el tratamiento con penicilina, intervención eficaz y rentable.

## SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL

**RPD 193**

Asis E.<sup>1</sup>; Loyola S.<sup>2</sup>; Villa L.<sup>3</sup>; Martínez Z.<sup>4</sup>; Higa V.<sup>5</sup>;

Licha M.<sup>6</sup>; Fissore J.<sup>7</sup>

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<rosan60@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

A pesar de contar con métodos de diagnóstico sencillos y tratamiento efectivo, la sífilis gestacional y congénita, persiste como un problema de salud pública. El riesgo de infección fetal es de 80 -100% sin tratamiento, con alta morbi-mortalidad.

### OBJETIVO

Determinar las características de las embarazadas con sífilis y los resultados de su manejo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional en embarazadas con diagnóstico de sífilis atendidas en el HMN en Córdoba entre 01/01/2010 y 31/03/2013. Se consideró caso de sífilis a: embarazada, puérpera o con aborto que tenga clínica y/o pruebas no treponémicas y treponémicas (+). Sífilis congénita a: niño, aborto/mortinato cuya madre cumple con la definición de sífilis y no recibió tratamiento adecuado o no tuvo control post tratamiento o pareja no controlada ni tratada, neonato con manifestaciones clínicas o título de VDRL 4 veces mayor que la madre. Análisis estadístico en Infostat 2013.

### RESULTADOS

Se asistieron 23493 partos/legrados, de las cuales 233 (0,99%) tuvieron diagnóstico de sífilis. La mediana de edad fue 25 años (R:14 a 48 y DS 6,72). El 57,08% (133) tuvieron entre 20 a 29 años. El 70,39% (164) eran multigestas. El 44,30% (101) tuvo < de 5 controles prenatales. Tenían antecedentes de sífilis previa al embarazo el 43,07% (121). El 57,51% (134) tuvo el diagnóstico en 3° trimestre o parto. Se comprobó que el diagnóstico precoz disminuye la necesidad del tratamiento del RN (p 0,0001- OR 4,02 (2,16-7,19). De 174 parejas (74,68%), fueron positivos 69 (39,88%) y tratados 62 (91,11%). De los 233 productos de la gestación 59 (25,32%) fueron sanos y 174(74,68%) cumplían con la definición de sífilis congénita; el control post tratamiento inadecuado 31,40% (54) y diagnóstico en el parto 26,75% (46) fueron las causas.

### DISCUSIÓN

Tasa de prevalencia en el embarazo 0,9%, similar a la del país. Tasa de sífilis congénita 29/10000, por encima de la media nacional, que puede relacionarse con: 1) sesgo por ser Hospital de 3° nivel que no controla embarazo de bajo riesgo, 2) sobrediagnóstico, por déficit del control post tratamiento y seguimiento del embarazo que no permite descartar compromiso del neonato.

### CONCLUSIÓN

Intensificar las acciones a nivel de APS y concientización sobre la vigencia de esta infección.

## LEISHMANIASIS: UNA ENFERMEDAD QUE SE EXTIENDE

**RPD 194**

**Calvari M.<sup>1</sup>; Agostini M.<sup>2</sup>; Arbones R.<sup>3</sup>**

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS<sup>1,2,3</sup>  
<calvarimiriam@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis es una enfermedad con distintas manifestaciones clínicas (cutánea, cutáneo-mucosa, visceral), producida por protozoos flagelados de la familia Tripanosomatidae y transmitida por flebotomos.

La OMS la considera enfermedad re-emergente y no controlada.

En nuestro país su notificación es obligatoria desde 1985. La mayoría de los casos provienen de las provincias de Salta, Jujuy y Tucumán.

### OBJETIVO

Presentar el caso de una niña con lesiones ulceradas de evolución crónica y ausencia de respuesta a tratamientos habituales, procedente de una zona no considerada endémica para esta enfermedad.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años, proveniente de Frias (Santiago del Estero) derivada a nuestro hospital por lesiones ulceradas, pruriginosas en brazo y miembros inferiores de 2 meses de evolución. Recibió múltiples esquemas antibióticos (Penicilina, Cefalexina, Ciprofloxacina) sin mejoría.

Al ingreso se observan úlceras, indoloras, húmedas, de bordes sobreelevados, sin compromiso del estado general. Diagnóstico inicial: ectima. Indican antibiótico tóxico y sistémico (rifampicina-trimetoprima), previa toma biopsia y cultivo.

Desarrolla neumococo. Biopsia negativa. Alta con control ambulatorio.

Sin mejoría postratamiento, concurre en compañía de familiar con lesiones similares. Se toma biopsia, frotis y cultivo: Dx: Leishmaniasis. Inicia tratamiento específico. Respuesta favorable.

### CONCLUSIÓN

Aspectos relacionados con la conducta humana, como la urbanización y la destrucción de bosques con migración de población, están provocando dispersión de la Leishmaniasis hacia áreas donde previamente no ocurría; lo cual resalta la importancia de realizar de cultivos adecuados en toda patología dermatológica compatible a pesar de no encontrarlos dentro de la región endémica de esta enfermedad.

## TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO

**RPD 195**

**Higa V.<sup>1</sup>; Asis E.<sup>2</sup>; Martinez Z.<sup>3</sup>; Morell D.<sup>4</sup>;**

**Hiramatsu E.<sup>5</sup>; Garcia L.<sup>6</sup>; Popov O.<sup>7</sup>**

HOSPITAL MATERNO NEONATAL<sup>1,2,3</sup>; HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL<sup>4,5,6,7</sup>  
<higavero@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Trombocitopenia es una de las manifestaciones hematológicas observadas durante el transcurso de la infección por HIV, afectando al 8,5% de los pacientes. Inclusive puede ser la presentación inicial de la fase sintomática de la infección. Generalmente es asintomática y de curso agudo o crónico. La actividad viral continua y la falta de implementación de tratamiento antirretroviral (TARV) efectivo favorece su presentación. El principal mecanismo fisiopatológico es la destrucción plaquetaria periférica inmunomediada, y en pacientes con inmunodepresión grave (CD4<200) se debe a la producción plaquetaria defectuosa por megacariocitos infectados. Una vez diagnosticada se plantea tratamiento con cifras inferiores a 20.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, utilizando de primera línea TARV. Para obtener una rápida respuesta puede recurrirse a gammaglobulina EV (IGIV) y/o corticoterapia.

### OBJETIVO

Reporte de un caso de trombocitopenia sintomática en un paciente pediátrico VIH con TARV.

### MATERIAL Y MÉTODO

Población: paciente de sexo femenino de 1 año y 6 meses, con diagnóstico de VIH de transmisión vertical al mes de vida, medicada con AZT+3TC+NVP, con regular adherencia al tratamiento. Consulta por lesiones purpúricas en tronco, petequias en paladar y hematomas en miembros inferiores que comienzan 10 días después de suspender el TARV por fallo virológico (CV >110554 copias/ml, log 5,04) y resistencia (TDR: resistente a INTR y a INNTR). CD 4: 866(33%) Plaquetas: 23.000/mm<sup>3</sup>.

### RESULTADOS

Se realizaron controles hematológicos periódicos, manteniendo los siguientes 10 meses recuentos plaquetarios en el rango de 8000-58000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Se administró IGIV en 4 oportunidades. Inicia TARV (TDF/3TC+ABC+LPV/r) alcanzando luego de 5 meses de tratamiento un recuento de plaquetas 120.000/mm<sup>3</sup> y CV indetectable (<50 copias/ml) con CD4 1156 (35%), manteniéndose en la actualidad.

### CONCLUSIÓN

La presencia de trombocitopenia sintomática en un paciente VIH con TARV puede ser la manifestación de fallo del tratamiento, debido a la falta de adherencia al mismo con la consecuente generación de resistencia, como se detectó en el presente caso.



## ABSCESO DEL PSOAS

**RPD 196**

**Calvari M.1; Marchesi A.2; Arbones R.3**

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS 1 2 3  
<calvarimiriam@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El absceso del músculo psoas es una enfermedad poco frecuente en pediatría, de etiología múltiple y clínica inespecífica, siendo usualmente de diagnóstico tardío. Se clasifican en primarios (no se conoce otro foco infeccioso) o secundarios (por extensión de un foco contiguo). Los métodos complementarios de elección son ecografía y TAC; con 60 y 95% de sensibilidad respectivamente. La antibioticoterapia es la base del tratamiento, agregándose, en algunos casos, la aspiración percutánea o drenaje quirúrgico.

### OBJETIVO

Alertar y comentar nuestra experiencia de un caso clínico de presentación poco frecuente.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad, previamente sano, con antecedentes de presentar edema palpebral precedido de picadura de insecto, con coxalgia y disbasia. Se trató con cefuroxima. Se diagnóstica sinovitis transitoria. 4 días después es derivado a nuestro hospital por continuar con disbasia, flexión antálgica de miembro inferior derecho y fiebre. Laboratorio: GB 30200/mm<sup>3</sup> NS 67 VSG 92 mm PCR 76,8 mg%.

Ecografía: Riñón derecho (RD): pérdida de relación córtico-medular, aumento de ecogenicidad cortical y ectasia pielocalicial.- Engrosamiento de músculo Psoas derecho, aumento de vascularización; centro hipoecoico (absceso del músculo psoas), próximo al polo inferior. RD: Edema de partes blandas. Artrocentesis (-). Inicia antibioticoterapia con Clindamicina y Ceftriaxona

Al 4° día se realiza tomografía (TAC): RD dilatación pielocalicial. Psoas aumentado de tamaño, no colección líquida. Cadera libre.

A los 10 días de internación presenta mejoría de la motilidad voluntaria (extensión). VSG 110 mm-PCR 9,6 mg%.

A los 21 días de internación se realiza TAC: Retroperitoneo: aspecto habitual. Sin alteraciones renales. Estudio dinámico renal-Centellograma: Captación - eliminación conservadas.- sin lesiones residuales. Se da de alta con buena evolución.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico de este cuadro requiere un alto índice de sospecha. Remarcamos la importancia de considerar esta patología como uno de los diagnósticos diferenciales de coxalgia, flexión antálgica y dolor abdominal. Dentro de los métodos por imágenes, la ecografía constituye el primer paso para el diagnóstico. La TAC es el método de diagnóstico de elección. En nuestro paciente fue suficiente tratamiento médico exclusivo.

## ABSCESES EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

**RPD 197**

**Moya N.1; Leiva C.2; Broiero M.3; Fedullo A.4;**

**Maurizio M.5; Mobellán W.6; Vozza L.7**

SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>;  
<abelnicolasmoyma@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (CA-MRSA) ha cobrado importancia clínica en los últimos 10 años como agente causal de infecciones, tanto superficiales como invasivas o profundas. No se han podido identificar hasta el momento factores de riesgo específicos. Los *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes hospitalarios y de la comunidad difieren desde el punto de vista epidemiológico y molecular, y producen además síndromes clínicos distintos.

### OBJETIVO

Describir una forma clínica infrecuente de infección invasiva por CA-MRSA.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 3 años, previamente sano, consulta por fiebre de 48 hs. de evolución, lumbalgia de comienzo súbito que dificulta la marcha y dolor abdominal generalizado. Antecedente de traumatismo dorso lumbar 5 días previos. Ecografía abdominal sin alteraciones. Laboratorio: leucocitosis (27300/mm<sup>3</sup>) con neutrofilia, PCR 138 mg/dl. Se toman hemocultivos (Hc) y urocultivo, inicia tratamiento (tto) antibiótico con ceftriaxona. A 12 hs. de internación se agrega

cefalea, fotofobia y rigidez de nuca. Líquido cefalorraquídeo (LCR): proteinorraquia 492 mg/dl, leucocitos 3200/mm<sup>3</sup> (PMN 90%), glucorraquia 158 mg/dl /glucemia 106 mg/dl. Tomografía axial computada: cabeza y cuello: hematoma intermuscular entre esternocleidomastoideo izquierdo y músculos paravertebrales. Se agrega vancomicina (V). A 48 hs. Hc 2/2: CA-MRSA, cultivo de LCR negativo. Resonancia Magnética Nuclear (RMN): colecciones epidurales a lo largo de la columna vertebral. Se dirige tto: V/Rifampicina (R), se suspende ceftriaxona. Al día 5 de tto. dirigido, presenta neumonía con neumatoceles y supuración pleuropulmonar. Se agrega clindamicina. Presenta evolución favorable. Alta a los 46 días de tratamiento endovenoso. Completa 10 días vía oral con R/trimetoprima-sulfametoxazol. RMN de control con resolución de lesiones.

### CONCLUSIÓN

El reconocimiento de la presencia de este germen emergente como causal de infecciones de la comunidad, es de vital importancia para adecuar los tratamientos antibióticos empíricos en infecciones graves, y en localizaciones que, como la meníngea o pulmonar, requieren de decisiones terapéuticas rápidas. Destacamos al traumatismo como posible factor predisponente para la producción de hematomas e infección posterior por CA-MRSA secundaria a su colonización; este hallazgo ya ha sido descrito por otros autores.



## ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE

**PO 198**

*Opción a Premio*

Minguez á.<sup>1</sup>; Spitale N.<sup>2</sup>; Visconti L.<sup>3</sup>; Huerta M.<sup>4</sup>; Vozza L.<sup>5</sup>; Bernardi G.<sup>6</sup>; Brito R.<sup>7</sup>

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1234567</sup>  
<angelminguez04@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Es importante en la evaluación gestacional conocer el estado de vacunación, cuyo objeto es la protección de la madre y el hijo.

### OBJETIVOS

Determinar el estado de vacunación de embarazadas/puérperas durante la internación. Caracterizar epidemiológicamente a la población. Analizar la indicación de vacuna antigripal según época del año.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico. Encuesta (cuestionario de preguntas cerradas) en dos tiempos: previo a la época invernal (grupo 1, 13/2/13-13/3/13) y durante la época invernal (grupo 2, 5/7/13-15/8/13) en embarazadas/puérperas internadas.

Variables analizadas: demográficas, cobertura de doble adultos (dT)/triple bacteriana acelular (dTpa), antihepatitis B y antigripal. Se realizó análisis bivariado mediante prueba de chi-cuadrado, utilizando Epidat 3.1.

### RESULTADOS

Se evaluaron 437 pacientes, 47 embarazadas y 390 puérperas. Edad promedio 25 años (r= 14-48). Argentinas 89,5%. El 76% tuvo embarazos controlados, el 18% presentó 1-4

controles y el 6% ninguno. Escolaridad: secundario completo 21,5%, incompleto 52,6%. Estado civil: 68% unión estable. El 60,2% no planificó su embarazo.

Vacuna dT: vigente: 81%, no vigente: 4,4%; no colocada: 7,3%; desconoce, 7,3%. dTpa: colocada 59,5% (93% durante el embarazo); no colocada 22,9%; desconoce 17,6%. Antihepatitis B: 50,3% tenían la vacuna (91,8% esquema completo); no colocada 21,7%; desconoce 28%.

Cobertura antigripal total: 54,2%. Grupo 1: 25,3% vs Grupo 2, 74,7%(p< 0,001). El 99% se colocó la vacuna durante la gestación.

Coberturas según embarazo controlado/no controlado: dT 81,5%/73% (p=0,28), dTpa 61,8%/23% (p= 0,0001), antihepatitis B 46,2%/46,1% (p= 0,99) y antigripal 57%/11,5% (p=0,0000).

### CONCLUSIÓN

Predominaron mujeres jóvenes, con secundario incompleto, embarazo no planificado y deficiencias en su estado vacunal. La cobertura para dTpa y antigripal fue mayor en controladas con relación estadísticamente significativa. La indicación de vacuna antigripal durante el embarazo fue mayor en época invernal.

Es preocupante el desconocimiento de las encuestadas sobre su estado de inmunización. Se destaca la importancia de la intervención del equipo de salud para motivar los controles durante el embarazo, evaluar el estado de vacunación y educar a las gestantes sobre enfermedades inmunoprevenibles.

## CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC

**RPD 199**

Calvari M.<sup>1</sup>; Gordo S.<sup>2</sup>; Teijeiro á.<sup>3</sup>; Sanchez Bocco R.<sup>4</sup>; Sapene C.<sup>5</sup>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS<sup>12345</sup>  
<calvarimiriam@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La incidencia mundial de la tuberculosis (TBC) aumentó en los últimos años. El cuadro clínico de la tuberculosis es muy amplio y puede simular varias enfermedades, como el asma.

### OBJETIVO

Presentar caso clínico de TBC pulmonar que inicialmente fue tratado como asma.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, derivada en agosto del 2012, por decaimiento general, desnutrición y reagudización de su dificultad respiratoria crónica.

APP: Quimioprofilaxis a los 3 años con Isoniacida(H) por 3 meses por hermano con TBC quien se negativizó. Los síntomas comienzan a los 9 años con disnea progresiva tratada como asma intermitente durante 4 años. Antecedentes cósmico ambientales: Exposición a Fábrica de Fundición de metales. Cicatriz de BCG.

Primera internación (06/08/12-24/08/12) GB 7900 VGS 37 PCR 2,4. Rx torax: atrapamiento aéreo, infiltrado reticulonodulillar bilateral, atelectasias laminares. TAC: infiltrado en vidrio esmerilado, fibrosis basal. Espirometría: obstrucción,

posible restricción sin respuesta al broncodilatador. PPD 5 mm. Esputos (3): directos y cultivos para gérmenes comunes, hongos y M. tuberculosis (negativo) PCR para TBC (negativo) Test del Sudor Negativo. HIV (negativo) IgG 925 mg/dl, IgA 28 mg/dl IgE 201U/ml CD4 34% CD8 29% C3 209 mg/dl y C4 71 mg/dl. Diagnóstico de egreso: Fibrosis Pulmonar en estudio. BAL (10/09): Presencia de siderofitos. Segunda internación (25/10/12-28/11/12): consulta por dolor supra e infra-clavicular. Deterioro del estado general y disnea severa. GB 10600 VSG 73 PCR 1,2. Rx tórax: neumotórax, patrón reticulonodulillar, fibrosis. Tratamiento empírico para ABPA y Pneumocystis jiroveci: Tmp/Smx + Anfotericina B + Meprednisona. Esputo: Directo y cultivo positivo para M. tuberculosis. Biopsia pulmonar: Directo: negativo, cultivo: 24 colonias de BAAR; anatomía patológica: granulomas tuberculoideos. Hematológico especializado (negativo) para hem siderosis. Plumbemia: Normal Se diagnostica TBC y se trata con 4 drogas antituberculosas (2 m HRZE y10 m HR).

### CONCLUSIÓN

Los pacientes con asma de difícil control deben ser investigados de otras enfermedades como la TBC. En algunas situaciones como esta son necesarios procedimientos invasivos para el diagnóstico de TBC. Una adecuada quimioprofilaxis podría haber evitado la evolución de la enfermedad.



## ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

**PO 200**

Opción a Premio

Minguez á.<sup>1</sup>; Bernardi G.<sup>2</sup>; Spitale N.<sup>3</sup>; Visconti L.<sup>4</sup>; Landa M.<sup>5</sup>; Brito R.<sup>6</sup>; Frola M.<sup>7</sup>; Arrúa S.<sup>8</sup>; Delisa I.<sup>9</sup>

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA. HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1,2,3,4,5</sup>; CLÍNICA ROMAGOSA<sup>6</sup>; CLÍNICA DE ESPECIALIDADES-VILLA MARÍA<sup>7</sup>; HOSPITAL A. ILIA-ALTA GRACIA<sup>8</sup>; HOSPITAL FLORENCE DÍAZ-CBA<sup>9</sup>  
<ANGELMINGUEZ04@YAHOO.COM.AR>

### INTRODUCCION

El personal de salud tiene mayor riesgo de exposición/transmisión de enfermedades infecciosas, siendo la vacunación un medio eficaz para reducir el mismo.

### OBJETIVOS

Evaluar el estado de vacunación en el equipo de salud. Detectar factores de vacunación incompleta. Estado serológico de VHB, VHC, HIV.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en 3 instituciones públicas y 2 privadas de Córdoba. Se encuestó al 30% del personal de cada una en marzo - abril de 2013. Recomendaciones en Arg: Hepatitis B (HB), Sarampión/Rubéola (SR), Difteria, Tétanos, Pertusis (dT/dTpa) e Influenza. Se realizó análisis bivariado mediante prueba del Chi-cuadrado. Epidat 3.1.

### RESULTADOS

Total 676 encuestas: público 596 y privado 130. El 17% (114/676) presentó esquema completo: estudiantes 38% (10/26), médicos 18% (61/329), enfermeros 18% (21/119), administrativos/otros

16% (12/82), laboratorio 13% (5/37), radiología 7% (2/27) y personal de limpieza 5% (3/56). El 78% (529/676) tenía esquema vigente dT/dTpa. El 64% (435/676) completó esquema de HB. El 55% (373/676) se colocó la vacuna Influenza cepa 2012, y el 26% (179/676) recibió 2 dosis de SR. Análisis por sectores público vs privado: Esquema completo 18% (98/546) vs 12% (16/130) p= 0.07. HB 66%(364/546) vs 54%(71/130) p= 0.0099. dT/dTpa 81%(444/546) vs 65%(85/130) p= 0.0001. SR 27%(150/546) vs 22%(29/130) p= 0.23. Influenza 56%(309/546) vs 49%(64/130) p= 0.12. Del total con vacunación incompleta (562/676): el 27% desconocía su indicación, el 23% refirió falta de interés, el 3% no especificó, el 2% no acepta vacunación, y el 45% no contestó. Conocen su condición serológica de VHI 63%, VHB: 52%, VHC: 44%.

### CONCLUSIÓN

El esquema de vacunación es incompleto en alto porcentaje de los trabajadores de la salud del sector público y privado, principalmente en personal de limpieza y radiología; predomina como causal el desconocimiento de la indicación y el desinterés. Se observó mayor cobertura para dT/dTpa y HB. El ámbito de trabajo público o privado, no predice mejor cobertura de esquema completo. El sector público presenta mejor cobertura para HB y dT/dTpa con diferencias estadísticamente significativas con respecto al sector privado. Para SR e Influenza las coberturas en ambos sectores son similares. El test del VIH es el realizado con mayor frecuencia. Son necesarias campañas para concientizar e incrementar los niveles de cobertura de vacunación.

## SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?

**RPD 201**

Vozza L.<sup>1</sup>; Fedullo A.<sup>2</sup>; Moya N.<sup>3</sup>; Maurizio M.<sup>4</sup>; Broiero M.<sup>5</sup>; Spitale N.<sup>6</sup>; Visconti L.<sup>7</sup>; Ahumada L.<sup>8</sup>; Ferreyra M.<sup>9</sup>; Minguez á.<sup>10</sup>

HOSPITAL MISERICORDIA<sup>1</sup>; SERVICIO DE INFECTOLOGÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>2,3,4,6,7,10</sup>; SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>5</sup>; SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL MISERICORDIA<sup>8,9</sup>  
<lolavozza@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La sífilis congénita (SC) es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo. A pesar de la existencia de medidas preventivas eficaces para disminuir su transmisión en el embarazo, en Argentina se continúa observando una incidencia > 0,5 casos/1000 recién nacidos (RN) vivos.

### OBJETIVOS

Determinar el número de casos de SC en RN hijos de púerperas con serología positiva para sífilis en un hospital polivalente de Córdoba. Determinar la incidencia de signos o síntomas compatibles con SC en esta población.

### MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional descriptivo; por revisión de registros de datos de púerperas atendidas entre agosto 2010-octubre 2013, y de sus RN. Se analizaron los embarazos de madres de RN tratados agrupándolas en al momento del parto en: pacientes no diagnosticadas en el embarazo, diagnosticadas no tratadas, diagnosticadas e inadecuadamente tratadas.

### RESULTADOS

De 7125 púerperas, 1% tuvo serología positiva para sífilis. Del total de RN se trataron 55/72 (76%); incidencia 7,6 casos/1000 nacimientos (55/7182). 62% de sus madres no había controlado su embarazo. Del 38% que lo había controlado, 19% no tenía diagnóstico, y el 81% que lo tenía, no había sido tratada o había recibido tratamiento inadecuado. En este último grupo: 35% no tratada, 18% tratamiento incierto, 47% tratamiento inadecuado por número de dosis o última dosis dentro del mes previo al parto. De los RN evaluados, el 86% fue asintomático y el 14% tuvo signo o síntoma compatible con la enfermedad: prematuridad 7%, bajo peso para edad gestacional 5%, afectación de sistema nervioso central (SNC) y huesos largos 5%, compromiso hematológico, hepático y/o piel 4%.

### CONCLUSIONES

En esta experiencia resulta alarmante la incidencia de SC, notablemente mayor a la mencionada en los reportes nacionales. Debido a los deficientes controles de embarazo y a las fallas en el manejo de la patología, la mayoría de los hijos de madres seropositivas deben ser tratados a pesar de estar asintomáticos, dado que esta condición no excluye la presencia de infección. Los hallazgos clínicos más frecuentes en nuestra serie fueron prematuridad, bajo peso al nacer, compromiso de SNC y/o huesos largos. En relación a lo observado, creemos necesario mejorar el manejo de la sífilis gestacional por parte del equipo de salud e implementar estrategias tendientes a favorecer el acceso de las embarazadas a los controles obstétricos, para lograr la disminución de esta enfermedad.

## DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**PO 202**

Marco Del Pont J.<sup>1</sup>; Farago C.<sup>2</sup>; De Cristofano A.<sup>3</sup>; Verdier L.<sup>4</sup>; Lopez Yunes M.<sup>5</sup>; Areso S.<sup>6</sup>

HOSPITAL ITALIANO<sup>123456</sup>  
<jose.marco@hospitalitaliano.org.ar>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias en los pacientes pediátricos son en su mayoría de causa viral y son una de las principales causas de consulta a guardia e internación, sobretodo en época invernal. La identificación del agente productor de las mismas favorece el mejor uso de antibióticos y antivirales.

### OBJETIVO

Describir la distribución de los virus respiratorios y la evolución en los pacientes internados en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo retrospectivo, descriptivo. Se evaluaron todos los pacientes internados con infección respiratoria aguda, desde marzo a noviembre de 2013. Se realizó a todos los pacientes incluidos búsqueda de virus respiratorios por inmunofluorescencia directa o PCR multiplex en forma aleatoria. Los datos fueron procesados utilizando Epi Info 7.1.0.6.

### RESULTADOS

En 99 pacientes se pudo confirmar el diagnóstico etiológico (36,2%), obteniéndose 105 muestras positivas. Sexo masculino 53 (53,5%). Edad mediana de 12 meses (IC 4,5-26). El 49,5% fue por VSR, 19% Rhinovirus, 7,6% Adenovirus, 7,6% Parainfluenza 3, 6,6% Influenza A H1 N1, 3,8% Metaneumovirus, 2,9% Influenza

A, 1,9% Influenza H3N2, 0,9% Parainfluenza 1. Presentaron coinfección 7 pacientes (6,6%). El 50% de los pacientes tenía una o más comorbilidades. Las formas de presentación más frecuentes fueron bronquiolitis 57,6% e infección respiratoria alta 23,2%. El 9% recibió oseltamivir.

De los pacientes en los que se pudo obtener información acerca de las vacunas, el 58% había recibido vacuna antigripal. El 5,1% (5) de los pacientes requirieron ARM, el 60% de ellos tenían enfermedad de base, de estos 4 tenían VSR y 1 Rhinovirus. No falleció ningún paciente.

### CONCLUSIÓN

Como es habitual el VSR fue el más prevalente, principalmente de mayo a agosto, seguido en ese año por el rhinovirus. La circulación de H1N1 supero este año a la de Influenza A H3N2. A pesar que el 50% de los pacientes tenían comorbilidades, ningún paciente falleció. Llama la atención el bajo grado de cobertura vacinal.

Mes	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	octubre	noviembre
ADV	0	0	1	1	1	3	1	1
Influenza A	0	0	1	1	1	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	2	5	0	0	0	0
Influenza A H3N2	0	0	1	0	0	0	1	0
Metapneumovirus	0	0	0	0	2	1	0	1
Parainfluenza 1	0	0	1	0	0	0	0	0
Parainfluenza 3	0	1	2	2	2	1	0	0
Rhinovirus	3	3	5	5	0	2	2	0
VSR	0	0	7	25	14	5	0	1

## QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**RPD 203**

Ponessa A.<sup>1</sup>; Suarez C.<sup>2</sup>; Calvari M.<sup>3</sup>; Baez J.<sup>4</sup>; Ruiz I.<sup>5</sup>; Ciuffo S.<sup>6</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS<sup>123456</sup>  
<arielponessa@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad hidatídica es endémica en nuestro país, con un periodo de mayor riesgo de contagio entre los 2 y 5 años de edad. El órgano mas afectado es el hígado(60%), siendo el compromiso renal aislado extremadamente raro (<2%).

### OBJETIVO

Presentamos un caso de enfermedad hidatídica renal aislada.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 14 años, sin antecedentes epidemiológicos relevantes, que consultó por dolor abdominal de 3 días de evolución en flanco e hipocondrio derecho, tipo cólico, de moderada intensidad, acompañado de síndrome febril. Al examen físico, se palpa masa de aproximadamente 15 cm de diámetro, no móvil, dolorosa

a la palpación. Estudios imagenológicos (ecografía, TAC, Centellograma renal) informan imagen quística en polo superior del riñón derecho sugestivas de quiste hidatídico. Test de ELISA (Positivo, 0,458) y Western Blot (Negativo). Se comenzó con Albendazol y luego se procedió a quistectomía laparotómica. Análisis microbiológico de la pieza quirúrgica positivo para hidatidosis.

### DISCUSIÓN

Es importante tener en cuenta la enfermedad hidatídica a la hora del diagnóstico diferencial en el contexto de masas renales complejas. Existen procedimientos diagnósticos que nos pueden ayudar a confirmarla ante su sospecha. La cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

### CONCLUSIONES

En nuestro medio debe sospecharse patología hidatídica ante una tumoración quística abdominal, cualquiera sea su ubicación, independientemente de los antecedentes epidemiológicos y la edad del paciente.



## EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO EN LOS NIÑOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH

**RPD 204**

Alvarez L.<sup>1</sup>; Bruno M.<sup>2</sup>; Cañizal A.<sup>3</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2</sup>; HOSPITAL MUÑIZ<sup>2</sup>  
<laura\_v.alvarez@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano de la infección por VIH en los niños es importante para permitir un adecuado seguimiento y tratamiento. Los informes de diagnóstico de la infección perinatal en la Ciudad de Buenos Aires refieren que en 30% de los niños no se completa el diagnóstico virológico antes del año de vida.

### OBJETIVO

Evaluar el proceso de estudios recomendados para el diagnóstico de infección por VIH en los niños con exposición perinatal nacidos en el período enero – noviembre 2013, en el Hospital C. G. Durand.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron los niños hijos de madres con VIH. Se evaluó la edad al momento de realizarse las extracciones para las muestras de estudios virológicos. Se analizó la adherencia a las citas programadas y se consideraron variables demográficas, maternas e institucionales que podrían relacionarse a dificultades en el proceso de diagnóstico de acuerdo a los algoritmos recomendados.

### RESULTADOS

En el año 2013 nacieron en el hospital 27 niños hijos de madres

con VIH. Residían en la CABA 15 (55,5%) y 12 (44,5%) en Provincia de Bs. As. Se incluyeron 26 niños en el seguimiento. Conocían el diagnóstico previo al embarazo 15 (57,7%) madres, durante el embarazo 9 (34,6%) y periparto 2. Se envió la 1ª muestra antes de los 7 días de vida a los 5 niños con alto riesgo de transmisión, antes del mes 10 (47,6%) niños, 7 (33,3%) entre 1 y 3 meses de vida, y 3 (14,3%) entre el 3er y 6º mes. La segunda muestra fue remitida en antes del tercer mes en 11/15 (73,3%) de los niños y antes de los 6 meses en 3/15 (20,0%). Se completó diagnóstico virológico en 9/13 (69,2%) de los niños > 6 meses. Se necesitó nueva cita para las extracciones en 18 oportunidades. Todas las madres tenían diagnóstico previo al embarazo. Los motivos más frecuentes de los residentes en la Prov. de Bs. As. fueron la falta de asistencia 7 y llegada tardía para remitir la muestra 5; en residentes de CABA no concurren 4 y por causa institucional 1 niños. No se detectaron niños infectados en este período.

### CONCLUSIÓN

Se pudo iniciar la evaluación adecuada en el 58% de los niños. Se completó el proceso de diagnóstico virológico en proporción similar a la reportada en laboratorio de referencia de la CABA. Si bien la principal causa de la falta de envío de la muestra fue la falta de concurrencia al hospital, se deben considerar las barreras institucionales para mejorar el diagnóstico oportuno.

## TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS

**RPD 205**

Alvarez L.<sup>1</sup>; Bruno M.<sup>2</sup>; Martin M.<sup>3</sup>; Cañizal A.<sup>4</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2,3</sup>; HOSPITAL MUÑIZ<sup>2</sup>  
<laura\_v.alvarez@hotmail.com>

### OBJETIVO

Evaluar las variables relacionadas a tv de Vih en los últimos años en los niños nacidos en el hospital C. G. Durand.

### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. Se incluyeron los hijos de madre con vih nacidos en el hospital en los últimos diez años. Se comparó el periodo 2003-2007 y 2008-2012. Se consideraron variables maternas y neonatales probablemente relacionadas con la pérdida de oportunidad de prevención de la tv.

### RESULTADOS

En el período 2003-2007 nacieron 253 niños de madres con VIH de los cuales se diagnosticaron 6 (2,4%) infectados y en el período 2008-2012 nacieron 141 niños de los cuales se diagnosticaron 4 (2,8%) infectados. Recibieron tratamiento antirretroviral en el embarazo el 92,4% y el 93,6% de las madres respectivamente, con carga viral < 1000 copias/ml en 82,6% y 93,3% de las que pudieron ser evaluadas en el

último trimestre. En la evaluación de los niños infectados, el diagnóstico materno se realizó durante el embarazo, periparto y puerperio en el primer período mientras que en el segundo período 3 madres conocían su diagnóstico previamente y 1 durante el embarazo. No recibieron ARV durante el embarazo 4 y 1 madre respectivamente y las que recibieron ARV lo iniciaron tardíamente. No se realizó carga viral en ninguna de ellas. En el primer período 4 niños nacieron por parto vaginal o cesárea de emergencia, comparando con 3 nacidos por cesárea emergente en el segundo. Recibieron profilaxis combinada 1 y 2 niños respectivamente.

### CONCLUSIONES

La prevalencia de niños infectados no se modificó en los últimos años. A pesar de que las madres conocían su diagnóstico no se pudo realizar un seguimiento adecuado durante el embarazo y el inicio de la profilaxis ARV fue tardío. Continúan las dificultades para alcanzar prevalencias menores al 2%.

## INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA

**RPD 206**

**Gentile A.<sup>1</sup>; Bakir J.<sup>2</sup>; Agosti M.<sup>3</sup>; Ensínck G.<sup>4</sup>;  
Abate H.<sup>5</sup>; Gajo Gane A.<sup>6</sup>; Santillán Iturres A.<sup>7</sup>;  
Gaita L.<sup>8</sup>; Rüttimann R.<sup>9</sup>; Grupo De Trabajo M.<sup>10</sup>**

HTAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ<sup>1</sup>; HTAL DE SOR LUDOVICA DE LA PLATA<sup>2</sup>; HTAL DE NIÑOS VILELA DE ROSARIO<sup>3</sup>; HTAL PEDIATRICO NOTTI DE MENDOZA<sup>4</sup>; HTAL PEDIATRICO J. PABLO II DE CORRIENTES<sup>5</sup>; HTAL DE NIÑOS E. PERON DE CATAMARCA<sup>6</sup>; INEIANLIS "DR CARLOS G. MALBRAN"<sup>7</sup>; FUNCEP<sup>8</sup>; ARGENTINA<sup>9</sup>  
<angelagentile@fibertel.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica (EM) constituye una emergencia infecciosa y continúa siendo un problema sanitario importante. Considerando la disponibilidad de nuevas vacunas meningocócicas, es esencial implementar una vigilancia epidemiológica de EM, que permita establecer una línea de base previa a cualquier intervención futura.

### OBJETIVOS

Determinar el patrón clínico-epidemiológico y la carga de EM con base hospitalaria en centros pediátricos de referencia de Argentina.

### MÉTODOS

Vigilancia hospitalaria activa prospectiva de 3 años de la EM a través de 6 unidades centinelas pediátricas. Informe de primeros 22 meses del estudio (01/03/12 – 31/12/13).

Resultados: Sobre un total de 114.674 pacientes internados, 919 cumplieron los criterios de inclusión como caso sospechoso de meningitis (0.8%), de ellos 19.8% (182/919) presentaron meningitis agudas bacterianas (MAB); 63.2% (115/182) fueron

confirmadas por cultivo, correspondiendo el 24.3% (28/115) a N. meningitidis (Nm). En los 67 casos de MAB con cultivo negativo, se realizó PCR para Nm en LCR o suero resultando positivas 15 muestras (22.4%). Otras formas de presentación de EM se registraron en 14 pacientes, sumando así un total de 57 casos de EM (Incidencia 4.4 y 5.4 por 104 pacientes internados en 2012 y 2013 respectivamente). De éstos, 34 (59.6%) eran varones, 59.6% <2 años, mediana de edad 17.0 meses (1 mes-15 años), 22.8% presentaba enfermedad de base, 29.8% antecedente de infección respiratoria aguda en la semana previa, 28.1% tabaquismo pasivo y 12.3% internaciones previas. Las presentaciones clínicas fueron (n; %): meningococemia con meningitis (20; 35.1%), meningitis (20; 35.1%), meningococemia (7; 12.3%), artritis (5; 8.8%), bacteriemia oculta (2; 3.5%), meningococemia con neumonía (2; 3.5%), meningococemia con artritis (1; 1.7%). Presentó complicaciones el 26.3% y la letalidad fue 10.5% (6/57). Se identificaron los serogrupos de Nm en 50 muestras: W (26; 52.0%), B (23; 46.0%) y C (1; 2.0%). No se encontró asociación significativa entre serogrupos y edad, ni con letalidad.

### CONCLUSIONES

La carga anual de EM hospitalaria en este periodo de estudio se focalizó en lactantes y niños pequeños. El empleo de la PCR en muestras clínicas aumentó sustancialmente la medida de carga de enfermedad. Los serogrupos predominantes fueron, en orden de frecuencia W y B. La letalidad fue del 10.5%, no encontrándose asociaciones significativas con variables clínicas estudiadas.

## EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL

**PO 207**

Opción a Premio

**Gentile A.<sup>1</sup>; Bakir J.<sup>2</sup>; Bialorus L.<sup>3</sup>; Caruso L.<sup>4</sup>;  
Fernández M.<sup>5</sup>; Mirra D.<sup>6</sup>; Santander C.<sup>7</sup>; Terluk M.<sup>8</sup>;  
Zurdo P.<sup>9</sup>; Gentile F.<sup>10</sup>**

HTAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ<sup>1</sup>; HTAL PEDIATRICO F. FALCON DE DEL VISO<sup>2,4,5,6,7,8,9</sup>  
<angelagentile@fibertel.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

En enero de 2012 en Argentina, fue introducida la vacuna neumocócica conjugada 13 valente (PCV13) en el calendario nacional de inmunizaciones, con el esquema 2 + 1 para niños <2 años de edad.

La cobertura de vacunación en el Partido de Pilar fue de 85% y 94% para la 1ra y 2da dosis en <1 año; y 61% para la 3ra dosis.

### OBJETIVO

Evaluar el impacto de esta estrategia dos años después de su implementación.

### MÉTODOS

Estudio prospectivo de base poblacional en el partido de Pilar. Se incluyeron todos los niños ambulatorios y hospitalizados <5 años con signos clínicos de neumonía atendidos en los hospitales de referencia, entre enero 2012 y diciembre de 2013. Se efectuó evaluación clínica radiológica según criterio OMS. Se compararon las características de la población y la incidencia anual de neumonía consolidante (NC) entre el período basal (2003-2005) y los 2 años posteriores a la

incorporación de la vacuna (2012-2013).

### RESULTADOS

Se incluyeron 666 pacientes con sospecha clínica de neumonía.

El 96.4% (642/666) de las radiografías fueron fotografiadas, diagnosticándose NC en el 48.1% (309/642). De ellos el 5.5% (17/309) presentó NC bacteriana confirmada por laboratorio (S. pneumoniae: 6, N. meningitidis: 5, S. aureus: 2, Otros: 4). El 52.1% (161/309) era de sexo femenino, 70.2% (217/309) eran <2 años, 58.9% tenía enfermedad de base y 56.4% estaba vacunado con PCV13. Se observó una reducción significativa en la incidencia de NC (por 105 niños <5 años) entre los periodos pre y postvaccinal de 750 (204/27209) a 548 (167/30475) en 2012 y 453 (138/30475) en 2013, con una efectividad del 26.9% (10,4-40,4) y de 39.6% (25,0-51,3) respectivamente. La reducción en los <1 año fue de 33,9% (11,6-50,5) en 2012 y de 44,6% (24,6-59,3) en 2013 y en el grupo de 12-23 meses fue de 57,9% (31,1-74,2) en 2013. No se observaron diferencias significativas en las incidencias en edades mayores, ni en las características de la población.

### CONCLUSIONES

Luego de la introducción de la PCV13 en el calendario nacional de vacunación de Argentina, se observó una reducción rápida y significativa en la incidencia de NC, principalmente en niños <1 año de edad en 2012 y en <2 años en 2013. No se observaron cambios en edades mayores.

## EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012

**RPD 208**

Juarez M.1; Turco M.2; Romanin V.3; Lucion M.4; Grobaporto M.5; Bakir J.6; Vazquez M.7; Gentile A.8

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ" 12345678

<mavijarez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las MN son una causa importante de morbimortalidad. Objetivo: Describir el patrón epidemiológico de las MN. Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con MN internados en el Hospital de Niños "R. Gutiérrez" entre 2003-2012 (10 años). Se excluyeron del análisis las MN virales.

### RESULTADOS

Se estudiaron 213 pacientes  $\geq 1$  mes con MN, el 57.2% eran varones (122/213), la mediana de edad fue de 10 meses (1-168), 65% provenía del Gran Bs.As. El 25% (53/212) recibió tratamiento antibiótico previo al ingreso. La documentación bacteriológica fue del 60.5% (129/213). Los agentes etiológicos implicados fueron: *Streptococcus pneumoniae* (Sp) 38% (49/129) *Neisseria meningitidis* (Nm) 24.8% (32/129), *Micobacterium tuberculosis* (Mt) 19.4% (25/129),

enterobacterias 3.9% (5/129), *Haemophilus influenzae* b (Hib) 1.5% (2/129) y otros gérmenes 12.4% (16/129), siendo la distribución anual:

El grupo de menores de 2 años sumó el 62.8% (81/129) de los casos confirmados bacteriológicamente con la siguiente distribución: Sp 37% (30/81); Nm 27.2% (22/81); Mt 14.2% (12/81) y Hib 2.5% (2/81). El 21.5% de los niños presentó secuelas al alta (45/209), el 66.6% de ellos tenía menos de 2 años (30/45). El 60.9% (14/23) de las meningitis por Mt presentaron secuelas mientras que el 34.7% (17/49) de las causadas por Sp tuvieron dicha evolución. La letalidad fue de 8.1% (17/209); la letalidad específica por Mt: 17.4% (4/23), seguida por Sp: 14.3% (7/49).

### CONCLUSIONES

El Sp fue el agente más frecuentemente implicado en nuestro estudio, seguido de Nm. Mt representó una quinta parte de los rescates. No hubo casos de meningitis por Hib excepto dos en 2008. Los menores de 2 años fueron los que presentaron mayor morbilidad para esta enfermedad. La mayor letalidad fue representada por Mt seguido por Sp.

Germen/ Años	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sp	8 (61,5)	9 (60)	7 (50)	7 (63,6)	4 (44,4)	4 (36,4)	2 (20)	4 (50)	3 (23,1)	1 (25)
Nm	2 (15,3)	4 (26,6)	4 (28,6)	1 (9,1)	3 (33,3)	2 (18,2)	5 (50)	3 (37,5)	7 (53,8)	1 (25)
Mt	3 (23,1)	2 (13,3)	3 (21,4)	3 (27,3)	2 (22,2)	3 (27,3)	3 (30)	1 (12,5)	3 (23,1)	2 (50)
Hib	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2 (18,2)	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	13 (100)	15 (100)	14 (100)	11 (100)	9 (100)	11 (100)	10 (100)	8 (100)	13 (100)	4 (100)

## ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRI PAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO

**RPD 209**

Juarez M.1; Hernandez S.2; Moya A.3; Lucion M.4; Gentile A.5

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ" 145; HOSPITAL NACIONAL "PROF. A. POSADAS" BUENOS AIRES 2; HOSPITAL MISERICORDIA

NUEVO SIGLO-CORDOBA 3

<mavijarez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones por virus Influenza (IF) constituyen un problema en Salud Pública con implicancias socioeconómicas. Dentro de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) virales, IF es la única inmunoprevenible. La efectividad estimada de la vacuna IF para disminuir la hospitalización en adultos mayores es de 70%, no habiendo estudios hasta el momento en Argentina en pediatría.

### OBJETIVO

Determinar la efectividad de la vacuna IF para disminuir el riesgo de hospitalización por esta enfermedad en niños entre 6 y 24 meses.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles pareados por edad (6-11 meses; 12-17 meses y 18-23 meses) realizado en 3 hospitales pediátricos de referencia. Casos: niños entre 6-24 meses de edad internados por IRAB por IF. Controles: niños entre 6-24 meses internados por una causa diferente a IRAB en igual periodo de tiempo. Para el cálculo muestral se consideró una efectividad del 70 % y una cobertura del 50%. Efectividad =  $(1-OR) \times 100$ . Se efectuó regresión logística múltiple nominal, para ajustar la efectividad por grupo etario y ERC.

### RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 131 pacientes, con las siguientes características:

Variables	Casos (n=38)	Controles (n=92)
Edad (media;SD)	12 meses; 4,7	13 meses; 4,9
Sexo (masculino)	55.2% (21/38)	51.9% (47/92)
Procedencia (GBA)	82.5% (34/38)	86.9% (80/92)
Hacinamiento	48.6% (17/38)	64.8% (59/91)

### Esquema adecuado de vacuna antigripal:

1ª dosis	26.3% (10/38)	53.2% (49/92)
2ª dosis	5.2% (2/38)	22.8% (21/92)
Cardiopatía congénita	10.5% (4/38)	1% (1/92)
Desnutrición		
Enfermedad respiratoria crónica (ERC)	7.9% (3/38)	5.4% (5/92)
Inmunodeficiencia	39.5% (15/38)	2.2% (2/92)
Enfermedad neurológica	2.7% (1/38)	3.3% (3/92)
Prematurez	7.9% (3/38)	5.4% (5/92)
	21.1% (8/38)	5.4% (5/92)

Los casos presentaron mayor proporción de enfermedades concomitantes destacándose la ERC. La efectividad cruda luego de una dosis fue: 69% (29-87)  $p=0.005$ ; ajustada por estratos de edad fue: 6-11 meses 83% (41-95)  $p=0.005$ , no resultando significativa para los otros grupos. Tomando en cuenta la presencia de ERC fue de 73% (27-99)  $p=0.010$  y excluyendo este factor fue de 67% (9-88)  $p=0.033$ .

### CONCLUSIONES

En ambos grupos se halló alta proporción de esquemas inadecuados, el 75% de los casos no había recibido ninguna dosis. La efectividad hallada coincide con otras publicaciones internacionales. Los casos presentaron comorbilidades inherentes a su motivo de internación en relación a los controles. Se está ampliando este estudio utilizando controles internados por IRAB sin IF (CDC).

## ROL DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN LAS NEUMONIAS

**RPD 210**

**Gentile L.<sup>1</sup>; Spagnuolo F.<sup>2</sup>**

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ<sup>2</sup>  
<luisfermandogentile1@gmail.com>

### OBJETIVOS

Demostrar la utilidad de un método simple como la ultrasonografía para el seguimiento y predicción de la evolución en la neumonía.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Con el método llamado eco-doppler color –power se puede identificar el flujo sanguíneo en el área pulmonar de la condensación y valorar su evolución. Se utilizaron equipos digitales de ultrasonidos con doppler color y color –power. Se monitorearon 6 niños atendidos en instituciones públicas o privadas que presentaban imagen radiológica de condensación con o sin derrame pleural.

### RESULTADOS

Las neumonías que presentaban hiperflujo dentro de la condensación tuvieron una mejor evolución que las que presentaban escaso mapeo color intraparenquimatoso. El método posee la ventaja de su sencillez, inocuidad y posibilidad de sospechar necrosis intralesional o hacer diagnóstico diferencial con atelectasias.

La desventaja observada es en el caso de infiltrados mínimos que no contactan con la pared costal como consecuencia del aire pulmonar interpuesto que no permite imágenes diagnósticas.

### CONCLUSIONES

El doppler color power muestra una gran utilidad para el seguimiento y predicción de la evolución de las neumonías, especialmente aquéllas de una evolución tórpida.

## NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO

**RPD 212**

**Ponsiglione A.<sup>1</sup>; Laffont C.<sup>2</sup>; Barragan V.<sup>3</sup>; Muzio F.<sup>4</sup>;**

**Blanco E.<sup>5</sup>; Ferrucci G.<sup>6</sup>; Ferreira V.<sup>7</sup>**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<alepons@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis aguda post-infecciosa es la causa más común de nefritis aguda en la edad pediátrica. Los agentes etiológicos más frecuentes son cepas nefritogénicas de *Streptococo β* hemolítico del grupo A. Otros son *Neumococo* con serotipos nefritogénicos 5; 7;9;14 y 15; *Mycoplasma* y *Leptospira*.

### OBJETIVOS

Presentar un paciente con diagnóstico de neumonía por *Neumococo* y síndrome nefrítico.

### PRESENTACIÓN

Niña de 4 años que ingresa por fiebre y dificultad ventilatoria de 48 hs de evolución. Al examen clínico presenta

insuficiencia ventilatoria e hipoventilación en hemitórax derecho. Rx tórax compatible con neumonía, laboratorio GB: 23.300; predominio neutrófilos. Se inicia tratamiento con Ampicilina 200 mg/kg/día IV y oxígeno por cánula nasal. Presenta hematuria y proteinuria con U: 82 mg/dl y Creatinina 1.91 mg/dl, edemas e hipertensión arterial. Nefrología indica control de TA; dieta hiposódica; restricción de líquidos. A las 48hs por empeoramiento clínico Infectología cambia a Ceftriaxona y se agrega furosemida. Persiste con valores estables altos de urea y creatinina. Ecografía renal: moderado aumento de ecogenicidad en parénquima renal bilateral. La paciente persiste febril, aparece derrame pleural derecho, con ecografía compatible. Hemocultivos: *Neumococo* sensible a penicilina. Se agrega Rifampicina y se realiza toracocentesis, evolucionando favorablemente.

### CONCLUSIÓN

Con la incorporación de la vacuna antineumocócica 13 valente disminuirá esta patología.



## IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS

**RPD 213**

Altcheh J.<sup>1</sup>; Moscateli G.<sup>2</sup>; Moroni S.<sup>3</sup>; García Bournissen F.<sup>4</sup>; Bisio M.<sup>5</sup>; Ballering G.<sup>6</sup>; Gonzalez N.<sup>7</sup>; Caruso M.<sup>8</sup>; Miranda M.<sup>9</sup>; Monla C.<sup>10</sup>; Vaina M.<sup>11</sup>; Valdez M.<sup>12</sup>; Moran L.<sup>13</sup>; Rodriguez T.<sup>14</sup>; Ledesma Patiño O.<sup>15</sup>; Ribeiro I.<sup>16</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ<sup>2,3,4,5,6,7</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS M QUINTANA, JUJUY<sup>8,9,12</sup>; HOSPITAL MATERNO INFANTIL, SALTA<sup>10,11</sup>; CENTRO DE CHAGAS, HTAL INDEPENDENCIA, SGO DEL ESTERO<sup>13,14,15</sup>; DNDI, GINEBRA<sup>16</sup>  
<jaltcheh@gmail.com>

### INTRODUCCION

Solo 2 drogas están actualmente disponibles para el tratamiento de la enfermedad de Chagas, el benznidazol (BZ) y el nifurtimox. La farmacología de estas drogas solo fue estudiada en adultos en la década de los '70, no habiendo información en niños.

### MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de la necesidad de contar con datos farmacológicos en pacientes pediátricos se inicio un estudio de farmacocinética poblacional del BZ en el Hospital de Niños R. Gutiérrez de Buenos Aires (clinicaltrials.gov #NCT00699387) donde se incorporaron 40 niños entre 2 y 12 años. La datos obtenidos mostraron una excelente respuesta terapéutica con niveles en sangre menores en fase estacionaria (4.53 mg/L (IC95%: 3.73 a 5.58)) a los reportados en adultos (10.96 mg/L (IC95%: 7.74 a 15.43)).

Con el objetivo de confirmar estos resultados y ampliando

la población en estudio, junto al apoyo del DNDi (*Drugs for Neglected Diseases initiative*, Ginebra, Suiza), se crea la red pediátrica para el estudio de la enfermedad de Chagas. Esta red está integrada por el Hospital de Niños R. Gutiérrez como centro coordinador, el Hospital de Niños de Jujuy, el Hospital Materno Infantil de Salta, el Centro de Chagas de Santiago del Estero y el Instituto Nacional de Parasitología de Buenos Aires. Se llevaron a cabo reuniones de capacitación en Buenas prácticas clínicas y se armonizaron las prácticas de diagnóstico y atención que permitieron la realización del primer estudio de farmacocinética población de una formulación pediátrica de BZ (clinicaltrials.gov # NCT01549236). Resultados: En este estudio de incorporaron 80 niños de 0 a 12 años confirmándose una excelente respuesta al tratamiento con BZ y que las concentraciones del mismo en niños (6.6mg/L) fueron menores a las reportadas en adultos (10.6mg/L).

### CONCLUSIONES

Los niños presentaron menores concentraciones de BZ. La implementación de una red de investigación pediátrica bajo normas estandarizadas permitió la creación de un grupo de trabajo de alta calidad científica para el desarrollo de estudios clínicos en niños.

Actualmente se encuentra en desarrollo el estudio de identificación y validación de moléculas de T. cruzi para el mejoramiento del diagnóstico de Chagas, FITS Salud-Chagas 0003/2011, FONARSEC.



## ÍNDICE DE PARTICIPACIONES CIENTÍFICAS

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>A</b>						
<b>Abalos</b>	María Gabriela	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Abate</b>	Héctor	Coordinador	3	10:30 a 12:00	Champaquí	Tuberculosis en el siglo XXI
<b>Abate</b>	Héctor	Presentador	3	12:00 a 12:45	Lugones A	Tratamiento simplificado de las infecciones severas
<b>Abate</b>	Hector	Discutidor	4	14.30 a 16.00	Lugones B	Presentación Oral
<b>Agosti</b>	María Rosa	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Aird</b>	Alberto	Presentador	3	17:30 a 18:15	Lugones A	Medicina en la música
<b>Aird</b>	Alberto	Panelista	4	8:30 a 10:00	Champaquí	Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave
<b>Aird</b>	Alberto	Discutidor	4	14.30 a 16.00	Champaquí	Presentación Oral
<b>Aird</b>	Alberto	Coordinador	5	8:30 a 10:00	Lugones A	Controversias y decisiones en el niño febril
<b>Aletti</b>	Alicia	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Aletti</b>	Alicia	Panelista	5	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica
<b>Altcheh</b>	Jaime	Panelista	3	10:30 a 12:00	Las Sierras	Parasitosis: Enfermedades desatendidas
<b>Altcheh</b>	Jaime	Panelista	5	8:30 a 10:00	Champaquí	Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas
<b>Álvarez</b>	Laura	Secretaria	3	8:30 a 10:00	Lugones B	Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?
<b>Álvarez</b>	María Soledad	Secretaria	4	8:30 a 10:00	Champaquí	Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave
<b>Álvarez</b>	María Soledad	Secretaria	4	16:00 a 17:00	Champaquí	Infecciones perinatales: siempre un dilema
<b>Andión</b>	Elena	Conferencista	4	12:00 a 12:45	Las Sierras	Empoderamiento del personal de enfermería: la clave del éxito
<b>Andión</b>	Elena	Conferencista	4	15:30 a 16:15	Las Sierras	Higiene de superficies del entorno del paciente: un viaje microbiano estelar
<b>Arazi Caillaud</b>	Solange	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones B	Infección por VIH / SIDA: visión actual
<b>Argüello</b>	Vanessa Alicia	Panelista	4	16:45 a 17:30	Las Sierras	Vacunación Segura
<b>Asis</b>	Liliana	Panelista	3	10:30 a 12:00	Las Sierras	Parasitosis: Enfermedades desatendidas
<b>Asis</b>	Liliana	Discutidora	4	14.30 a 16.00	Champaquí	Presentación Oral
<b>Asis</b>	Liliana	Coordinadora	4	16:00 a 17:00	Champaquí	Infecciones perinatales: siempre un dilema
<b>Ávila</b>	Genoveva	Presentadora	4	14:45 a 15:30	Las Sierras	TIC's para el desarrollo de la información en el área infectológica

## B

<b>Barbás</b>	Gabriela	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones del Sistema Nervioso Central
<b>Barboni</b>	Graciela	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones B	Infección por VIH / SIDA: visión actual
<b>Barboni</b>	Graciela	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>Barnes</b>	Ana	Panelista	3	10:30 a 12:00	Champaquí	Tuberculosis en el siglo XXI
<b>Bazán</b>	Virginia	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones B	Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales
<b>Belfiore</b>	Sandra	Secretaria	4	8:30 a 10:00	Lugones A	Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?
<b>Belfiore</b>	Sandra	Discutidora	3	14:30 a 16:00	Champaquí	Presentación Oral
<b>Bellone</b>	Luciana	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Bellone</b>	Luciana	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones A	Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios
<b>Benegas</b>	Liliana	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Benegas</b>	Liliana	Coordinadora	5	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones perinatales: el dilema continúa
<b>Berezin</b>	Eitan	Panelista	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención
<b>Black</b>	Steve	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones A	Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?
<b>Black</b>	Steve	Conferencista	4	12:00 a 12:45	Lugones A	Nuevas tecnologías en vacunas: ampliando la prevención
<b>Bogdanowicz</b>	Elizabeth	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones B	Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?
<b>Bogdanowicz</b>	Elizabeth	Discutidora	3	14.30 a 16.00	Lugones B	Presentación Oral
<b>Bogdanowicz</b>	Elizabeth	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones A	Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios
<b>Bologna</b>	Rosa	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones B	Infección por VIH / SIDA: visión actual
<b>Bonvehí</b>	Pablo	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando
<b>Bottiglieri</b>	Marina	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones B	Farmacología aplicada a la práctica diaria
<b>Bruno</b>	Miriam	Coordinadora	3	10:30 a 12:00	Lugones B	Infección por VIH / SIDA: visión actual
<b>Bruno</b>	Miriam	Discutidora	4	14.30 a 16.00	Lugones A	Presentación Oral
<b>Bruno</b>	Miriam	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones A	Controversias y decisiones en el niño febril

**C**

<b>Calvari</b>	Miriam	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Calvari</b>	Miriam	Coordinadora	4	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas
<b>Calvari</b>	Miriam	Panelista	5	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica
<b>Cancellara</b>	Aldo	Coordinador	3	8:30 a 10:00	Lugones A	Abordaje de las infecciones osteoarticulares
<b>Cancellara</b>	Aldo	Panelista	4	8:30 a 10:00	Champaquí	Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave
<b>Cané</b>	Alejandro	Discutidor	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
Cané	Alejandro	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones B	Farmacología aplicada a la práctica diaria
Cané	Alejandro	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones B	Pacientes trasplantados: una nueva realidad
Carrizo Herrera	Patricia	Secretaria	4	10:30 a 12:00	Lugones B	Farmacología aplicada a la práctica diaria
Caruso	Martín	Panelista	3	16:00 a 17:30	Las Sierras	Profilaxis postexposición: el tiempo es oro
Caruso	Martín	Discutidor	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Carvajal	Lydia	Coordinadora	4	8:30 a 10:00	Lugones B	Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento
Casanueva	Enrique	Coordinador	4	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones del Sistema Nervioso Central
Casanueva	Enrique	Discutidor	4	14.30 a 16.00	Lugones B	Presentación Oral
Casanueva	Enrique	Coordinador	5	8:30 a 10:00	Lugones B	Paciente neutropénico febril: puesta al día
Cavallo	Edith	Presentadora	4	8:45 a 9:15	Las Sierras	Determinantes sociales de la salud: contribuciones y desafíos
Ceballos	Ana	Coordinadora	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincial: lo que nos sigue preocupando
Ceballos	Ana	Coordinadora	4	8:30 a 10:00	Lugones A	Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?
Ceballos	Ana	Discutidora	4	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Chiappero	Nancy	Panelista	4	16:45 a 17:30	Las Sierras	Administración de antibióticos: de la práctica a la evidencia
Chiossone	Ana	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Chiossone	Ana María	Panelista	4	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas
Cometto	María Cristina	Conferencista	4	14:45 a 15:30	Las Sierras	TIC's para el desarrollo de la información en el área infectológica
Coria	Leonardo	Secretario	5	10:30 a 12:00	Lugones B	Pacientes trasplantados: una nueva realidad
Cuestas	Eduardo	Discutidor	4	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Cummins	Mariana	Secretaria	4	16:45 a 17:30	Las Sierras	Vacunación Segura

**D**

De Lisa	Ildeselve	Secretaria	3	10:30 a 12:00	Champaquí	Tuberculosis en el siglo XXI
De Stefano	Frank	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones A	Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?
Defago	Victor	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones A	Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?
Della Latta	Paula	Panelista	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
Della Latta	Paula	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Della Latta	María Paula	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones B	Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento
Devoto	Susana	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>Devoto</b>	Susana	Coordinadora	5	8:30 a 10:00	Champaquí	Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas

**E**

<b>Ellis</b>	Alejandro	Discutidor	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ellis</b>	Alejandro	Panelista	4	16:00 a 17:00	Champaquí	Infecciones perinatales: siempre un dilema
<b>Ellis</b>	Alejandro	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones A	Controversias y decisiones en el niño febril
<b>Enfedaque</b>	Cecilia	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Enfedaque</b>	Cecilia	Coordinadora	4	16:00 a 17:30	Lugones B	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
<b>Ensinck</b>	Gabriela	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones A	Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?
<b>Ensinck</b>	Gabriela	Discutidora	4	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ensinck</b>	Gabriela	Presentador	4	12:00 a 12:45	Champaquí	Uso y abuso de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales
<b>Ensinck</b>	Gabriela	Panelista	4	16:00 a 17:00	Champaquí	Infecciones perinatales: siempre un dilema
<b>Euliarte</b>	Cristina	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Euliarte</b>	Cristina	Secretaria	5	8:30 a 10:00	Champaquí	Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas
<b>Ezcurra</b>	Gustavo	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones B	Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?

**F**

<b>Falaschi</b>	Andrea	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones A	Abordaje de las infecciones osteoarticulares
<b>Falaschi</b>	Andrea	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Falaschi</b>	Andrea	Panelista	4	8:30 a 10:00	Champaquí	Infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave
<b>Falleiros</b>	Luiza	Panelista	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención
<b>Fedullo</b>	Ana	Secretaria	4	16:00 a 17:30	Lugones B	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
<b>Ferolla</b>	Martín	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones A	Controversias y decisiones en el niño febril
<b>Ferreyra</b>	Silvia	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ferreyra</b>	Silvia	Secretaria	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando
<b>Ferrucci</b>	Gladys	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ferrucci</b>	Gladys	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones perinatales: el dilema continúa
<b>Flynn</b>	Luis	Coordinador	5	10:30 a 12:00	Lugones B	Pacientes trasplantados: una nueva realidad
<b>Freilij</b>	Héctor	Panelista	5	8:30 a 10:00	Champaquí	Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
Furlán	Laura	Conferencista	4	9:15 a 10:00	Las Sierras	Programas de control de infecciones en instituciones de salud pediátrica: auditoría constante
Furlán	Laura	Coordinadora	4	13:45 a 14:45	Las Sierras	Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos: Paquetes de Medidas de Prevención

### G

Gaiano	Alejandra	Discutidora	3	14.30 a 16.00	Champaquí	Presentación Oral
Gaiano	Alejandra	Panelista	4	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas
Gajo Gané	Andrea	Coordinadora	3	10:30 a 12:00	Las Sierras	Parasitosis: Enfermedades desatendidas
Gajo Gané	Andrea	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Galas	Marcelo Fabián	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones B	Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento
Galas	Marcelo Fabian	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones B	Farmacología aplicada a la práctica diaria
Galicchio	Miguel	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones B	Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales
Gentile	Fernando	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones A	Abordaje de las infecciones osteoarticulares
Gentile	Ángela	Panelista	3	10:30 a 12:00	Lugones A	Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?
Gentile	Ángela	Panelista	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención
Gentile	Ángela	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones A	Seguridad en vacunas: ¿qué necesitamos saber?
Giglio	Norberto	Coordinador	4	10:30 a 12:00	Lugones B	Farmacología aplicada a la práctica diaria
Gomez	Mario	Presentador	4	15:30 a 16:15	Las Sierras	Higiene de superficies del entorno del paciente: un viaje microbiano estelar
González	Norma	Panelista	3	10:30 a 12:00	Champaquí	Tuberculosis en el siglo XXI
Gregorio	Gabriela	Coordinadora	3	8:30 a 10:00	Lugones B	Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?
Gregorio	Gabriela	Discutidora	4	14.30 a 16.00	Lugones A	Presentación Oral
Gregorio	Gabriela	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones B	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
Grunfeld de Viu	Julia	Coordinadora	5	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica

### H

Higa	Verónica	Secretaria	5	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones perinatales: el dilema continúa
------	----------	------------	---	---------------	-----------	---



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>L</b>						
Lanzotti	Mariana	Panelista	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
Lanzotti	Mariana	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones B	manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales
Lanzotti	Mariana	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Lazarte	Gustavo Fernando	Secretario	5	8:30 a 10:00	Lugones A	Controversias y decisiones en el niño febril
Lepetic	Alejandro	Panelista	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
Libonati	Carmen	Panelista	3	16:00 a 17:30	Las Sierras	Profilaxis postexposición: el tiempo es oro
Lima	Liliana Elizabeth	Panelista	3	16:00 a 17:30	Las Sierras	Profilaxis postexposición: el tiempo es oro
Limpias	Claudia	Secretaria	5	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica
Linzoain	Javier	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones del Sistema Nervioso Central
López Paglie	Daniela	Panelista	4	17:30 a 18:30	Las Sierras	Administración de antibióticos: de la práctica a la evidencia
López Pappucci	Santiago	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones B	Paciente neutropénico febril: puesta al día
Lopez Papucci	Santiago	Discutidor	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Loza	Flavia	Presentadora	4	11:15 a 12:00	Las Sierras	Infecciones en pediatría: casos relevantes e intervenciones específicas
Loza	Flavia	Panelista	4	13:45 a 14:45	Las Sierras	Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos: Paquetes de Medidas de Prevención
<b>M</b>						
Magneres	Cecilia	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Malvarez	Silvina	Conferencista	4	8:45 a 9:15	Las Sierras	Determinantes sociales de la salud: contribuciones y desafíos
Marcó del Pont	José	Discutidor	3	14.30 a 16.00	Lugones B	Presentación Oral
Marcó del Pont	José	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones B	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
Marcó del Pont	José	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones B	Paciente neutropénico febril: puesta al día
Marcó del Pont	José	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones B	Pacientes trasplantados: una nueva realidad
Martínez	Zulma	Secretaria	3	10:30 a 12:00	Lugones B	Infección por VIH / SIDA: visión actual
Maurizio Dama	María Silvia	Coordinadora	3	16:00 a 17:30	Lugones B	Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales
Maurizio Dama	María Silvia	Panelista	4	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas
Maurizio Dama	María Silvia	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
Melonari	Pablo	Panelista	5	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades que plantean dificultad diagnóstica

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>Miguez</b>	Nanci	Conferencista	4	11:15 a 12:00	Las Sierras	Infecciones en pediatría: casos relevantes e intervenciones específicas
<b>Miguez</b>	Nanci	Conferencista	4	13:45 a 14:45	Las Sierras	Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos: Paquetes de Medidas de Prevención
<b>Minguez</b>	Ángel	Coordinador	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
<b>Moreno</b>	Rina	Coordinadora	3	16:00 a 17:30	Las Sierras	Profilaxis postexposición: el tiempo es oro
<b>Moreno</b>	Rina	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Moscattelli</b>	Guillermo	Discutidor	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Moya</b>	Nicolás	Secretario	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
<b>Moya</b>	Nicolás	Secretario	4	10:30 a 12:00	Champaquí	Enfermedades transmisibles en jardines maternos y escuelas
<b>Muñoz</b>	Emiliano	Secretario	5	8:30 a 10:00	Lugones B	Paciente neutropénico febril: puesta al día
<b>O</b>						
<b>Orduna</b>	Tomás	Panelista	3	8:30 a 10:00	Champaquí	Medicina del Viajero: El niño y la familia viajando
<b>Ossman</b>	Susana	Presentadora	4	9:15 a 10:00	Las Sierras	Programas de control de infecciones en instituciones de salud pediátrica: auditoría constante
<b>P</b>						
<b>Peltola</b>	Heikki	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones A	Abordaje de las infecciones osteoarticulares
<b>Peltola</b>	Heikki	Conferencista	3	12:00 a 12:45	Lugones A	Tratamiento simplificado de las infecciones severas
<b>Peltola</b>	Heikki	Conferencista	3	17:30 a 18:15	Lugones A	Medicina en la música
<b>Peltola</b>	Heikki	Panelista	4	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones del Sistema Nervioso Central
<b>Peuchot</b>	Agustina	Secretaria	4	8:30 a 10:00	Lugones B	Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento
<b>Peuchot</b>	Agustina	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Polack</b>	Fernando	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincial: lo que nos sigue preocupando
<b>Portillo</b>	Gloria	Presentadora	4	12:00 a 12;45	Las Sierras	Empoderamiento del personal de enfermería: la clave del éxito
<b>Puscama</b>	Alicia	Panelista	3	10:30 a 12:00	Las Sierras	Parasitosis: Enfermedades desatendidas
<b>Q</b>						
<b>Quintana</b>	Pedro	Secretario	4	16:00 a 17:30	Lugones A	Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios



APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>R</b>						
<b>Rodríguez</b>	Mónica Ana María	Secretaria	3	8:30 a 10:00	Lugones A	Abordaje de las infecciones osteoarticulares
<b>Rodríguez</b>	Mónica Ana María	Secretaria	3	16:00 a 17:30	Las Sierras	Profilaxis postexposición: el tiempo es oro
<b>Rodríguez</b>	Rosa	Secretaria	4	17:30 a 18:30	Las Sierras	Administración de antibióticos: de la práctica a la evidencia
<b>Rodríguez Alassia</b>	Pilar	Secretaria	3	16:00 a 17:30	Lugones B	Manejo infectológico de pacientes en situaciones especiales
<b>Rosaenz</b>	Ana María	Panelista	3	10:30 a 12:00	Champaquí	Tuberculosis en el siglo XXI
<b>Rosaenz</b>	Ana	Discutidora	3	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ruiz</b>	Lía del Valle	Secretaria	3	8:30 a 10:00	Las Sierras	Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?
<b>Ruiz</b>	Lía del Valle	Secretaria	3	10:30 a 12:00	Las Sierras	Parasitosis: Enfermedades desatendidas
<b>Ruiz</b>	Lía del Valle	Discutidora	3	14:30 a 16:00	Lugones A	Presentación Oral
<b>Russ</b>	Carlota	Panelista	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincicial: lo que nos sigue preocupando
<b>Russ</b>	Carlota	Presentadora	4	12:00 a 12:45	Lugones A	Nuevas tecnologías en vacunas: ampliando la prevención
<b>Ruvinsky</b>	Silvina	Panelista	3	8:30 a 10:00	Las Sierras	Enfermedades regionales: ¿Qué debemos hacer?
<b>Ruvinsky</b>	Silvina	Discutidora	3	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Ruvinsky</b>	Silvina	Panelista	4	8:30 a 10:00	Lugones B	Bacilos gram negativos multirresistentes: valor de la vigilancia y tratamiento
<b>Ruvinsky</b>	Raúl	Discutidor	3	14:30 a 16:00	Lugones A	Presentación Oral
<b>Ruvinsky</b>	Raúl	Coordinador	4	8:30 a 10:00	Champaquí	infecciones de piel y partes blandas: de lo leve a lo grave
<b>Ruvinsky</b>	Raúl	Coordinador	4	16:00 a 17:30	Lugones A	Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios
<b>S</b>						
<b>Sánchez</b>	Pablo	Conferencista	4	12:00 a 12:45	Champaquí	Uso y abuso de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales
<b>Sánchez</b>	Pablo	Panelista	4	16:00 a 17:00	Champaquí	Infecciones perinatales: siempre un dilema
<b>Sánchez</b>	Pablo	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones perinatales: el dilema continúa
<b>Sánchez</b>	Pablo	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones perinatales: el dilema continúa
<b>Santillán</b>	Alejandro	Panelista	3	8:30 a 10:00	Lugones B	Terapia de combinación: ¿cuándo menos es más?
<b>Santillán</b>	Alejandro	Discutidor	4	14:30 a 16:00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Santolaya</b>	María Elena	Panelista	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención
<b>Santolaya</b>	María Elena	Panelista	5	8:30 a 10:00	Lugones B	Paciente neutropénico febril: puesta al día



APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
<b>Sardi</b>	Fabiana	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Sardi</b>	Fabiana	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones B	Infecciones asociadas al cuidado de la salud
<b>Savoy</b>	Cristina	Secretaria	4	13:45 a 14:45	Las Sierras	Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos: Paquetes de Medidas de Prevención
<b>Savoy</b>	Cristina	Coordinadora	4	16:45 a 17:30	Las Sierras	Vacunación Segura
<b>Spillmann</b>	Cynthia	Panelista	5	8:30 a 10:00	Champaquí	Logros y nuevas propuestas de enfermedad de Chagas
<b>Spinsanti</b>	Lorena	Panelista	3	8:30 a 10:00	Las Sierras	Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?
<b>Stambouliau</b>	Daniel	Coordinador	3	10:30 a 12:00	Lugones A	Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?

**T**

<b>Tapponnier</b>	Gabriela	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Tapponnier</b>	Gabriela	Panelista	4	16:00 a 17:30	Lugones A	Uso prudente de antibióticos en diferentes escenarios
<b>Tirao</b>	Eugenia	Secretaria	3	10:30 a 12:00	Lugones A	Neumonía adquirida de la comunidad: ¿qué hay de nuevo?
<b>Tirao</b>	Eugenia	Secretaria	4	10:30 a 12:00	Lugones A	Infecciones del Sistema Nervioso Central
<b>Tregnaghi</b>	Miguel	Coordinador	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención
<b>Tregnaghi</b>	Pablo	Secretario	3	16:00 a 17:30	Champaquí	Situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles en Latinoamérica: impacto de las políticas de prevención

**U**

<b>Uboldi</b>	Andrea	Panelista	3	8:30 a 10:00	Las Sierras	Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?
<b>Uboldi</b>	Andrea	Discutidora	3	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales
<b>Uboldi</b>	Andrea	Panelista	5	10:30 a 12:00	Lugones B	Pacientes trasplantados: una nueva realidad
<b>Ulloa</b>	Ana	Coordinadora	4	17:30 a 18:30	Las Sierras	Administración de antibióticos: de la práctica a la evidencia

**V**

<b>Vizzotti</b>	Carla	Coordinadora	3	16:00 a 17:30	Lugones A	Influenza y virus respiratorio sincial: lo que nos sigue preocupando
<b>Vratnica</b>	Claudia	Coordinadora	3	8:30 a 10:00	Las Sierras	Enfermedades regionales: ¿qué debemos hacer?
<b>Vratnica</b>	Claudia	Discutidora	4	14.30 a 16.00	La Terraza	Recorrida de pósters digitales



**7° CONGRESO ARGENTINO DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA**  
**1° Jornadas de Enfermería en Infectología Pediátrica**  
Ciudad de Córdoba, 3 al 5 de Abril de 2014



<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FUNCIÓN</b>	<b>DÍA</b>	<b>HORA</b>	<b>SALÓN</b>	<b>TITULO</b>
<b>W</b>						
<b>Woffel</b>	Miriam	Panelista	4	16:45 a 17.30	Las Sierras	Vacunación segura
<b>Z</b>						
<b>Zenzano</b>	Stella	Panelista	4	13:45 a 14:45	Las Sierras	Infecciones asociadas a procedimientos invasivos: paquetes de medidas de prevención

## ÍNDICE DE AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
<b>A</b>					
ABATE H.	"DECLINACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN NIÑOS INTERNADOS, LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN CAPRINA-BOVINA EN MENDOZA"	153	RPD/1	1	4
ABATE H.	COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA	166	PO/Lugones B		3
ABATE H.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
ABATE H.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
ABATE H.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER	156	RPD/1	1	3
ABATE H.	HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS	147	RPD/4	4	4
ABATE H.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
ABATE H.	PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVO	151	RPD/9	9	4
ABATE H.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
ABUDARA G.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
ACASTELLO E.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
ACEVEDO C.	PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVO	151	RPD/9	9	4
ACEVEDO I.	SEPSIS CON MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B- REPORTE DE UN CASO	88	RPD/9	9	4
AGAZZINI G.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V).INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
AGOSTI M.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
AGOSTI M.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO	108	RPD/2	2	3
AGOSTI M.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
AGOSTINI M.	HIV CONGÉNITO: ANÁLISIS DE UN CASO	191	RPD/3	3	3
AGOSTINI M.	LEISHMANIASIS: UNA ENFERMEDAD QUE SE EXTIENDE	194	RPD/8	8	4
AGUILA D.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
AGUILAR C.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
AGUIRRE A.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR <i>STAFILOCOCCUS AUREUS</i> (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
AGUIRRE C.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO.	81	RPD/6	6	4
AGUIRRE C.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
AGUIRRE C.	SEPTICEMIA POR <i>CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM</i> . A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
AGUIRRE M.	EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER	156	RPD/1	1	3
AGUIRRE M.	HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS	147	RPD/4	4	4
AHUMADA L.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR <i>SERRATIA MARSESCENS</i> EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
AHUMADA L.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
AIRD A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
AISENBERG N.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
ALABART N.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
ALBA J.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLICACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
ALCONCHEL M.	MENINGITIS BACTERIANA POR <i>STREPTOCOCCO PNEUMONIAE</i> CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
ALEJANDRO E.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS.	49	PO/Lugones B		4
ALETTI A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
ALETTI A.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13v). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
ALETTI A.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
ALETTI A.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4
ALFREDO MARTÍN C.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
ALI N.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
ALMADA D.	ESTRATEGIA SANITARIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR	73	RPD/7	7	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
ALONSO M.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA*	85	PO/Champaquí		4
ALTCHEH J.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
ALTCHEH J.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
ALTCHEH J.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE <i>T. CRUZI</i> : VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
ALTCHEH J.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	29	RPD/4	4	4
ALVAREZ C.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
ALVAREZ L.	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO EN LOS NIÑOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH	204	RPD/3	3	3
ALVAREZ L.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE $\beta$ -LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
ALVAREZ L.	TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS	205	RPD/3	3	3
ALVAREZ M.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO	87	PO/Lugones B		4
ANA F.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
ANDRADA R.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
ANDRADA R.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA	11	RPD/6	6	4
APRILE F.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
ARANDA O.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
ARBONES R.	ABSCESO DEL PSOAS	196	RPD/9	9	4
ARBONES R.	HIV CONGÉNITO: ANÁLISIS DE UN CASO	191	RPD/3	3	3
ARBONES R.	LEISHMANIASIS: UNA ENFERMEDAD QUE SE EXTIENDE	194	RPD/8	8	4
ARCE E.	SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA	18	RPD/8	8	3
ARCE L.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA*	85	PO/Champaquí		4
ARESO M.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
ARESO M.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
ARESO S.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.	202	PO/Lugones A		4
ARESO S.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	171	PO/Champaquí		4
ARESO S.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	172	PO/Lugones A		4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
ARGUELLES M.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
ARISPE M.	SEPSIS CON MENINGITIS A <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> TIPO B- REPORTE DE UN CASO -	88	RPD/9	9	4
ARROYO E.	MENINGITIS A <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> : PATOLOGIA PRESENTE EN LA COMUNIDAD	43	RPD/5	5	4
ARRÚA S.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
ASIS E.	MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . REPORTE DE UN CASO	187	RPD/3	3	4
ASIS E.	SÍFILIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO	192	RPD/2	2	4
ASIS E.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
ASIS E.	SINDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS	188	RPD/8	8	3
ASIS E.	TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL-CORDOBA	190	RPD/3	3	3
ASIS E.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
ASSA J.	PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> : DETECCIÓN DE CEPAS VACUNALES, ANTIBIOTIPOS Y SEROTIPOS	86	PO/Lugones B		4
ASURMENDI M.	INFECCIONES POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> . EVALUACIÓN DE SU INCIDENCIA EN NIÑOS EN NUESTRO HOSPITAL.	45	RPD/4	4	3
AURELIA F.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
ÁVILA DIEZ M.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.	5	RPD/1	1	3

### B

BADANO A.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
BAEZ J.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO – A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
BAKIR J.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL	207	PO/Champaquí		3
BAKIR J.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013	52	PO/Champaquí		3
BAKIR J.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012	208	RPD/7	7	4
BAKIR J.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA	206	RPD/7	7	4
BAKIR J.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA	30	PO/Lugones A		3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
BAKIR J.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
BALANZAT A.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
BALLERING G.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
BALLERING G.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIÁTRICA	60	RPD/4	4	4
BALLESTA D.	INFECCIÓN URINARIA POR <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUCTORA DE $\beta$ -LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
BALMACEA B.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
Barbás M.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
BARBONI F.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO	137	RPD/5	5	3
BARBOSA N.	SÍFILIS CONGÉNITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA	18	RPD/8	8	3
BARBOZA L.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
BARCIULLI F.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
BARCUDI D.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
BARDAZZI N.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
BARONI M.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
BARRAGAN V.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENLÓGICA.	51	RPD/5	5	3
BARRAGAN V.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
BARRENECHEAM.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
BARZOTTI D.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
BASQUESEAU J.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
BASSERMAN J.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
BATAGLIOTTI M.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
BATISTA G.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
BELLONE L.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
BELLONE L.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLICACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
BELLONI B.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
BENEGAS L.	COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)	179	RPD/9	9	3
BENITEZ N.	SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA	18	RPD/8	8	3
BERGESE L.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
BERNARDI G.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
BERNARDI G.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
BERNARDI G.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACION COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
BERTONI L.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
BERTONI L.	PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA.	70	RPD/2	2	3
BERTONI L.	TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	78	RPD/1	1	3
BERTONI L.	VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA	112	PO/Lugones A		3
BESSONE C.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
BIALORUS L.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL	207	PO/Champaquí		3
BIANCO A.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
BIANCOLINI J.	FIEBRE TIFOIDEA EN PEDIATRÍA	99	RPD/1	1	4
BIDONE N.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
BIETTI J.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA-SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
BISIO M.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
BISIO M.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
BLANCO E.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
BOKSER V.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCH EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
BOKSER V.	VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	RPD/7	7	3
BOLOGNA R.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
BOLOGNA R.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
BONARDO M.	SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS	113	RPD/8	8	3
BONARDO V.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
BONAUDI C.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
BONAVÍA H.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
BONET V.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
BONIFACHICH E.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
BOUDOT R.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDAD COMPLCACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
BRAVO G.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
BRAVO G.	MENINGITIS POR STAPHILOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)	92	RPD/5	5	4
BRAVO G.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3
BRAVO G.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3
BREZIGAR A.	ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA	118	RPD/7	7	3
BRINGAS H.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
BRITO R.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
BRITO R.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
BROIERO M.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
BROIERO M.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
BRUNO E.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
BRUNO M.	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO EN LOS NIÑOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH	204	RPD/3	3	3
BRUNO M.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
BRUNO M.	TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS	205	RPD/3	3	3
BUENDIA J.	DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES: EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS	103	PO/Lugones B		4
BUERO TREBINO A.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
BUSCIO M.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
BUTARELLI L.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
BUTARELLI L.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
BUZIN D.	MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
<b>C</b>					
CABALLERO R.	MENINGITIS A KLEBSIELLA PNEUMONIAE: PATOLOGIA PRESENTE EN LA COMUNIDAD	43	RPD/5	5	4
CABELLO C.	VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	RPD/7	7	3
CABRERA MALDONADO M.	MENINGITIS BACTERIANA POR <i>STREPTOCOCCO PNEUMONIAE</i> CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
CALVARI M.	ABSCESO DEL PSOAS	196	RPD/9	9	4
CALVARI M.	CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC	199	RPD/8	8	4
CALVARI M.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
CALVARI M.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
CALVARI M.	HIV CONGÉNITO: ANÁLISIS DE UN CASO	191	RPD/3	3	3
CALVARI M.	HIV: PRESENTACION ATÍPICA EN PACIENTE PEDIATRICO	181	RPD/2	2	4
CALVARI M.	LEISHMANIASIS: UNA ENFERMEDAD QUE SE EXTIENDE	194	RPD/8	8	4
CALVARI M.	PRESENTACIÓN DE UN CASO: "BACTERIEMIA POR <i>MICROBACTERIUM MARITYPICUM</i> EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO"	178	RPD/1	1	3
CALVARI M.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO - A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
CAMAÑO G.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> . SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
CAMIANSQUI M.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
CAMIANSQUI M.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR <i>ASPERGILLUS TERREUS</i>	80	RPD/1	1	3
CANCELLARA A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
CANCELLARA A.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
CANCELLARA A.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR <i>ASPERGILLUS TERREUS</i>	80	RPD/1	1	3
CANE A.	DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	26	RPD/4	4	3
CANÉ A.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.	5	RPD/1	1	3
CANNISTRACI GIOLITO R.	MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFIO PARA LA SALUD PÚBLICA	104	RPD/6	6	3
CANSELLARA A.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
CANTARUTTI D.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
CANTARUTTI D.	LACTANCIA MATERNA Y HIV: ¿POR QUE NOS OLVIDAMOS DESPUES DE NACER?	79	RPD/3	3	4
CAÑIZAL A.	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO EN LOS NIÑOS CON EXPOSICIÓN PERINATAL AL VIH	204	RPD/3	3	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
CAÑIZAL A.	TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS	205	RPD/3	3	3
CAP N.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
CAPORALETTI V.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
CAPORALETTI V.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA.	11	RPD/6	6	4
CARBONARO M.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
CARCIENTE J.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
CARCURO S.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
CARDETTI M.	ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA	118	RPD/7	7	3
CARIDE J.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
CARLOS D.	NEUROCYSTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
CARMEN N.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
CARRILLO V.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
CARUSO L.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
CARUSO M.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
CASANUEVA E.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
CASANUEVA E.	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO	53	RPD/8	8	3
CASANUEVA E.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
CASANUEVA E.	DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	26	RPD/4	4	3
CASANUEVA E.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO	5	RPD/1	1	3
CASANUEVA E.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
CASANUEVA E.	VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA	55	PO/Champaquí		4
CASTELLANO V.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
CASTELLANO V.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.	30	PO/Lugones A		3
CASTELLANO V.	SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACION DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	48	RPD/7	7	3
CASTILLO D.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
CASTRO G.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
CASTRUCCI A.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
CATTAINO A.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
CECCON A.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
CESOLARI J.	COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)	179	RPD/9	9	3
CHAVEZ M.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
CHEANG Y.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO	5	RPD/1	1	3
CHECCACCI E.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERÍODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
CHIARELLI G.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO	81	RPD/6	6	4
CHIARELLI G.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
CHIOSSONE A.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
CHIOSSONE A.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
CHIOSSONE A.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4
CHIRINO P.	EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA – ARGENTINA	148	RPD/9	9	4
CIRAVEGNA S.	COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN?	182	RPD/3	3	4
CITATE G.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
CIUFFO S.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO – A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
COCIGIO R.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
COHEN L.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
COLANTONIO L.	DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES: EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS	103	PO/Lugones B		4
COLOMBARA M.	EVALUACIÓN DE UN MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITIS BACTERIANA	136	RPD/6	6	4
COLOMBARA M.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
COLOMBARA M.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
CONTRERAS FUNES V.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
CONZI M.	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO	53	RPD/8	8	3
CONZI M.	VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA	55	PO/Champaquí		4
CORALLO T.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO	81	RPD/6	6	4
CORALLO T.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
CORALLO T.	SEPTICEMIA POR <i>CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM</i> . A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
CORAZZA R.	HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA	6	RPD/2	2	3
CORAZZA R.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL	7	RPD/3	3	3
CORIA L.	ASOCIACIÓN ENTRE EL RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y SEVERIDAD DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	62	PO/Lugones B		3
CORIA L.	COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN?	182	RPD/3	3	4
CORREDERA M.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A <i>BARTONELLA HENSELAE</i>	10	RPD/5	5	3
CORREDERA M.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA	11	RPD/6	6	4
CORTES P.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
CORTEZ M.	ABSCESOS MULTIPLES COMO FORMA DE PRESENTACION DE TUBERCULOSIS	25	RPD/4	4	4
CRHISTIAN L.	<i>RAHNELLA AQUATILIS</i> : BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
CROTTI S.	MENINGITIS POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)	92	RPD/5	5	4
CUDOLÁ A.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
CUEVAS N.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A <i>BARTONELLA HENSELAE</i>	10	RPD/5	5	3
CUEVAS N.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA	11	RPD/6	6	4
<b>D</b>					
D'ANGELO G.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
D'AMORE V.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
D'JORGE P.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR <i>MYCOBACTERIUM BOVIS</i> EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.	37	RPD/4	4	4
LORENZ R.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR <i>MYCOBACTERIUM BOVIS</i> EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.	37	RPD/4	4	4
DALAMON R.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
DALAMON R.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
DASTUGUE M.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
DASTUGUE M.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
DE BARRIO A.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
DE CARLI D.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
DE CARLI D.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
DE CARLI M.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
DE CARLI M.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
DE CRISTOFANO A.	BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	167	RPD/9	9	3
DE CRISTOFANO A.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.	202	PO/Lugones A		4
DE CRISTOFANO A.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	171	PO/Champaquí		4
DE CRISTOFANO A.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
DE CRISTOFANO A.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	172	PO/Lugones A		4
DE CRISTOFANO A.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
DE LORENZI M.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
DE LORENZI M.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
DE MENA A.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
DE TORO V.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE β-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
DEL CAMPO L.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
DEL NEGRO V.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
DEL NEGRO V.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER	156	RPD/1	1	3
DEL RINCON J.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
DEL RINCÓN J.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
DELISA I.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
DELLA LATTA M.	INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.	162	RPD/9	9	4
DELLA LATTA M.	MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS	160	RPD/8	8	4
DETKE C.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
DI COSTE S.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
DI VINCENZO F.	ERITROPOYESIS DÉRMICA, SIGNO PRECOZ DE INFECCIÓN CONGÉNITA	143	RPD/2	2	4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
DI VINCENZO F.	SCORE DE TAL Y MORBILIDAD ASOCIADA A BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL	140	RPD/2	2	3
DIAZ ARGUELLO C.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
DIAZ ARGUELLO C.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
DIAZ B.	MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFIO PARA LA SALUD PÚBLICA	104	RPD/6	6	3
DIAZ OLIVA J.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
DÍAZ R.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
DIEZ S.	EVALUACIÓN DE UN MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITIS BACTERIANA	136	RPD/6	6	4
DIEZ S.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
DINATALE M.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
DISTEFANO N.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
DISTEFANO N.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
DOLABJIAN M.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
DONATELLI S.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
DONATELLI S.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA.	11	RPD/6	6	4
DONDOGLIO P.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
DONDOGLIO P.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
DOVIS N.	A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULLOSA	14	RPD/4	4	3
DOVIS N.	NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEDADES REGIONALES.	13	RPD/4	4	3
DRUETTA G.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.	37	RPD/4	4	4
DUCI N.	HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS	147	RPD/4	4	4
DURO E.	SIFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON, MALVINAS ARGENTINAS	83	RPD/8	8	3

**E**

ECHAVE C.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
ECHAVE C.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
ECHEGOYEN M.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
ECHEGOYEN M.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
ELLIS A.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS $\beta$ HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	42	RPD/5	5	3
ELLIS A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
ELLIS A.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.	28	RPD/9	9	3
ENCABO C.	ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA	118	RPD/7	7	3
ENFEDAQUE C.	INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.	162	RPD/9	9	4
ENRIQUE O.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
ENSINCK G.	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS	97	RPD/8	8	4
ENSINCK G.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
ENSINCK G.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
ENSINCK G.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
ENSINCK G.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO	87	PO/Lugones B		4
ERNST A.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
ERNST A.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO	87	PO/Lugones B		4
ESPOSTO S.	REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?	123	RPD/6	6	3
ESTRAVIZ M.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS	49	PO/Lugones B		4
ETULAIN P.	SINDROME NEFROTICO SECUNDARIO A SIFILIS CONGENITA	69	RPD/8	8	3
EULIARTE C.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO	81	RPD/6	6	4
EULIARTE C.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
EULIARTE C.	SEPTICEMIA POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
EYMANN A.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
EZCURRA G.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
EZCURRA G.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
EZCURRA G.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE	37	RPD/4	4	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
<b>F</b>					
FABBRO L.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
FAIN L.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
FALASCHI A.	DECLINACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN NIÑOS INTERNADOS, LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN CAPRINA-BOVINA EN MENDOZA	153	RPD/1	1	4
FALASCHI A.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
FALASCHI A.	HIDATIDOSIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS	147	RPD/4	4	4
FALASCHI A.	PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVO	151	RPD/9	9	4
FALCO M.	ERITROPOYESIS DÉRMICA, SIGNO PRECOZ DE INFECCIÓN CONGÉNITA	143	RPD/2	2	4
FALCO M.	SCORE DE TAL Y MORBILIDAD ASOCIADA A BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	140	RPD/2	2	3
FALKE G.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
FARABOLLINI S.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
FARAGO C.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.	202	PO/Lugones A		4
FARAGO C.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	171	PO/Champaquí		4
FARAGO C.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	172	PO/Lugones A		4
FARAGÓ M.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
FARAGÓ M.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
FASSA R.	MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCO PNEUMONIAE CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
FEDULLO A.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
FEDULLO A.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
FEDULLO A.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEoartritis DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
FEDULLO A.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
FEDULLO A.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
FERNANDEZ C.	MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFIO PARA LA SALUD PÚBLICA	104	RPD/6	6	3
FERNANDEZ G.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
FERNANDEZ LAUSI A.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA	154	RPD/1	1	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
FERNÁNDEZ M.	AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	63	PO/Lugones B		3
FERNÁNDEZ M.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
FERNANDEZ N.	COMPLICACIÓN BILOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
FERNANDEZ N.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
FERNANDEZ P.	MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO	187	RPD/3	3	4
FERNÁNDEZ P.	SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS	113	RPD/8	8	3
FERNANDEZ P.	SINDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS	188	RPD/8	8	3
FERNANDEZ R.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
FERNANDEZ V.	OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA-INFECION CONNATAL	41	RPD/5	5	4
FERNIE M.	SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS	113	RPD/8	8	3
FERRARIO C.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCHÉ EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
FERRARIO C.	VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	RPD/7	7	3
FERRARIS J.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
FERRARIS V.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
FERREIRA V.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENLÓGICA.	51	RPD/5	5	3
FERREIRA V.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
FERRERO J.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
FERRERO J.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA.	11	RPD/6	6	4
FERREYRA M.	MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO	187	RPD/3	3	4
FERREYRA M.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO	137	RPD/5	5	3
FERREYRA M.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO	137	RPD/5	5	3
FERREYRA M.	PANDIASFITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	127	RPD/6	6	3
FERREYRA M.	PANDIASFITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	127	RPD/6	6	3
FERREYRA M.	PANDIASFITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
FERREYRA M.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
FERREYRA M.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
FERREYRA S.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
FERRUCCI G.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENLÓGICA	51	RPD/5	5	3
FERRUCCI G.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
FERRUCCI G.	SIFILIS CONGENITA	102	RPD/8	8	3
FESSIA C.	LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. CELULITIS ORBITARIA EN PACIENTE CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO	19	RPD/4	4	3
FIORUCCI M.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
FIRPO V.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
FIRPO V.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
FISSORE J.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
FLEITAS H.	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. EVALUACIÓN DE SU INCIDENCIA EN NIÑOS EN NUESTRO HOSPITAL	45	RPD/4	4	3
FLYNN L.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
FOLGAR M.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS β HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO	42	RPD/5	5	3
FOLGAR M.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.	28	RPD/9	9	3
FORCHINO M.	LACTANCIA MATERNA Y HIV: ¿POR QUE NOS OLVIDAMOS DESPUES DE NACER?	79	RPD/3	3	4
FOSSATI S.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
FOSSATI S.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS	49	PO/Lugones B		4
FRANCHI A.	HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA	6	RPD/2	2	3
FRANCHI A.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL	7	RPD/3	3	3
FROLA M.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
FUENTE M.	MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFIO PARA LA SALUD PÚBLICA	104	RPD/6	6	3
<b>G</b>					
GAETO N.	NEUROCYSTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
GAIANO A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
GAITA L.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA	206	RPD/7	7	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
GAIVIRONSKY R.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
GAIVIRONSKY R.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
GAIVIRONSKY R.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
GAIVIRONSKY R.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
GAJO GANE A.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA	206	RPD/7	7	4
GAJO GANE A.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
Gajo Gane A.2	ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE:	169	RPD/8	8	4
GALEANO F.	MENINGITIS POR STAPHILOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)	92	RPD/5	5	4
GALIÑANES S.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
GALIÑANES S.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
GALLEGO S.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
GALLO J.	COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)	179	RPD/9	9	3
GAMBA N.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
GAMBAUDO M.	HIV: PRESENTACION ATIPICA EN PACIENTE PEDIATRICO	181	RPD/2	2	4
GAMBAUDO M.	PRESENTACIÓN DE UN CASO: "BACTERIEMIA POR MICROBACTERIUM MARITYPICUM EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO"	178	RPD/1	1	3
GARAT C.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
GARAT C.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
GARCÍA BOURNISSEN F.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
GARCÍA BOURNISSEN F.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACION CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
GARCÍA BOURNISSEN F.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	29	RPD/4	4	4
GARCÍA ESCUDE N.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
GARCIA L.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
GARCIA L.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA	11	RPD/6	6	4
GARCIA L.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
GARCÍA M.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO	108	RPD/2	2	3
GARCIA R.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
GARNERO A.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
GARNERO A.	PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA.	70	RPD/2	2	3
GARNERO A.	TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	78	RPD/1	1	3
GARNERO A.	VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA	112	PO/Lugones A		3
GASQUE M.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
GASTAL M.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
GENCHI A.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
GENTILE A.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
GENTILE A.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL	207	PO/Champaquí		3
GENTILE A.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013.	52	PO/Champaquí		3
GENTILE A.	ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIपाल EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO.	209	RPD/7	7	4
GENTILE A.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012	208	RPD/7	7	4
GENTILE A.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
GENTILE A.	INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.	162	RPD/9	9	4
GENTILE A.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA	30	PO/Lugones A		3
GENTILE A.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
GENTILE A.	SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	48	RPD/7	7	3
GENTILE Á.	VIGILANCIA DE COQUELUCE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
GENTILE F.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
GENTILE L.	ROL DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN LAS NEUMONIAS	210	RPD/6	6	4
GIANI R.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
GIGLIO N.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
GIGLIO N.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013.	52	PO/Champaquí		3
GIGLIO N.	SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	48	RPD/7	7	3
GILARDI M.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE β-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
GILLIGAN T.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
GIMENEZ S.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
GIMENEZ V.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO	108	RPD/2	2	3
GIORDANO P.	TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH	177	RPD/3	3	3
GIULIANI P.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
GIURFO R.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
GIUSIANO G.	AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	63	PO/Lugones B		3
GIUSIANO G.	PARACOCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO	67	RPD/9	9	3
GLATSTEIN E.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
GLATSTEIN E.	PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA.	70	RPD/2	2	3
GLATSTEIN E.	TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	78	RPD/1	1	3
GLATSTEIN E.	VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLOGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA	112	PO/Lugones A		3
GODOY H.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLICACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
GOLDBERG S.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
GOMEZ A.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
GOMEZ P.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
GOMEZ P.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL Y CANCER	156	RPD/1	1	3
GOMILA A.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
GOMILA A.	PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA	70	RPD/2	2	3
GOMILA A.	TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	78	RPD/1	1	3
GOMILA A.	VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLOGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA	112	PO/Lugones A		3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
GONZALEZ A.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
GONZALEZ G.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
GONZALEZ K.	SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA	18	RPD/8	8	3
GONZALEZ M.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
GONZÁLEZ M.	PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: DETECCIÓN DE CEPAS VACUNALES, ANTIBIOTIPOS Y SEROTIPOS	86	PO/Lugones B		4
GONZALEZ N.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
GONZÁLEZ N.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
GONZALEZ P.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
GONZALEZ R.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
GORDO S.	CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC	199	RPD/8	8	4
GOROSITO M.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
GOROSITO M.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
GOROSITO M.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
GRECCO N.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
GREGORIO G.	ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO	93	RPD/1	1	4
GREGORIO G.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
GREGORIO G.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA	154	RPD/1	1	4
GREGORIO G.	TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH	177	RPD/3	3	3
GRICHENE J.	COMPROMISO HEPÁTICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
GROBAPORTO M.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013	52	PO/Champaquí		3
GROBAPORTO M.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012	208	RPD/7	7	4
GROBAPORTO M.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
GROSMAN A.	DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES: EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS	103	PO/Lugones B		4
GRUPO DE TRABAJO E.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.	150	PO/Champaquí		3
GRUPO DE TRABAJO M.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
GUALINI M.	MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
<b>H</b>					
HERNANDEZ C.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
HERNANDEZ G.	MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS	160	RPD/8	8	4
HERNÁNDEZ M.	ASOCIACIÓN ENTRE EL RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y SEVERIDAD DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCIETAL	62	PO/Lugones B		3
HERNANDEZ M.	EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN ASOCIADO A DISFUNCIÓN HEPÁTICA POR PARVOVIRUS B19	107	RPD/6	6	3
HERNANDEZ S.	ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO	93	RPD/1	1	4
HERNANDEZ S.	ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO.	209	RPD/7	7	4
HERNANDEZ S.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRÍA	154	RPD/1	1	4
HERNANDEZ S.	TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH	177	RPD/3	3	3
HERNANZ P.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.	137	RPD/5	5	3
HERRERA S.	BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	167	RPD/9	9	3
HIDALGO N.	COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN?	182	RPD/3	3	4
HIGA V.	MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO	187	RPD/3	3	4
HIGA V.	SÍFILIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO	192	RPD/2	2	4
HIGA V.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
HIGA V.	SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS	188	RPD/8	8	3
HIGA V.	TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL-CORDOBA	190	RPD/3	3	3
HIGA V.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
HIGHTON E.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
HIRAMATSU E.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
HIRSCH R.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
HIRSCH R.	SÍNDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
HUERTA M.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
HUERTA V.	ETIOLOGÍA DE LA DIARREA BACTERIANA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	158	PO/Lugones A		4
HURTADO C.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3
HURTADO C.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3
<b>I</b>					
IGLESIAS A.	FIEBRE TIFOIDEA EN PEDIATRÍA	99	RPD/1	1	4
ILARI S.	BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	167	RPD/9	9	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
INDA L.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
INFANTE I.	A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULLOSA	14	RPD/4	4	3
INFANTE I.	NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEDADES REGIONALES.	13	RPD/4	4	3
IOLSTER T.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
IRUSTA I.	EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA – ARGENTIN	148	RPD/9	9	4
ISASMENDI A.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
ISRAILEVICH G.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE	37	RPD/4	4	4
ITURRIA P.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4

**J**

JAUREGUIZAR M.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
JUAREZ M.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013.	52	PO/Champaquí		3
JUAREZ M.	ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRI PAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO.	209	RPD/7	7	4
JUAREZ M.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.	208	RPD/7	7	4
JUAREZ M.	INFECCIÓN CANDIDIÁSICA INVASIVA EN UCIN, 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN.	162	RPD/9	9	4
JUÁREZ M.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA	30	PO/Lugones A		3
JUAREZ M.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3

**K**

KADEMIAN S.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
KARAKACHOFF M.	EVALUACIÓN DE UN MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITIS BACTERIANA	136	RPD/6	6	4
KARAKACHOFF M.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
KARAKACHOFF M.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
KELLER R.	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO	53	RPD/8	8	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
KELLER R.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
KELLER R.	VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA	55	PO/Champaquí		4
KONDRATIUK Y.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE $\beta$ -LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
KUSMINSKY G.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
KUSZNIERZ G.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
<b>L</b>					
LACERNA R.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
LAFFONT C.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
LAMBERTI D.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO.	81	RPD/6	6	4
LAMBERTI D.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
LAMBERTI D.	SEPTICEMIA POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
LAMY P.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
LAMY P.	SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	48	RPD/7	7	3
LANDA E.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
LANDA M.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
LANDA P.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE $\beta$ -LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
LANGARD M.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
LARINI S.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
LASPIUR M.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
LASPIUR M.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
LASTRA L.	COQUELUCHE Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN?	182	RPD/3	3	4
LAVITOLA M.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE $\beta$ -LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
LAZARTE G.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
LEDESMA PATIÑO O.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
LEIVA C.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
LEJONA S.	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS	97	RPD/8	8	4
LIBRICI E.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
LICHA M.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
LIEBER G.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
LIENAU M.	DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	26	RPD/4	4	3
LITTERIO M.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
LLANO L.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
LLANO L.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
LOGUZZO O.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
LOLA V.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
LÓPEZ GARCÉS J.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
LOPEZ L.	SÍFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON, MALVINAS ARGENTINAS	83	RPD/8	8	3
LOPEZ M.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
LOPEZ M.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.	37	RPD/4	4	4
LOPEZ PAPUCCI P.	PANDIASFITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.	127	RPD/6	6	3
LÓPEZ PAPUCCI P.	PANDIASFITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
LÓPEZ PAPUCCI S.	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS	97	RPD/8	8	4
LOPEZ PAPUCCI S.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
LOPEZ PAPUCCI S.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
LOPEZ PAPUCCI S.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO	87	PO/Lugones B		4
LÓPEZ PAPUCCI S.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
LOPEZ YUNES M.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES	202	PO/Lugones A		4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
LÓPEZ YUNES M.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	171	PO/Champaquí		4
LÓPEZ YUNES M.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
LÓPEZ YUNES M.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	172	PO/Lugones A		4
LÓPEZ YUNES M.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
LOTO Y.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
LOYOLA S.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
LOYOLA S.	TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL-CORDOBA	190	RPD/3	3	3
LUCIANI M.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS β HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	42	RPD/5	5	3
LUCION M.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013	52	PO/Champaquí		3
LUCION M.	ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRI PAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO	209	RPD/7	7	4
LUCION M.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.	208	RPD/7	7	4
LUCION M.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.	30	PO/Lugones A		3
LUCIÓN M.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	150	PO/Champaquí		3
LUCION M.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
LUEDICKE N.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4

**M**

MACCHI V.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
MACHAIN M.	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. EVALUACIÓN DE SU INCIDENCIA EN NIÑOS EN NUESTRO HOSPITAL.	45	RPD/4	4	3
MALIANI M.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA*	85	PO/Champaquí		4
MALLA I.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.	5	RPD/1	1	3
MANOLELLES G.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
MANSILLA GUEVARA M.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
MARCHESI A.	ABSCESO DEL PSOAS	196	RPD/9	9	4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
MARCO DEL PONT J.	BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	167	RPD/9	9	3
MARCO DEL PONT J.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES	202	PO/Lugones A		4
MARCO DEL PONT J.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	171	PO/Champaquí		4
MARCO DEL PONT J.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
MARCO DEL PONT J.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	172	PO/Lugones A		4
MARCO DEL PONT J.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
MARCO DEL PONT M.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO	5	RPD/1	1	3
MARENGO A.	SINDROME NEFROTICO SECUNDARIO A SIFILIS CONGENITA	69	RPD/8	8	3
MARIA SILVIA M.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
MARÍN Á.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
MARQUES M.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
MARTIN M.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
MARTIN M.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
MARTIN M.	TV DE VIH EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS	205	RPD/3	3	3
MARTINETTO V.	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, MENINGITIS Y NEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. SINDROME DE AUSTRIAN	133	RPD/1	1	4
MARTINEZ L.	EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA – ARGENTIN	148	RPD/9	9	4
MARTINEZ Z.	MENINGITIS Y SEPSIS PRECOZ NEONATAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO	187	RPD/3	3	4
MARTINEZ Z.	SÍFILIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO	192	RPD/2	2	4
MARTINEZ Z.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
MARTINEZ Z.	SINDROME FEBRIL SIN FOCO APARENTE EN NEONATOS	188	RPD/8	8	3
MARTINEZ Z.	TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL-CORDOBA	190	RPD/3	3	3
MARTINEZ Z.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
MARZANA M.	SIFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON, MALVINAS ARGENTINAS	83	RPD/8	8	3
MARZETTI F.	SEPSIS CON MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B. REPORTE DE UN CASO	88	RPD/9	9	4
MARZETTI S.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
MARZETTI S.	SEPSIS CON MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B. REPORTE DE UN CASO.	88	RPD/9	9	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
MASCI G.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
MASSONE V.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
MAURIZIO M.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
MAURIZIO M.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
MAURIZIO M.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
MAURIZIO M.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
MAURIZIO M.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
MAYO R.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
MAYORAL C.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
MAZZOLA A.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
MEDINA PINTOS S.	ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE:	169	RPD/8	8	4
MEIER BUCCI G.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
MEIER BUCCI G.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
MELONARI P.	COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA	166	PO/Lugones B		3
MELONARI P.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
MELONARI P.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
MELONARI P.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
MELVIN M.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
MELVIN M.	ESTUDIO DE BROTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE ROSARIO (DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR)	130	PO/Lugones A		3
MELVIN M.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
MELZI S.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
MENA G.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA.	51	RPD/5	5	3
MENDEZ G.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA"	85	PO/Champaquí		4
MENDEZ J.	MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS	160	RPD/8	8	4
MERCADO M.	COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VRS EN NEONATOS MM ROSARIO (2010-2013)	179	RPD/9	9	3
MEROI N.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
MEROI N.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4
MICHALSKI J.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA.	51	RPD/5	5	3
MIGUEZ N.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4
MINGUEZ Á.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
MINGUEZ Á.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
MINGUEZ Á.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
MINGUEZ Á.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
MINGUEZ A.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
MIÑO L.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCE EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
MIÑO L.	VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	RPD/7	7	3
MIRANDA M.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
MIRRA D.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
MIRRA D.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
MIRRA D.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
MISTCHENKO A.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLOGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.	30	PO/Lugones A		3
MISTCHENKO A.	VIGILANCIA DE COQUELUCE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
MOBELLÁN W.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
MOLETENI G.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARICLIASIS	109	RPD/18	9	5
MOLINA F.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
MOLINA F.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.	150	PO/Champaquí		3
MOLINA M.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
MOLINA V.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
MÓNACO A.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
MÓNACO A.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
MÓNACO A.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
MÓNACO M.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
MONLA C.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
MONTIEL C.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
MONTIEL C.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA.	11	RPD/6	6	4
MONTOTO L.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCH EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
MONTOTO M.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
MONTOTO M.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
MONZON N.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
MORALES J.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO	108	RPD/2	2	3
MORAN L.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
MORELL D.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
MORENO G.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEoarTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
MORENO M.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
MORINIGO S.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
MORINIGO S.	ESTUDIO SOBRE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD, EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AVELINO CASTELÁN" RESISTENCIA- CHACO.	81	RPD/6	6	4
MORÍNIGO S.	HOSPITALIZACIONES POR VARICELA	84	RPD/7	7	4
MORINIGO S.	SEPTICEMIA POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
MORONI S.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
MORONI S.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
MORONI S.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	29	RPD/4	4	4
MOSCATELI G.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
MOSCATELLI G.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
MOSCATELLI G.	PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETECCIÓN DE T. CRUZI: VALIDACIÓN CLÍNICA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS PEDIATRICA	60	RPD/4	4	4
MOSCATELLI G.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	29	RPD/4	4	4
MOSTEIRIN J.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
MOYA A.	ENFERMEDAD INFLUENZA EN PEDIATRÍA: EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO.	209	RPD/7	7	4
MOYA E.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
MOYA N.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
MOYA N.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
MOYA N.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEOARTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
MOYA N.	RAHNELLA AQUATILIS: BACTERIEMIA EN UN LACTANTE	185	RPD/2	2	4
MOYA N.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
MOYA N.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
MUDRIK G.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA"	85	PO/Champaquí		4
MUÑOZ E.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3
MUÑOZ E.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3
MUÑOZ M.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDADA COMPLCACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
MUÑOZ P.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
MURÚA N.	ASOCIACIÓN ENTRE EL RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y SEVERIDAD DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	62	PO/Lugones B		3
MUSANTE G.	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO	53	RPD/8	8	3
MUSANTE G.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
MUSANTE G.	VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA	55	PO/Champaquí		4
MUZIO F.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
MUZIO M.	¿LA CLÍNICA ES SIEMPRE SOBERANA? ABSCESO RETROFARÍNGEO CON DISOCIACIÓN CLÍNICO-IMAGENLÓGICA.	51	RPD/5	5	3
<b>N</b>					
NAVARRO L.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
NAVONE LIER M.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
NAVONE LIER M.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
NAVONE LIER M.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
NAVONE LIER M.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
NEGRUSSI V.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3
NEGRUSSI V.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3
NOCERA R.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
NOLTE M.	CASO CLÍNICO: NEURITIS ÓPTICA (NO) Y ASOCIACIÓN TEMPORAL CON VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)	46	RPD/7	7	3
NOLTE M.	SITUACIÓN BASAL DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	48	RPD/7	7	3
NOLTE N.	ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA	118	RPD/7	7	3
NOVAU A.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
NUGNES C.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
NUÑEZ CAMELINO M.1	ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE:	169	RPD/8	8	4
<b>O</b>					
OLGUÍN M.	COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA	166	PO/Lugones B		3
OLGUÍN M.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
OLGUÍN M.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
OLIVA M.	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN UNA NIÑA INMUNOCOMPETENTE.	37	RPD/4	4	4
OLLER A.	ERITROPOYESIS DÉRMICA, SIGNO PRECOZ DE INFECCIÓN CONGÉNITA	143	RPD/2	2	4
OLLER A.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.	137	RPD/5	5	3
OLLER A.	SCORE DE TAL Y MORBILIDAD ASOCIADA A BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	140	RPD/2	2	3
ORDUNA T.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA"	85	PO/Champaquí		4
OROZ V.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
OROZ V.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
ORPIANESI M.	HIV: PRESENTACION ATIPICA EN PACIENTE PEDIATRICO	181	RPD/2	2	4
ORPIANESI M.	PRESENTACIÓN DE UN CASO: "BACTERIEMIA POR MICROBACTERIUM MARITYPICUM EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO"	178	RPD/1	1	3
ORTEGA L.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
ORTELLAO L.	A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULLOSA	14	RPD/4	4	3
ORTELLAO L.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
ORTELLAO L.	ENTEROCOCCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
ORTELLAO L.	LACTANCIA MATERNA Y HIV: ¿POR QUE NOS OLVIDAMOS DESPUES DE NACER?	79	RPD/3	3	4
ORTELLAO L.	NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEDADES REGIONALES.	13	RPD/4	4	3

**P**

PACE A.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
PADILLA D.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS $\beta$ HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	42	RPD/5	5	3
PADILLA G.	HIV: PRESENTACIÓN ATIPICA EN PACIENTE PEDIATRICO	181	RPD/2	2	4
PADILLA G.	PRESENTACIÓN DE UN CASO: "BACTERIEMIA POR MICROBACTERIUM MARITYPICUM EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO"	178	RPD/1	1	3
PAINCEIRA D.	MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS	160	RPD/8	8	4
PÁLIZAS M.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
PALMA M.	ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO	93	RPD/1	1	4
PALMA M.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA	154	RPD/1	1	4
PALMA M.	TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH	177	RPD/3	3	3
PANIS K.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
PANIS K.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
PAPALEO N.	SEPSIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS	113	RPD/8	8	3
PARDES N.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.	137	RPD/5	5	3
PARENZA P.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
PAROLA J.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
PASTARO D.	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS	97	RPD/8	8	4
PAVIOLO M.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
PEÑARANDA Y.	UNA EXTRAÑA Y OLVIDAD COMPLCACION DE UNA SIMPLE Y VIGENTE ENFERMEDAD: TUMOR HINCHADO DE POTT	24	RPD/5	5	3
PERALTA C.	EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN ASOCIADO A DISFUNCIÓN HEPÁTICA POR PARVOVIRUS B19	107	RPD/6	6	3
PEREDA R.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
PEREDA R.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
PEREYRA N.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
PEREZ E.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
PEREZ	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN				
HERNANDEZ E.	INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
PEREZ M.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS				



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
	DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
PEREZ MARC G.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
PEREZ MARC G.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
PEREZ MARC G.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
PEREZ MARC G.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
PÉREZ. VARGAS J.	CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 A SEPTIEMBRE DEL 2013	66	RPD/5	5	4
PEUCHOT A.	HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA	6	RPD/2	2	3
PEUCHOT A.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL	7	RPD/3	3	3
PEUCHOT J.	HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES EN VARICELA	6	RPD/2	2	3
PEUCHOT J.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE HIV EN EMBARAZO Y TRANSMISIÓN VERTICAL	7	RPD/3	3	3
PIERINI J.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
PIERINI J.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
PIGOZZI F.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
PIGOZZI F.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
PINHEIRO J.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
PINOTTI M.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
PINOTTI M.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
POET M.	FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA: DESCRIPCIÓN DE CASOS	97	RPD/8	8	4
POGGI A.	SEPSIS CON MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B- REPORTE DE UN CASO -	88	RPD/9	9	4
POLIZZI J.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE β-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
PONESSA A.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO – A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
PONSIGLIONE A.	NEUMONÍA Y SÍNDROME NEFRÍTICO POR NEUMOCOCO	212	RPD/6	6	4
POPOV O.	TROMBOCITOPENIA SINTOMÁTICA EN UN PACIENTE VIH. REPORTE DE CASO	195	RPD/3	3	4
PORPORATO M.	INFECCIÓN URINARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE β-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO DE LA COMUNIDAD	175	RPD/5	5	3
PRIORE G.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA	154	RPD/1	1	4
PROPATO E.	SIFILIS CONGENITA EN LA MATERNIDAD MARIA EVA DUARTE DE PERON, MALVINAS ARGENTINAS	83	RPD/8	8	3
PRUYAS C.	PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO	67	RPD/9	9	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
<b>Q</b>					
QUIROLO M.	OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA-INFECCION CONNATAL	41	RPD/5	5	4
QUIROS R.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
<b>R</b>					
RAGGIO S.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
RAMIA					
DAMARIO M.	FASCIOSIS HUMANA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.	132	RPD/6	6	3
RAMOS MEJIA L.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
RAVERA L.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.	137	RPD/5	5	3
RAZZETTI M.	INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES	89	RPD/9	9	4
REGUEIRA M.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V). INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
REGUEIRA M.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS.	49	PO/Lugones B		4
REINES V.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
REYES P.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE <DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
RIAL M.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCH EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
RIBEIRO I.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
RICART M.	A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BULOSA	14	RPD/4	4	3
RICART M.	LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. CELULITIS ORBITARIA EN PACIENTE CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO.	19	RPD/4	4	3
RICART M.	NUEVOS FESTEJOS, VIEJAS ENFERMEADES REGIONALES.	13	RPD/4	4	3
RICHARD L.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
ROCCA					
RIVAROLA M.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
ROCCA					
RIVAROLA M.	DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	26	RPD/4	4	3
RODRIGUEZ A.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
RODRIGUEZ					
ALASSIA P.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
RODRIGUEZ G.	ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, LATEROFARÍNGEO COMPLICADO	54	RPD/5	5	3
RODRIGUEZ L.	ESTRATEGIAS DE CONTROL DE INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS (SAU) DENTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) Y NEONATAL (UCIN)	71	RPD/9	9	3
RODRIGUEZ RODRIGUES A.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
RODRIGUEZ RODRIGUES A.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR <i>EXOPHIALA JEANSELMEI</i>	105	RPD/1	1	3
RODRIGUEZ RODRIGUES A.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
RODRIGUEZ RODRIGUES A.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
RODRIGUEZ SAÁ C.	COMPLICACIONES Y COSTOS POR VARICELA EN NIÑOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ARGENTINA	166	PO/Lugones B		3
RODRIGUEZ T.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
ROJAS F.	AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	63	PO/Lugones B		3
ROJAS MOLINA C.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
ROLDÁN O.	OSTEOMIELITIS DE HÚMERO EN PEDIATRÍA: UN EJERCICIO DIAGNÓSTICO.	137	RPD/5	5	3
ROMANELLO N.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
ROMANIN V.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCICA DE 13 SEROTIPOS (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS A TRAVES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS NEUMONIAS CONSOLIDANTES (NC) Y LA INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS. °ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2013.	52	PO/Champaquí		3
ROMANIN V.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.	208	RPD/7	7	4
ROMANIN V.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.	30	PO/Lugones A		3
ROMANIN V.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (2004-2013)	39	PO/Lugones A		3
ROMANO M.	SÍFILIS CONGENITA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA	18	RPD/8	8	3
ROMERO A.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
ROPERTO M.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
ROSAENZ A.	"DECLINACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN NIÑOS INTERNADOS, LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN CAPRINA-BOVINA EN MENDOZA".	153	RPD/1	1	4
ROSAENZ L.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
ROSAENZ L.	PREVALENCIA DE PORTACIÓN DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVO	151	RPD/9	9	4
ROSSI N.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
ROTOLO M.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A				

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
	BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
ROTOLO M.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y P ARTES BLANDAS EN PEDIATRIA.	11	RPD/6	6	4
ROVIRA J.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
ROVIRA J.	SEPSIS CON MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B- REPORTE DE UN CASO -	88	RPD/9	9	4
RUBINSTEIN E.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
RUBINSTEIN E.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
RUBINSTEIN E.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
RUDI J.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
RUIZ BLASCO M.	FASCIOSIS HUMANA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.	132	RPD/6	6	3
RUIZ DEL VALLE L.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
RUIZ I.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO – A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
RUIZ J.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
RUSS C.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
RÜTTIMANN R.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
RUVINSKY R.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
RUVINSKY S.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA"	85	PO/Champaquí		4
RUVINSKY S.	PERITONITIS SECUNDARIA DE ORIGEN APENDICULAR EN NIÑOS PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS	121	PO/Lugones B		4
RUVINSKY S.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3

### S

SABUGAL E.	REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?	123	RPD/6	6	3
SAIDMAN G.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
SAIDMAN G.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
SAIDMAN G.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
SAIDMAN G.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
SALAS LOPEZ E.	ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO	93	RPD/1	1	4
SALDAÑA L.	LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. CELULITIS ORBITARIA EN PACIENTE CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO.	19	RPD/4	4	3
SALOMÓN A.	COQUELUCHE: CLÍNICA Y LABORATORIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y GRAVEDAD	159	PO/Lugones B		3
SALOMON D.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA"	85	PO/Champaquí		4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
SALVO G.	MALARIA EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA, REPORTE DE CASOS	160	RPD/8	8	4
SAN MIGUEL S.	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CAPACITACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAPS) DE ÁREAS ENDÉMICAS DE ARGENTINA*	85	PO/Champaquí		4
SANCHEZ BOCCO R.	CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC	199	RPD/8	8	4
SANCHEZ M.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
SANTAMARIA P.	DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO DE HIDATIDOSIS PULMONAR	22	RPD/4	4	4
SANTAMARIA P.	SINDROME DRESS INDUCIDO POR FARMACOS ANTI-TUBERCULOSIS	27	RPD/4	4	4
SANTANDER C.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
SANTILLÁN ITURRES A.	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA A TRAVES DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA.	206	RPD/7	7	4
SANTILLÁN ITURRES A.	PRIMER AÑO DE LA INTRODUCCIÓN DE VACUNA PCV13 AL CALENDARIO EN ARGENTINA: VIGILANCIA HOSPITALARIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.	150	PO/Champaquí		3
SANTODOMINGO M.	SINDROME NEFROTICO SECUNDARIO A SIFILIS CONGENITA	69	RPD/8	8	3
SANTORO M.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
SANTORO M.	PIOMIOSITIS COMPLICADA EN PACIENTE ESCOLAR INMUNOCOMPETENTE	145	RPD/6	6	3
SANZ R.5	ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE:	169	RPD/8	8	4
SAPENE C.	CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC	199	RPD/8	8	4
SAPIA E.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
SAPIA E.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
SCAPPINI M.	PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO	67	RPD/9	9	3
SCAPPINI M.4	ENFERMEDAD DE HANSEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTE ADOLESCENTE:	169	RPD/8	8	4
SCHROH A.	ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PREDICTORES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE COMPROMISO CORONARIO	157	PO/Champaquí		4
SCIAMETTA M.	EVENTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN NEONATOS PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGIA AGOSTO 2012 – AGOSTO 2013 CORDOBA – ARGENTINA	148	RPD/9	9	4
SCIARROTA J.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS.	49	PO/Lugones B		4
SCORZATO L.	INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN LA INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS (CABA)	90	RPD/5	5	4
SCORZATO L.	MENINGITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)	92	RPD/5	5	4
SCORZATO L.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
SEGADO A.	NEUMONÍAS PRODUCIDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	87	PO/Lugones B		4



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
SEGUI V.	ESTADO DE SITUACIÓN DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 2 AÑOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA	118	RPD/7	7	3
SELINGER C.	HIDATIDOSIS PULMONAR	20	RPD/4	4	4
SENN N.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
SERVICIO DE A.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
SERVICIO DE I.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	164	RPD/5	5	3
SEVILLA M.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCH EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
SEVILLA M.	VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI): DESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	RPD/7	7	3
SFERCO A.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
SHAIEB A.	REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?	123	RPD/6	6	3
SIABA A.	USO DE LA RAZON ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN (REI) PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) Y NEONATALES (UCINEO)	34	PO/Lugones A		4
SICILIA P.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
SIENKO G.	MENINGITIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, UN DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA	104	RPD/6	6	3
SILVA M.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.	5	RPD/1	1	3
SIOLI N.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA-SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
SMAYEVSKY J.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS $\beta$ HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	42	RPD/5	5	3
SMAYEVSKY J.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.	28	RPD/9	9	3
SOMMA S.	OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA-INFECCION CONNATAL	41	RPD/5	5	4
SORDELLI N.	INFECCIÓN POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS	82	RPD/2	2	3
SOSA C.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
SOSA F.	VARICELA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	56	RPD/2	2	3
SOSA M.	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE CARGA VIRAL COBAS TAQMAN (ROCHE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH-1	44	RPD/3	3	3
SOSA S.	NEUROCISTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
SOTO M.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
SPAGNUOLO F.	ROL DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN LAS NEUMONIAS	210	RPD/6	6	4
SPEDALETTI S.	COMPLICACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR ASCARIDIASIS	109	RPD/9	9	4
SPEDALETTI S.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.	127	RPD/6	6	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
SPEDALETTI S.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
SPEDALETTI S.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
SPITALE N.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
SPITALE N.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
SPITALE N.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
SPITALE N.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
SPITALE N.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
SPOLETTI M.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.	127	RPD/6	6	3
SPOLETTI M.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
SPOLETTI M.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
SQUASSI I.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
SQUASSI I.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
SQUASSI I.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
SQUASSI I.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
STANELONI I.	BROTE DE SAMR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	167	RPD/9	9	3
STEINBACH M.	NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-AC SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR	94	RPD/1	1	4
STRINA P.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
SUAREZ C.	QUISTE HIDATÍDICO RENAL AISLADO – A PROPÓSITO DE UN CASO	203	RPD/3	3	4
SVARTZ A.	DISEÑO DE UNA REGLA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA ENFERMEDAD POR COQUELUCH EN PACIENTES INTERNADOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2012	111	RPD/9	9	3
SZWARC J.	MENINGITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR)	92	RPD/5	5	4

**T**

TAFFI C.	REACCIÓN LEUCEMOIDE, ¿EN QUÉ PENSAR?	123	RPD/6	6	3
TAICZ M.	VARICELA EN CASA GARRAHAN 2008-2013: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	124	RPD/9	9	3
TAIMAN J.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
TAJES R.	PLAQUETOPENIA PERSISTENTE Y SINDROME FEBRIL COMO PRESENTACION DE INFECCION PERINATAL POR HIV.	9	RPD/3	3	3
TAPIA M.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
TAPPONNIER G.	ANEURISMA MICÓTICO POR SAMR-CO	93	RPD/1	1	4
TAPPONNIER G.	INFECCIÓN INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PEDIATRIA	154	RPD/1	1	4
TAPPONNIER G.	TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH	177	RPD/3	3	3

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
TEJEIRO Á.	CONSECUENCIA DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TBC	199	RPD/8	8	4
TEPLITZ E.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
TEPLITZ E.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
TERLUK M.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3
TEVES ECHAZU A.	COMPROMISO HEPATICO POR TOXOCARA CON SOBREENFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENT (SAMR)	15	RPD/4	4	4
TIRAO E.	ESTRATEGIA SANITARIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR	73	RPD/7	7	3
TONETTO I.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
TONETTO I.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
TONETTO I.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
TORREGROSA C.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
TORRES S.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
TREJO C.	"TRICHOSPORUM SPP" PRESENTACIÓN DE UN CASO	117	RPD/1	1	3
TREJO C.	FUNGEMIA ASOCIADA A CATETER POR EXOPHIALA JEANSELMEI	105	RPD/1	1	3
TREJO C.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: ¿PREVENIBLE?	106	RPD/2	2	3
TREJO C.	SINDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO	120	RPD/2	2	3
TURCO M.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.	208	RPD/7	7	4

## U

UBOLDI A.	HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA (ENI) EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE ROSARIO (S. FE) ANTES Y DESPUES DE LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA ANTI-NEUMOCOCCICA 13-VALENTE (VNC-13V).INFORME PRELIMINAR	134	PO/Lugones A		4
UBOLDI A.	IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL DE HEPATITIS A EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	35	PO/Champaquí		3
URANGA M.	CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR (SPP) EN NIÑOS ENTRE 2010-2013	98	RPD/1	1	4
URIASTE V.	PÚRPURA FULMINANTE POR VARICELA: REPORTE DE UN CASO	108	RPD/2	2	3
URMAN E.	DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES: EVALUACIÓN DE COSTO EFFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS	103	PO/Lugones B		4
URMAN G.	DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LACTANTES FEBRILES ENTRE 1 A 3 MESES: EVALUACIÓN DE COSTO EFFECTIVIDAD DE CUATRO ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS	103	PO/Lugones B		4
URQUIZA M.	DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	26	RPD/4	4	3



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
<b>V</b>					
VAINA M.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
VALDEZ M.	IMPLEMENTACION DE UNA RED PEDIÁTRICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS RED PEDCHAGAS	213	RPD/8	8	4
VALDOVINOS					
ZAPUTOVICH B.	PARACOCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO	67	RPD/9	9	3
VALENTE H.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
VALLEJOS S.	ESTRATEGIA SANITARIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR	73	RPD/7	7	3
VALLINI L.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
VANZO C.	EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	76	PO/Champaquí		4
VANZO C.	PANCREATITIS POR VIRUS INFLUENZA H1N1 EN PEDIATRÍA.	70	RPD/2	2	3
VANZO C.	TERAPIA DE BLOQUEO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA	78	RPD/1	1	3
VANZO C.	VIGILANCIA CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS INFLUENZA 2013 EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, CÓRDOBA, ARGENTINA	112	PO/Lugones A		3
VAQUERO L.	¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CHAGAS CONGÉNITO EN EL HIGA SAN ROQUE DE GONNET, LA PLATA?	77	PO/Lugones A		3
VASSIA M.	ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR). ¿UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN? HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5 – SECTOR DE ONCOHEMATOLOGIA- SANTA FE- ARGENTINA HOSPITAL ITURRASPE – SALA 5-SANTA FE- ARGENTINA	17	RPD/1	1	3
VAY C.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SPN) EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y SU CORRELACIÓN CON POBLACIÓN INTERNADA EN HOSPITALES PÚBLICOS.	49	PO/Lugones B		4
VAZQUEZ M.	DESCRIPCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS A 180 DIAS POST-TRASPLANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	58	PO/Lugones B		3
VAZQUEZ M.	EPIDEMIOLOGIA DE LAS MENINGITIS (MN) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. AÑOS 2003-2012.	208	RPD/7	7	4
VEGA					
CABEZAS E.	BROTE EPIDÉMICO DE BRUCELOSIS CAUSADA POR BRUCELA CANIS EN RÍO GRANDE-TIERRA DEL FUEGO-AÑO 2011	59	RPD/4	4	3
VELEZ P.	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN 2 HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA	68	RPD/4	4	3
VELEZ P.	SHOCK MEDULAR POR EMPIEMA RAQUIDEO	65	RPD/5	5	4
VERDAGUER V.	ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMPLICADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	149	RPD/4	4	3
VERDAGUER V.	INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS	80	RPD/1	1	3
VERDIER L.	DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.	202	PO/Lugones A		4
VERDIER L.	INFECCIÓN POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP): EXPERIENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	171	PO/Champaquí		4
VERDIER L.	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES: ENTEROCOCO VANCOMICINO RESISTENTE (VRE), KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	172	PO/Lugones A		4

Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
VERDIER M.	TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE POCAS VECES SOSPECHADA	173	RPD/9	9	4
VERDIER M.	VIGILANCIA DE LA RESPUESTA ANTIGÉNICA A LA VACUNA DE HEPATITIS B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HEMODIÁLISIS (HD)	168	RPD/7	7	3
VERON M.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3
VERON M.	TASA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CESAC N° 8 DEL HOSPITAL PENNA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	21	RPD/7	7	3
VIBERTI M.	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE 174 ADOLESCENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS	38	RPD/9	9	3
VIDAL G.	DETECCIÓN DE RINOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, SANTA FE, ARGENTINA	33	RPD/2	2	3
VIDAL M.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO.	127	RPD/6	6	3
VIDAL M.	PANDIAFISITIS FEMORAL CON PUERTA DE ENTRADA CUTÁNEA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO	135	RPD/3	3	4
VIDAL M.	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NUDOSO	110	RPD/6	6	3
VIDAURRETA S.	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE SUBSP. EQUISIMILIS (STREPTOCOCCUS $\beta$ HEMOLÍTICO GRUPO C) EN UN PACIENTE CON CELULITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	42	RPD/5	5	3
VIDAURRETA S.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.	28	RPD/9	9	3
VEIGAS M.	PATRON CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y VIROLÓGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013 EN ARGENTINA.	30	PO/Lugones A		3
VILLA L.	SÍFILIS Y EMBARAZO: ANÁLISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL	193	RPD/8	8	3
VILLA L.	TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO NEONATAL-CORDOBA	190	RPD/3	3	3
VILLAGRA DE TREJO A.	PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: DETECCIÓN DE CEPAS VACUNALES, ANTIBIOTIPOS Y SEROTIPOS.	86	PO/Lugones B		4
VILLALBA P.	ADENOMEGALIA Y ENCEFALOPATÍA AGUDA SECUNDARIAS A BARTONELLA HENSELAE	10	RPD/5	5	3
VILLALBA P.	AUMENTO DE PREVALENCIA DEL SAMRCO EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA.	11	RPD/6	6	4
VISCONTI L.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
VISCONTI L.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
VISCONTI L.	ESTADO DE VACUNACIÓN Y CONDICIÓN SEROLÓGICA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (CBA), ARGENTINA (ARG). SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO	200	PO/Champaquí		3
VISCONTI L.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
VISCONTI L.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACION COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
VOLOVIK I.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
VOZZA L.	ABSCESOS EPIDURALES MÚLTIPLES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD	197	RPD/6	6	3
VOZZA L.	CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN UN COLEGIO PÚBLICO: NUESTRA EXPERIENCIA	183	RPD/7	7	4
VOZZA L.	ESTADO DE VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DE UN				



Autor	Título	N°	Modalidad/ Ubicación	Monitor	Día
	HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE.	198	PO/Champaquí		3
VOZZA L.	ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS DE ARGENTINA	36	RPD/6	6	4
VOZZA L.	PARALISIS BRAQUIAL ASOCIADA A OSTEoarTRITIS DEL HUMERO POR SERRATIA MARSESCENS EN UN NEONATO	189	RPD/9	9	4
VOZZA L.	SIFILIS CONGÉNITA: ¿HASTA CUÁNDO SERÁ UN PROBLEMA VIGENTE?	201	RPD/7	7	4
VOZZA L.	SIFILIS GESTACIONAL: LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA	186	RPD/7	7	4
VRATNICA C.	AGENTES DE CANDIDEMIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	63	PO/Lugones B		3
VRATNICA C.	PARACOCCIDIOIDOMICOSIS INFANTO JUVENIL EN EL NEA ARGENTINO	67	RPD/9	9	3

**W**

WARREN C.	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN NIÑOS QUE CONCURREN A 6 HOSPITALES DE CABA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	174	RPD/7	7	3
WEISSBROD P.	OTITIS MEDIA AGUDA: INCIDENCIA PRE Y POST INTRODUCCIÓN DE VACUNA ANTINEUMOCOCCICA DE 13 SEROTIPOS	16	RPD/4	4	3

**Z**

ZAKIC A.	NEUROCYSTICERCOSIS EN AREA URBANA: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE	176	RPD/2	2	4
ZALAZAR A.	MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE CON PUERTA DE ENTRADA EN UN PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO	23	RPD/5	5	4
ZALAZAR F.	NEUMONIA NEUMOCOCCICAS: APORTE AL DIAGNOSTICO DESDE LA REACCION EN CADENA DE POLIMERASA	165	RPD/6	6	4
ZAMBRUNO A.	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO Y TRATAMIENTO	53	RPD/8	8	3
ZAMBRUNO A.	VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE PROCALCITONINA Y DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA	55	PO/Champaquí		4
ZANUTIGH J.	A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATITIS POST ESCARLATINA	116	RPD/1	1	4
ZAPICO L.	SEPTICEMIA POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. A PROPÓSITO DE UN CASO	4	RPD/2	2	4
ZEBALLOS V.	ABSCESO RENAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS	125	RPD/3	3	4
ZURDO P.	EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE EN EL PARTIDO DE PILAR, DOS AÑOS DESPUÉS DE LA INTRODUCCION AL CALENDARIO NACIONAL.	207	PO/Champaquí		3

## **SIMPOSIOS SATÉLITE ORGANIZADOS POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

### **DENGUE, UNA AMENAZA EMERGENTE PARA ARGENTINA Y LA REGIÓN**

Jueves 3 de abril - 13:00 a 14:30

Salón Lugones B (*1º subsuelo*)

Auspicia: Takeda Pharma S.A.

### **PREVENCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**

Jueves 3 de abril - 13:00 a 14:30

Salón Champaquí (*1º subsuelo*)

Auspicia: Novartis Argentina S.A.

### **NOVEDADES EN VACUNAS**

Viernes 4 de abril – 13:00 a 14:30

Salón Lugones A (*1º subsuelo*)

Auspicia: Sanofi Pasteur S.A.

### **UN ENEMIGO MANIFIESTO Y OTRO SILENCIOSO: ROTAVIRUS Y HPV**

Viernes 4 de abril - 13:00 a 14:30

Salón Champaquí (*1º subsuelo*)

Auspicia: GlaxoSmithKline Argentina S.A.

### **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN BEBÉS DE ALTO RIESGO. IMPACTO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO**

Viernes 4 de abril - 17:30 a 19:00

Salón Champaquí (*1º subsuelo*)

Auspicia: Abb Vie S.A.



## EMPRESAS QUE PARTICIPAN EN LA EXPOSICIÓN COMERCIAL

- AbbVie S.A.
- GlaxoSmithKline S.A.
- Laboratorios Casasco S.A.I.C.
- Merck Sharp & Dohme Inc.
- Nova Argentia S.A.
- Novartis Argentina S.A.
- Pfizer S.R.L.
- Química Montpellier S.A.
- Roemmers S.A.I.C.F
- Sanofi Pasteur S.A.
- Sinergium Biotech
- Takeda Pharma S.A.













***SINERGIUM Biotech***

*Cuidamos la salud, preservamos la vida*

Producción gráfica integral:

**IDEOGRÁFICA**  
SERVICIOS EDITORIALES

Telefax: 4327-1172

[ideografica@netizen.com.ar](mailto:ideografica@netizen.com.ar)