

RESÚMENES DEL XLVII CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA 21 AL 24 DE NOVIEMBRE 2007 ANTOFAGASTA - CHILE

PREVALENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN UN PRIMER CONTROL Y SU ASOCIACIÓN CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA, 2007

Caro P¹, Enriquez G², López H³, Isa N⁴.

¹Nutricionista. Centro de Salud Familiar Dr. Hernán Alessandri, Santiago, ²⁻⁴Interno de 7^o año de Medicina. Universidad Mayor, ³Interno de 6^o año de Medicina. Universidad Mayor.

Introducción: Chile muestra un marcado aumento en la prevalencia de la obesidad y de su comorbilidad, hipertensión arterial (HTA). Existe un alto riesgo de que el adolescente llegue a adulto sin saber que padece de HTA. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de Presión Arterial (PA) elevada (> p90) en un primer control y su asociación con la malnutrición por exceso en adolescentes de la Comuna de Providencia. **Material y Método:** Estudio observacional analítico de prevalencia en una muestra de 778 adolescentes de los colegios municipales de la comuna de Providencia. Se realiza muestreo por conglomerado. La PA, como variable dependiente fue determinada por aparato digital Ri - Handy en una sola toma y tabulado según criterio NHBEP Pediatrics, 1996. La malnutrición por exceso como variable independiente se obtuvo del valor del IMC considerando los sobrepeso y obesos. Los datos se registraron en una planilla Excel y el análisis estadístico con programa SPSS. **Resultados:** Se evaluó al 99,6% de la muestra, distribuida 45,6% hombres y 54% mujeres. La edad promedio 15,6 ± 1,99 años. La prevalencia de malnutrición por exceso fue de 33% (22,6% sobrepeso y 10,4% obesidad). La prevalencia de PA elevada (> p90) alcanzó el 39%, siendo más prevalente en la población masculina. Los adolescentes con malnutrición por exceso tiene 2,18 veces más riesgo de PA elevada en primera toma (OR = 2,18). Esta asociación aumenta al compararla con los obesos (OR = 2,29). **Discusión:** Existe escasa referencia nacional sobre las cifras tensionales en adolescentes. En un estudio nacional se observó que la PA elevada en primera toma alcanza el 19% en niños y adolescentes, siendo más prevalente en la población obesa. **Conclusión:** Se hace necesario continuar éste estudio realizando otras dos tomas de PA para obtener la prevalencia de HTA en los adolescentes evaluados. Se debe hacer hincapié en la necesidad de evaluar la PA en la población adolescente.

ADOLESCENTE OBESO Y ENTORNO FAMILIAR

Barrera C^{3a}, Sotomayor K^{3a}, Flández J^{2b}, Mosqueira L^{2b}.

Unidad de Pediatría Ambulatoria del Instituto de Pediatría¹, Escuela de Medicina², Centro de Docencia de Atención Integral Ambulatoria (CENAIA)³ de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile (UACH), Valdivia. Pediatra², Interno Medicina².

Introducción: Se estima que en Chile el 15% de los adolescentes son obesos, cifra similar a la de EEUU y una de las más altas de LA. Esta epidemia considerada una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), si lo es del punto de vista sociocultural, siendo la familia y el entorno familiar el principal foco de transmisión del patrón obesogénico. **Objetivo:** Describir características socioculturales del entorno familiar de adolescentes obesos que asisten a centro de salud público. **Material y Métodos:** Se revisaron antecedentes familiares socioculturales y de composición del grupo familiar de adolescentes obesos (IMC ≥ Pc95 edad/género) registrados en ficha CLAP-OPS/OMS realizadas en policlínico de adolescencia del CENAIA (Valdivia) durante el período 2002 y primer semestre 2006. Las variables nivel de instrucción de los padres, trabajo de la madre, comidas al día compartidas con la familia, referente adulto, percepción familiar, antecedentes de obesidad en familiares y el lugar del adolescente en la composición del grupo familiar fueron estudiadas. **Resultados:** De 314 adolescentes (10 y 18 años) evaluados en este período se pesquisaron 55 adolescentes obesos (17,5%) de edad promedio 13 años y de los cuales el 60% eran mujeres (33/55). El nivel de instrucción predominante del padre o sustituto fue básica completa (31%) y de la madre media completa (40%). El 45,5% de las madres tiene trabajo estable. El 53% recibe 3 comidas diarias (29/55) compartiendo ≥ 2 comidas con la familia el 40% (22 de 29/55). El 44% señala como referente adulto a ninguno (24/55) teniendo una percepción familiar buena el 69% (38/55). El antecedente de obesidad familiar está presente en el 66% de los casos (36/55): siendo un familiar de 2^o grado el más citado 47% (17/36), es 1 familiar en el 36% (13/36) y ≥ 3 familiares en un 25% (9/36). La estructura familiar sólo fue registrada en el 78% de la muestra (43/55): el 38% (21/55) es hijo de una familia nuclear biparental, íntegra, extendida o ampliada, siendo la primera la más frecuente: 27% (15 de 21/55). **Conclusiones:** En esta muestra la prevalencia de adolescentes obesos es del 17,5%. Son principalmente hijas de familias nucleares biparentales íntegras, cuyas madres trabajan en forma estable, madres con mejor instrucción que los padres. Las comidas se comparten en la familia. La obesidad es comparada con un familiar, siendo el de 2^o grado el más citado.

PROYECTO PILOTO ALWA: TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

Henríquez ME, EU Guajardo S, TO Farías L, TO Canales A.

Unidad de Adolescencia. Salud Mental Infanto-Adolescente, Hospital Roberto del Río, SSMN.

Introducción: Los modelos de tratamiento para adultos consumidores de drogas no son adecuados para adolescentes. El 2005 CONACE financia 23 proyectos para adolescentes con consumo perjudicial de drogas. Uno en la Unidad de Adolescencia del H. R. del Río dirigido a probar modelo de atención de un equipo experimentado en atención integral de adolescentes, focalizando la intervención en el desarrollo adolescente más que en la droga. **Material y Método:** Revisión proyecto, ficha clínica, perfil epidemiológico, diagnóstico del consumo, compromiso psicosocial, evolución y experiencia aprendida por el equipo. **Resultados:** De un total de 36 adolescentes: 75% varones; 55,6% entre 15 y 18 años; 38,9% referidos por APS y 30,6% desde educación; consumo moderado y alto en 52,8%; compromiso psicosocial moderado y severo en 63,9%; comorbilidad psiquiátrica: Depresión 11,1%, TDAH 8,3%, Trastorno de la conducta 8,3%. La evolución a través de indicadores fue buena en un 58,6% al final del proyecto. **Conclusiones y Comentarios:** La mayoría de los adolescentes fueron varones en etapa media y tardía del desarrollo. El sector educación tuvo un rol importante de pesquisa de casos. El consumo y compromiso psicosocial fue alto, lo que entrega un alto grado de complejidad. La mayoría no presenta comorbilidad psiquiátrica y las más encontradas son Depresión, TDAH y los Trastornos de Conducta. Como experiencia para el equipo podemos comentar que: existe un alto grado de complejidad de estos adolescentes, por lo que se requiere trabajo de equipo con experiencia. Relevante el diagnóstico integral inicial y el tratamiento personalizado, flexible y con enfoque de género. Imprescindible que la familia se involucre y el trabajo con ellos. Equipo que se vincule a las necesidades del adolescente y su desarrollo y a través de ellas llegar al consumo. La evaluación de los resultados fueron buenos. Esto permitió continuar como Programa hasta Junio 2007 y ser base del Ges del Minsal iniciado en Julio 2007 para este problema.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE AMBOS SEXOS

Silva P, Amador M, Silva K.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: La delgadez se ha convertido en una especie de culto, para lograrla los jóvenes son capaces de muchos sacrificios físicos. Estas conductas han llevado a desarrollar una verdadera obsesión lo que en muchos casos termina como una enfermedad por dependencia. **Material y Método:** Estudio descriptivo, prospectivo, realizado en las dependencias del Consultorio "Plaza Justicia" de Valparaíso, perteneciente al servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Se evaluaron mediante encuesta eat 40 y test de siluetas, pacientes entre 10 y 18 años que asistían a control de morbilidad. Además se consideraron variables demográficas (lugar de residencia, uso de drogas, edad) y antropométricas (peso y talla). Los datos fueron analizados mediante programa Microsoft excell. **Resultados:** Se evaluaron 65 pacientes, en el sexo femenino el promedio de edad fue de 13,97 años, IMC Promedio 22,71 peso promedio 53 kilos, 7 pacientes dependientes de terceros o sename. Sexo masculino: 29 pacientes promedio de edad fue de 12,41 años, IMC Promedio 23,1 peso promedio 55,8 kilos, 6 pacientes dependientes de terceros o sename. **Test de siluetas e IMC:** del total de pacientes un 40% se encontraba más gordo, 33% igual y 6,15% más flaco. 15,3% de los pacientes con sobrepeso u obesidad se encontraban igual según el test de siluetas, 16% con IMC < 20, el 72% se encontraba más gordo. En los pacientes Eutróficos (IMC 20-24) 46 %, todos se encontraron igual. EAT 40: el puntaje promedio fue de 21 puntos. Diez pacientes con puntaje > 30, 3 con IMC < 20, 5 con IMC 20-24 y 2 con IMC > 25, todos se encontraban más gordos según el test de siluetas. No se encontraron diferencias significativas según sexo ni lugar de residencia (pacientes institucionalizados). **Conclusiones:** Las cifras de sobrepeso y obesidad en nuestro estudio se sitúan más bajo que las nacionales, encontrándose la gran mayoría eutróficos, no podemos generalizar esto, debido a lo reducido de nuestro universo. Nos llama la atención que la mayor cantidad de pacientes en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, son aquellos que se encontraban eutróficos, si, todos se veían más gordos según el test de siluetas, no así los pacientes con sobrepeso, quienes se encontraban más flacos. Creemos que sería interesante en un futuro expandir el universo y evaluar en estos pacientes las influencias externas que puedan estar provocando estos trastornos, mediante otros test disponibles actualmente.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE CASABLANCAEnos J¹, Rojas P, Bruna M, EU Bellenger P.²Internas, Hospital de Casablanca. Universidad de Valparaíso.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en Chile y el mundo siendo uno de los principales problemas de salud general. Del adecuado estímulo de conductas saludables en etapas tempranas, se espera adultos sanos. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de la comunidad de Casablanca susceptibles de intervención. **Material y Método:** Análisis de fichas EMPA adolescente realizadas el año 2006 en Casablanca total 146 (10% adolescentes beneficiarios). Análisis: EPI INFO. **Resultados:** Edad promedio 15 años, 44,8% mujeres, peso promedio 63 kg. IMC promedio 29, predomina obesidad en mujeres, 53,3% consume OH y/o tabaco, factores de riesgo cardiovascular presentes en 78% de familias y 63% adolescentes, 91% considera tener dieta balanceada, 72% conforme con auto imagen, 96% derivado a nutrición en primera consulta, 4,1% hipertensos severos, 100% conserjería sobre nutrición y ejercicios. Al tratarse de plan piloto pendiente resultados de laboratorio. 38,6% con alto riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** Población de alto riesgo, con alto nivel de sedentarismo y sobrepeso, antecedentes familiares de peso por lo que se interviene a nivel de familias en la introducción de nuevas conductas. Se ha planificado actividades atractivas para los jóvenes en pro de una vida saludable, los resultados iniciales muestran el global de la población en espera de resultados de laboratorio que permita separar e intervenir fuertemente en aquellos niños más afectados. Se sugiere el uso de Encuesta sobre factores de riesgo en todos los adolescentes consultantes; se reconoce la importancia de la introducción de profesores y comunidad general en los programas de prevención.

PATOLOGÍA NUTRICIONAL POR EXCESO Y CONTROL DE ASMA EN EL ADOLESCENTE

Vidal A, Cuevas C, Lizama C.

Becados de Pediatría Universidad de Chile. Hospital Roberto del Río.

Introducción: El aumento del índice de masa corporal ha sido relacionado a peor control y deterioro en la calidad de los pacientes asmáticos. **Objetivo:** Evaluar el impacto del sobrepeso y obesidad en el control del asma del adolescente tratados por especialistas en enfermedades respiratorias infantiles. **Método:** Durante el período octubre 2006 – julio 2007 se aplicó el asma control test (ACT), validado en español a 220 asmáticos persistentes entre 12 y 18 años que se controlan regularmente en la Unidad de Enfermedades Respiratorias del Hospital de niños Roberto del Río. El tamaño muestral se calculó en base a una muestra piloto considerando un error aceptable de 5%. Los pacientes fueron divididos en tres categorías nutricionales: eutróficos (IMC entre p10 y < p85), sobrepeso (IMC entre p85 y < p95) y obesos (IMC e^a p95). Se utilizó el χ^2 de tendencia para comparar el control del asma en cada grupo ($p < 0,05$). **Resultados:** Promedio de edad: 13,4 años. Género: 46,4% femenino y 53,6% masculino. Severidad del asma: persistentes leves 30%, persistentes moderados 54,1% y persistentes severos 15,9%. Se encontró patología nutricional por exceso en el 45,5% de la serie. Asmáticos eutróficos 54,5%, asmáticos en sobrepeso 22,3% y asmáticos obesos 23,2%. Prevalencia global de asma controlada: 53,6%. El control de asma se logró en el 61,7% de los eutróficos, 42,9% de los con sobrepeso y 43,1% de los obesos (χ^2 de tendencia 6,2, $p = 0,012$) **Conclusión:** Los adolescentes asmáticos persistentes que asisten a la Unidad de Enfermedades Respiratorias del Hospital Roberto del Río deterioran el control de su enfermedad, mientras más severa es la patología nutricional por exceso asociada.

PLEURONEUMONÍA EN MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL BASE DE LOS ÁNGELES, CHILE: REALIDAD 2000-2007

Araya F, Hernández J, Navarrete P, Montoya M, Valderrama D, Orellana J. Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles.

Introducción: Las Neumonías con derrame pleural determinan un aumento en la morbimortalidad respecto de pacientes sin derrame y el manejo es fundamental. El objetivo de este trabajo es conocer y analizar las características de las pleuroneumonías del Hospital Base Los Ángeles en los últimos 7 años. **Pacientes y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes pediátricos con patología pleuropulmonar hospitalizados período 2000-2007. Se estudiaron 50 pacientes. **Resultados:** La edad promedio: 4 años 9 meses. Comuna de mayor incidencia: Antuco. Promedio Leucocitosis y PCR al ingreso, 20.380 leuc/ml y 197 mg/dl. Neumococo fue el germen más frecuente, y tuvo un 9,1% de resistencia a penicilina. 32% fueron empiemas y el resto fue derrame paraneumónico. El esquema antibiótico más usado fue cloxacilina más cefotaxima (38%). Sobrevida 100%. **Discusión:** Este trabajo confirma al neumococo como principal causante de pleuroneumonía y a la penicilina como primera elección. Los pacientes con derrame paraneumónico, tienen excelente respuesta a tratamiento con antibióticos y drenaje pleural. Se sugiere el uso de videotoracoscopia asistida, en vez de la toracotomía mínima. Se sugiere realizar análisis prospectivo con protocolos establecidos y ajustarlos a la realidad de local.

RENDIMIENTO INTERDISCIPLINARIO DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA APROXIMACIÓN ETIOLÓGICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS

Zenteno D, Girardi G, Pérez MA, Kogan R, Navarro F, Arce JD, Piñera C, Jara I, Posada C.

Unidad de Broncopulmonar, Hospital Exequiel González Cortés. Universidad de Chile.

Introducción: La Neumonía Adquirida en la comunidad (NAC) es una entidad frecuente, que involucra atención en distintos niveles de salud. La radiografía de tórax (RT) permite confirmar su diagnóstico y realizar una aproximación etiológica. **Objetivo:** Determinar y comparar el rendimiento diagnóstico etiológico de NAC mediante RT, en grupos de médicos que atienden niños. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional. El universo estuvo constituido por 6 grupos de médicos: radiólogos, neumólogos, pediatras, médicos familiares (MF), médicos IRA y médicos generales (MG). Éstos evaluaron de manera ciega e individual, 80 RT de niños con NAC, conociendo su edad, y asignaron etiología según 6 patrones radiológicos (PR) previamente estandarizados. Los resultados por PR fueron comparados con un estándar de referencia (ER) obtenido a partir de un consenso de neumólogos, donde se evaluaron RT, elementos clínicos y de laboratorio. Se consideró rendimiento muy bueno al acierto > 80%, bueno 60-80%, regular 40-60% y deficiente < 40%. **Resultados:** Según el ER, las principales etiologías identificadas fueron: viral (63%), bacteriana (13%) y mixta (16%). En el PR bacteriano se logró: acierto muy bueno en radiólogos (90%), neumólogos (82%) y médicos IRA (81%); bueno: pediatras (69%) y regular: MF (58%) y MG (53%). En el PR viral: acierto muy bueno en radiólogos (74%) y neumólogos (74%) y regular en pediatras (57%), MF (57%), médicos IRA (51%) y MG (47%). En el PR mixto el acierto fue: regular en médicos IRA (49%), pediatras (48%) y neumólogos (47%); e insuficiente en MG (30%), MF (27%) y radiólogos (23%). **Discusión:** Este estudio permite detectar falencias por PR en los distintos grupos de médicos, susceptibles de ser mejoradas con una buena capacitación, ya que probablemente el mejor rendimiento se debe a mayor conocimiento del tema.

METAPNEUMOVIRUS HUMANO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA

Jofré L, Zepeda G, Muñoz A, Rojas A.
Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Metapneumovirus humano (MPVh) es un agente respiratorio recientemente descrito, causa entre un 5-12% de las infecciones respiratorias en lactantes en nuestro medio. Es similar al VRS en muchos aspectos, ocasiona bronquiolitis, neumonía, laringitis y OMA entre otras manifestaciones. MPVh se asocia a obstrucción en menores de 3 años y a descompensación por obstrucción en niños mayores con patología respiratoria crónica. Es más frecuente en época de invierno y primavera, a contar de marzo del 2007 se detectó su presencia en Santiago, Chile. **Casos Clínicos:** Presentamos la evolución de 5 pacientes hospitalizados por obstrucción durante este período, que tenían antecedentes de patologías respiratorias previas e hicieron una infección demostrada por MPVh. A todos ellos se les realizó estudio con IFI para ADV, VRS, paraFLu, FLU, aislamiento viral para ADV, IgM para *M. pneumoniae* y RPC en tiempo real para MPVh. Características de los pacientes: 3 niñas y dos niños, edades entre 3-8 años. Historia de tos, fiebre y dificultad respiratoria progresiva previa, motivo por el cual consultan. Los exámenes de laboratorio fueron sugerentes de una infección viral, la radiografía de tórax mostró un infiltrado intersticio alveolar en 4 e imagen de condensación en uno. Antecedente de asma bronquial en 4, todos sin control. Una paciente con antecedente de atresia esofágica con fístula traqueoesofágica operada, traqueomalacia moderada y daño pulmonar crónico. Los pacientes fueron ingresados por cuadro de obstrucción severa, con requerimientos de O₂ de hasta 100%. Fueron tratados con B2, corticoides ev, un niño con sulfato de magnesio. Requhirieron conexión a VMI dos de los pacientes (por 4 y 14 días) y otro a VMNI por un día. Se demostró coinfección por VRS en uno y *M. pneumoniae* en otro, los dos necesitaron apoyo ventilatorio. Se complicaron de atelectasia 2 pacientes y de una estenosis subglótica secundaria a la VMI prolongada otro, por lo que fue necesario realizar una traqueostomía. Los días de hospitalización variaron entre 4 días a 2 meses. Todos los casos se presentaron en forma aislada y fueron adquiridos en la comunidad. **Discusión:** En época de circulación de MPVh debe considerarse en el estudio etiológico de una descompensación obstructiva, en niños mayores con patologías respiratorias crónicas. MPVh condiciona cuadros graves, necesidad de hospitalización y conexión a VM. La actual disponibilidad de técnicas de detección de antígenos rápido facilita el diagnóstico precoz.

BRONQUIO TRAKEAL ¿UNA VARIANTE DE IMPORTANCIA CLÍNICA?

Astorga L, Herrera O, Sepúlveda H, Mardones P, Wevar ME.
Unidad de Broncopulmonar del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Oriente Universidad de Chile.

El término Bronquio traqueal es usado para definir una variante anatómica (VA), que se caracteriza por el nacimiento de bronquio ectópico y supernumerario de la pared lateral de la tráquea. Presentamos 24 pacientes en los que se demostró esta VA mediante broncoscopia, en el período comprendido entre Agosto de 1996 y Julio de 2007. Dieciséis varones y ocho mujeres cuyo rango de edad fluctuó entre 16 días y 14 años: recién nacidos (2), lactantes (17), preescolares (3) y escolares (2). Los diagnósticos de base de los pacientes eran: cardiopatía congénita (13), otras malformaciones congénitas o genopatías (4), patologías respiratorias persistentes (4), otras (2). Las indicaciones para efectuar broncoscopia fueron: dependencia ventilación mecánica (9), estridor (5), atelectasia (4) y evaluación vía aérea (6). Mediante procedimiento broncoscópico se demostró además malacia de la vía aérea (12), compresión extrínseca vía aérea (4), estenosis (2) y parálisis cuerda vocal (1). Ningún niño requirió procedimiento quirúrgico en relación a esta VA. Se dejó constancia de la presencia de esta VA, para ser tomado en cuenta en procedimientos de vía aérea. **Conclusiones:** El bronquio traqueal es una VA que se presenta en muy baja frecuencia. En nuestra casuística más frecuente en varones (66,6%), asociado a cardiopatías congénitas (54%) y coexiste con malacia de la vía aérea (50%). El procedimiento diagnóstico en todos los pacientes fue mediante broncoscopia; pero también se puede hacer con tomografía axial computarizada.

ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON PECTUS EXCAVATUM

Mardones P, Varela P, Saldaña G, Herrera O, Astorga L, Wevar ME.
Unidad de Broncopulmonar y Servicio de Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna.

Pectus excavatum (PE) es una deformidad congénita con depresión del esternón. Se ha relacionado el defecto con alteraciones de la función pulmonar de tipo restrictivo u obstructivo. Se presenta el estudio espirométrico de pacientes con PE, su relación con la edad y con el índice de Haller, que se atienden en el Servicio de Cirugía y Unidad de Broncopulmonar del Hospital Luis Calvo Mackenna. **Material y Método:** Entre el año 2004 y junio de 2007 estudiamos 115 niños. Se realizó espirometría en 80 pacientes con medición de CVF, VEF₁, VEF₁/CVF, FEF₂₅₋₇₅ y TAC tórax en 71 pacientes con medición del índice de Haller que es la relación entre diámetro transverso y anteroposterior del tórax en la zona de mayor depresión esternal. **Resultados:** La edad promedio fue 10,6 ± 4,4 años (10,4 – 18,2). Espirometría en 80 pacientes registró 45% de normalidad, 31,2% alteración restrictiva y 23,8% alteración obstructiva. En niños de 5 – 10 años de edad se encontró función pulmonar normal 69,2% (9/13), entre 10 y 15 años de edad hubo alteración de la función pulmonar 62,9% (34/54), sin diferencias entre restrictiva y obstructiva 18 y 16 respectivamente y en mayores de 15 años alteración en 50% (6/12). TAC tórax mostró índice de Haller mayor a 3,2 en 81,7% (58/71) y mayor a 6,1 en 9,9% (7/71) que se encontró en niños sobre 10 años de edad. Con espirometría normal 75% (18/24) tuvo índice de Haller ≤ 4,1 y con alteración restrictiva 80% (16/20) índice ≥ 4,2. **Conclusiones:** El estudio espirométrico nos permitió evaluar la función pulmonar en nuestros pacientes encontrando que el PE se asoció a alteraciones obstructivas y restrictivas especialmente en niños mayores de 10 años de edad. La alteración restrictiva se relacionó con valores de índice de Haller altos.

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO (BATERÍA DE BOTÓN) DE DIAGNÓSTICO TARDÍO CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA

Madrid R, Hachin A, Vejar L, Jorquera P, Jaramillo Y.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Broncopulmonar Infantil.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es un accidente común, al alojarse en el esófago, producen disfagia. Se puede retrasar el diagnóstico por la escasez de síntomas digestivos, o por la presencia de sintomatología respiratoria. Con las baterías se describen complicaciones como erosiones, abrasiones y perforación. **Objetivo:** Se presenta el caso de un lactante con un cuerpo extraño esofágico a quien se le diagnosticó luego de 26 días de la ingesta. **Caso Clínico:** Masculino, 1 año 8 meses, con antecedente de SBOR moderado en tratamiento. Consulta a la APS por 2 días de tos, ruidos respiratorios y estridor que aumenta en decúbito durante el sueño, se diagnóstica bronquitis obstructiva se indica salbutamol y prednisona oral. 4 días después consulta nuevamente indicándose clorfenamina. El día 14 consulta por persistir la sintomatología, disnea en decúbito por lo cual duerme semisentado, estridor de esfuerzo, y mala tolerancia a la ingesta de sólidos, se le indica salbutamol y eritromicina. El día 24 consulta por nula respuesta al tratamiento, se indica kinesioterapia respiratoria y salbutamol. El día 26 consulta a urgencia donde se diagnóstica cuerpo extraño intraesofágico apoyado en rx tórax. Se realiza esofagoscopia no lográndose retirar cuerpo extraño submucoso, con esófago sangrante, friable y erosionado. El día 29 nueva esofagoscopia, se aprecia desde el lumen pila en la región toracocervical, que al tomarla no es posible extraerla pues se moviliza todo el esófago al que está fuertemente unido. Se realiza toracotomía y esofagostomía con extracción de pila de botón de 20 mm. A los 10 días se realiza esofagograma, no se visualiza fístula, ni extravasación de líquido. **Conclusión:** Se insiste en siempre pensar en cuerpo extraño aerodigestivo en paciente con sintomatología respiratoria que no responde al tratamiento convencional. La radiografía de tórax es una útil ayuda en pacientes con síntomas respiratorios de evolución atípica.

TEST DEL SUDOR REALIZADOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL SÓTERO DEL RÍO (2006)

Madrid R, Soto C, Pozo X, Jaramillo Y, Vejar L, Clerc N. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Unidad de Broncopulmonar Infantil.

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética, multisistémica, puede tener una evolución crónica, progresiva y letal. Puede manifestarse como enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia pancreática exocrina. La comprobación diagnóstica se hace por el test del sudor (medición de los electrolitos). La técnica estándar es la de Gibson y Cooke (GC) que mide cloro con clorímetro digital, y una técnica alternativa es Macroduct (C) que mide cloruro de sodio por conductividad. En nuestro sector que atiende 400.000 niños; tenemos implementado la técnica de C. **Objetivo:** Describir el perfil de los pacientes en se sospecha FQ y la utilidad del C como técnica alternativa. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de las solicitudes del examen y los resultados de los exámenes realizados en el año 2006. **Resultados:** Se realizaron 272 exámenes, 176 (64,7%) género masculino. Con edades desde 30 días a 18 años. En su mayoría fueron lactantes 155 (57%), seguida por preescolares. El motivo de solicitud más frecuente fue SBO refractario a tratamiento o persistente en 202 (74,2%) seguido por la neumonía a repetición y desnutrición. Los resultados fueron: negativo (< 50 Eq NaCl mmol/L) 248 (91,2%), limitrofe 12 (4,4%), positivos 1 (0,4%), 11 (4%) exámenes no se obtuvo muestra suficiente para análisis. La mayor incidencia de resultados limitrofe fue en el grupo de mayores de 15 años, el resultado positivo se obtuvo en una lactante. Los resultados limitrofes (50 a 80 Eq NaCl mmol/L) mediante la técnica de C se repitieron con la técnica de GC siendo negativos. El resultado positivo (> 80 Eq NaCl mmol/L) obtuvo valor limitrofe con GC (dos oportunidades), confirmando el diagnóstico con estudio genético. **Conclusiones:** En nuestro medio el C es un examen de tamizaje útil porque reduce el número de niños sospechosos de FQ a un 4,4%. La mayoría de los niños estudiados son lactantes lo que señala precocidad de la pesquisa.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DE HASTA 6 MESES DE EDAD HOSPITALIZADOS POR CUADROS RESPIRATORIOS DURANTE LOS MESES DE CAMPAÑA DE INVIERNO (MAYO-AGOSTO) DE LOS AÑOS 2006-2007

Castillo H, Cañón R, Almonte E, Alonso E. Servicio Pediatría de Hospital Clínico Regional Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Antofagasta - Chile.

Método: Estudio Retrospectivo trasversal en pacientes menores de 6 meses hospitalizados con diagnósticos de patologías respiratorias durante los meses de campaña de invierno (mayo - agosto) de los años 2006 - 2007. **Resultados:** De un total de 613 hospitalizaciones de pacientes menores de 6 meses en el período citado, 358 pacientes ingresaron por cuadros respiratorios, 157 de ellos en el año 2006 y 201 en el año 2007, con un total de 1.674 días de hospitalización (794 días para el año 2006 y 880 días para 2007), y un promedio de 4.2 días de hospitalización por paciente con SD 3,93, siendo el 42,17% de sexo femenino y 57,82% sexo masculinos, con un promedio de 2,9 meses de edad con SD 1,70. Del total de ingresos por cuadros respiratorios a 165 pacientes (46,1%) se les realiza IFI viral resultando positivo 47% de ellos para VRS, 1,8% para virus parainfluenza y 1,2% para virus influenza y negativos para virus analizados un 49,09%. Los principales diagnósticos al alta fueron síndrome bronquial obstructivo con 40,8%, bronquiolitis con un 24,3%, neumonía con 20,9%, virosis respiratoria con un 10,3%, coqueluche 1,7%, faringoamigdalitis 1,4% y laringitis con 0,6%. En los pacientes analizados se hizo el diagnóstico de egreso de bronquiolitis en un total de 87 casos, de ellos sólo al 49,42% se le realiza IFI viral, resultando positivos para algún virus sólo el 22,17% del total de los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis. **Conclusiones:** La patología respiratoria sigue siendo muy prevalente en temporada invernal aun frente a las favorables condiciones climáticas que goza el norte de nuestro país, correspondiendo en gran porcentaje del total de hospitalizaciones del período analizado. El diagnóstico de síndrome bronquial obstructivo es el más frecuente al momento del alta seguido por el de bronquiolitis. Se hace el diagnóstico de bronquiolitis en muchas oportunidades sólo por características clínicas del paciente y no se realiza la pesquisa viral correspondiente que debería realizarse para cumplir en parte la definición de bronquiolitis.

CORRELACIÓN ENTRE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO CON RENDIMIENTO ESCOLAR Y DÉFICIT ATENCIONAL

Pardo T, Brockmann P, Viviani P, Holmgren NL. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Pediatría.

Los trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) son frecuentes en los niños y han sido relacionadas con un mal rendimiento escolar y el síndrome de déficit de atención e hiperactividad (SDAH). El objetivo de este estudio fue determinar si las alteraciones de la respiración durante el sueño, evaluadas mediante un cuestionario acerca del sueño (CS), se correlacionan con rendimiento escolar y el SDAH. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario validado de 13 preguntas sobre TRS y el Test de Conners (TC) a padres de niños escolares y adolescentes de un colegio en Santiago. Estadísticas: se presentan estadísticas descriptivas como promedio y DS para edad y como media y rango para el CS y el TC. Se utilizó: Rho y χ^2 para la correlación entre los cuestionarios y las calificaciones escolares. **Resultados:** Padres y/o apoderados de 272 escolares/adolescentes (136 hombres) completaron el cuestionario. Edad: 11,7 ± 3,1 años. El CS tuvo una correlación positiva con el TC ($r = 0,32$; $p < 0,05$). Hubo una leve correlación negativa con las calificaciones en Lenguaje ($r = -0,151$; $p < 0,05$). Algunas preguntas específicas del CS presentan una leve correlación negativa con las calificaciones en Lenguaje: cefalea matinal ($r = -0,131$ $p < 0,05$), somnolencia diurna ($r = -0,192$; $p < 0,001$), quedarse dormido al ver televisión ($r = -0,171$ $p < 0,05$), roncar ($r = -0,162$; $p < 0,05$). "Quedarse dormido en el colegio", tiene una leve correlación negativa con las calificaciones en lenguaje ($r = -0,192$; $p < 0,001$), matemáticas ($r = -0,117$; $p < 0,05$) y promedio de notas ($r = -0,117$; $p < 0,05$). Los niños en el percentil menor (p25) de calificaciones tuvieron significativamente ($p < 0,05$) más TRS según el CS que los ubicados en el percentil superior (p75). **Conclusiones:** Los TRS se correlacionan con el SDAH y en forma leve negativa con el rendimiento escolar, en especial en el área del lenguaje. Esto podría sugerir que los TRS afectarían el aprendizaje en áreas específicas más que en forma global.

ASPECTOS CLÍNICOS EN ANILLOS VASCULARES DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA

*Masoli D¹, Verdugo F¹, Herrera O², Miranda P³.
¹Médicos becados Pediatría Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. ²Médico Pediatra especialista en Broncopulmonar Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. ³Médico Pediatra especialista en Cardiología Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.*

Los defectos congénitos del arco aórtico, conocidos como anillos vasculares constituyen anomalías que producen compresión esofágica y/o traqueal, resultando en síntomas de vía aérea alta (estridor, sibilancias, disnea, tos, infecciones respiratorias recurrentes) o disfagia. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que revisó los casos de anillos vasculares diagnosticados en los últimos 20 años en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, con el fin de analizar los síntomas de presentación, procedimientos diagnósticos, edad al momento de la cirugía y resultados de ésta. De un total de 32 con probable diagnóstico, se rescataron las fichas de 8 pacientes con diagnóstico real de anillos vasculares (5 de sexo masculino, 3 femenino). De las anomalías encontradas, 7 correspondieron a doble arco aórtico y una a arteria subclavia derecha aberrante. La edad al momento de la cirugía varió entre los 6 meses y los 4 años. Los síntomas de presentación fueron: estridor en 6 pacientes, infecciones respiratorias a repetición en uno de ellos, SBO en 2, RGE en 3 y disfagia en 4 pacientes. Dentro de los procedimientos diagnósticos realizados se encontró fibrobroncoscopia/laringoscopia (en 2 pacientes), esofagograma (4), ecocardiograma (5), radiografía esófago-duodeno (3), radiografía de tórax (4), TAC (2), angio TAC (1) y angio resonancia (1). Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente. La sospecha diagnóstica de anillo vascular debe basarse en un paciente de cualquier edad, especialmente preescolar con historia de estridor, sibilancias, tos, disfagia o infecciones respiratorias a repetición.

EVALUACIÓN BRONCOSCÓPICA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME LARÍNGEO ATÍPICO: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS

Orellana G¹, Moreno M¹, Aguilar P².¹Interno Medicina USACH. ²Neumólogo Pediatra. Departamento. Medicina Respiratoria Infantil, Hospital CRS El Pino, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La laringotraqueobronquitis (LTB) viral o croup es una condición pediátrica frecuente, caracterizada por estridor, disfonía, tos perruna y dificultad respiratoria. Ante un cuadro atípico, que requiera hospitalización, se deben sospechar condiciones anatómicas subyacentes. **Objetivo:** Describir 4 casos pediátricos con diagnóstico de LTB, hospitalizados por su intensidad y cuyo curso atípico, ya sea por su duración o respuesta al tratamiento, determinó estudiarlos mediante fibrobroncoscopia (FBC), encontrándose alteraciones estructurales de base. **Resultados:** **Caso 1:** Varón de 1 año 6 meses, con antecedentes de Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR) y de ventilación mecánica (VM) en dos ocasiones por SBO severo. Ingresó luego de 72 horas con tos perruna, estridor inspiratorio, disfonía y dificultad respiratoria, con diagnóstico de SBOR y Laringitis Aguda Obstructiva (LAO) grado II. Por presentar un curso tórpido, se realiza FBC encontrándose Estenosis Subglótica Adquirida post VM, la que requiere terapia quirúrgica. **Caso 2:** varón, 2 años 3 meses, con antecedente de LAO recurrente desde el primer año, ingresa por LAO II con lenta respuesta a tratamiento. FBC demuestra Estenosis Subglótica leve, manejada expectadamente hasta la fecha. **Caso 3:** mujer de 3 años, con antecedente de cirrosis hepática secundaria a atresia de vías biliares, ingresa por una LAO de inicio atípico (mediodia) y con pobre respuesta a tratamiento. FBC demostró granulomas en glotis posterior. **Caso 4:** Mujer de 4 años 5 meses, con antecedentes de SBOR y LAO recurrente (4-8/año) desde el primer año de vida, con múltiples curas de corticoides sistémicos y adrenalina nebulizada. Se hospitaliza por una LAO grado II, sin respuesta a tratamiento habitual, por lo que se realiza FBC, la que demostró un tumor subglótico de origen neural, que ocluía 75% del lumen laríngeo, el que requiere terapia quirúrgica. **Conclusión:** El estudio broncoscópico en pacientes hospitalizados por Síndrome Laríngeo de curso atípico puede detectar patologías estructurales cuyo tratamiento oportuno disminuye la morbilidad y mejora el pronóstico de estos pacientes.

NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN UN LACTANTE MENOR INMUNOCOMPETENTE: ¿MALFORMACIÓN PULMONAR O NEUMONÍA CAVITADA?

Quilodrán C, Castro F, Zuloaga N.

Hospital de Niños y Cunas, Universidad Andrés Bello.

Paciente de 9 meses, sexo femenino, embarazo controlado, RNT 38 semanas, AEG. Recibe LME hasta los 6 meses, vacunas PAI al día, desarrollo pondoestatural adecuado. Antecedente personal de SBOR leve manejado con B2, sin estudio imagenológico. Antecedente familiar de atopia, hermano de 3 años sano. Paciente consulta al SU del Hospital de Niños el 4/05/07, cursando cuadro de 5 días de evolución caracterizado por fiebre baja, tos no productiva, anorexia parcial. Al examen físico destaca paciente pálida, decaída, taquipneica, saturando 96% ambiental, con T³ ótica de 37,7°C, retracciones subcostal leve, quejido respiratorio, MP disminuido en base derecha, crepitaciones finas al final de inspiración en tercio medio derecho. La Rx de tórax muestra imagen de condensación del lóbulo superior derecho (LSD), hemograma: anemia moderada microcítica hipocrómica (Hb 8,7), desviación izquierda, sin leucocitosis, PCR: 320 mg/l, VHS 110 mm/hr, IFD ADV (-), IgM Micoplasma (-). Se hospitaliza con diagnóstico de Neumonía LSD, manejándose con antibióticos (Ab): Cefotaxima 150 mg/Kg/día c/6 horas ev por sospecha de etiología Neumocócica. Evolución con fiebre alta (hasta 40°C rectal), examen pulmonar sin mayores cambios, al 4º día se agrega de manera empírica Cloxacilina 100 mg/kg/día, dada posible etiología de *Staphylococcus aureus*. Evoluciona tórpidamente, picks febriles de hasta 40°C, sin requerimiento de oxígeno, ni distress respiratorio, con leve aumento de los leucocitos y disminución de la PCR. Rx de control, luego de 48 hrs con Ab biosociado, evidencia condensación del LSD con una cavitación en su interior, con tendencia a la confluencia y presencia de nivel hidroaéreo, sin derrame pleural ni abscesos; imagen sugerente de Neumonía Cavitada (NC). Se sustituye la Cloxacilina por Vancomicina 50mg/Kg/día por mala evolución clínica, radiológica y ante la sospecha de Cocáceas Gram(+) resistentes. Al 12º día de Ab persiste fiebre alta, se solicita TAC de tórax: confirma diagnóstico de NC de LSD, sin imágenes de abscesos, más bien de Neumatocelos. Se agrega Clindamicina 30 mg/kg/día. Evolución favorablemente, subfebril por 24 hrs, luego afebril durante 1 semana, hemograma de control con leucocitos de 4.600 y PCR < 8 mg/l. Después de 15 días de tratamiento Ab ev, se cambia a tratamiento oral con Cefuroxima 30 mg/kg/día, buena respuesta clínica en las siguientes 24 hrs; se da de alta para completar 21 días de tratamiento en forma ambulatoria. Dada la disociación clínico radiológica, no se puede descartar la preexistencia de una malformación pulmonar sobreinfectada; según la evolución a largo plazo se podrá dilucidar el diagnóstico definitivo.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON PECTUS EXCAVATUM

Mardones P, Varela P, Saldaña G, Herrera O, Astorga L, Wevar ME.

Unidad de Broncopulmonar y Servicio de Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna.

Pectus excavatum (PE) es una malformación de la pared anterior del tórax con depresión del esternón y alteración de las articulaciones condroesternales inferiores. Se presenta la experiencia clínica de pacientes con PE que se atienden en el Servicio de Cirugía y Unidad de Broncopulmonar del Hospital Luis Calvo Mackenna. **Material y Método:** Estudiamos 115 pacientes desde el año 2004 a junio de 2007, con evaluación clínica, TAC tórax con medición del índice de Haller, ecocardiografía y espirometría. **Resultados:** La edad promedio fue 10,6 ± 4,4 años (0,4 – 18,2), mayoritariamente varones 70,4%. Antecedente de PE o *Pectus carinatum* en 22,6% de los pacientes. Enfermedades respiratorias previas 42,6% con predominio de afecciones bronquiales obstructivas. Presencia de escoliosis 7,0%, hiperlaxitud 32,2% y ambas condiciones 14,8%, síndrome de Marfan 3,5%, aspecto Marfan 18,5%, Ehlers-Danlos 3,5% y en observación 5,2%. Se realizó ecocardiografía a 72 niños encontrándose compresión de ventrículo derecho en 41,3% y de vena cava inferior 10,7%. TAC tórax mostró desplazamiento silueta cardíaca o compresión de ella en 66,7% de 68 exámenes y un índice de Haller mayor a 3,2 en 81,7% de 72 mediciones. Se realizó espirometría en 80 pacientes con 45% de normalidad. **Conclusiones:** Encontramos predominio en el sexo masculino y existencia de familiares con igual defecto o con *pectus carinatum*. Existe asociación con escoliosis, hiperlaxitud, síndrome de Marfan y Ehlers-Danlos. La ecocardiografía y TAC de tórax son exámenes necesarios y nos permitieron conocer el grado del defecto y su repercusión intratorácica.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y DE DESARROLLO DE ASMA INFANTIL EN PACIENTES CONTROLADOS EN UNA SALA IRA DE VALPARAÍSO

Rojas P¹, Palacios A¹, Bruna M¹, Granda P², Klga Rojas MF.¹Internas Universidad de Valparaíso. ²Sala IRA. Consultorio Jean y Marie Thierry Valparaíso.

Las enfermedades respiratorias infantiles son la primera causa de consulta pediátrica, estas en su mayoría se ven agravadas por las condiciones ambientales y genéticas de los niños por lo que muchos, de no mediar medidas de prevención y control, desarrollaran cuadros crónicos, especialmente asma, con un alto costo económico y emocional familiar y social. **Objetivo:** Identificar las características epidemiológicas y de desarrollo de asma (asthma predictive index) en la población infantil que se controla en la sala IRA. **Material y Método:** Análisis de 188 fichas de ingreso programa 74,6% de los niños en control habitual. Uso sistema EPIINFO. **Resultados:** 59% varones, edad prom. debut 9,3 meses, promedio 11 eventos al año, 25% presentó sibilancias en período lactante, 70,7% antecedente de atopia, 10,10% alergia a la proteína de la leche, 98% alimentación con leche materna, en los que se conoce el dato el promedio fue de 7,7 meses, 98,9% antecedente SBO previo, 48,94% antecedente de Asma en padres, 62,7% cuidadores fumadores, en caso de asma confirmada 8,4% de las madres fumó en embarazo, 70,7% presenta tos nocturna, 48,9% se maneja en forma permanente con corticoides inhalatorios, al examen físico 26,60% se mantiene con espiración prolongada, 29,26% con sibilancias. 81,9% vive en cerro, 65,9% presencia de mascotas 73,39% gatos. De los niños que cuentan con hemograma se consignó la presencia de un promedio de 9% de eosinófilos. 70% adherencia a controles. **Conclusiones:** Un alto porcentaje de la población con factores predictivos de desarrollo de asma identificables en la encuesta de ingreso, la contaminación intradomiciliaria es importante en el caso del tabaco y presencia de dermatofagoides; debido a las características de vivienda en la ciudad se debe realizar educación y manejo comunitario de los factores de riesgo ambiental. La existencia de estas salas mejora la calidad de vida, estratifica adecuadamente y permite una adecuada distribución del recurso.

QUISTE BRONCOGÉNICO (QB) MEDIASTÍNICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Madrid R, Hachim A, Espinosa T, Clerc N, Vejar L, Zamorano A, Le Cerf P, Jaramillo Y.

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Broncopulmonar Infantil.

Introducción: Los QB son malformaciones congénitas broncopulmonares. Su localización más frecuente es en mediastino o cerca de la carina. El cuadro clínico varía según su localización y tamaño, pueden ser asintomático o producir obstrucción. La Rx tórax y TAC pulmonar son herramientas diagnósticas. El diagnóstico definitivo es con anatomía patológica. **Objetivo:** Comunicar dos casos clínicos de Q.B. mediastínicos en lactantes. **Caso Clínico 1:** Lactante femenino de 7 meses. RNT AEG 3.330 gramos, Apgar 9-9, se hospitaliza en RN para estudio de estridor y salivación excesiva, otorrino diagnóstica laringomalasia leve. A los 3 meses se solicita Rx tórax por estridor persistente, que muestra gran desviación traqueal hacia derecha y hacia anterior, a los 4 meses TAC: masa redondeada homogénea en la proximidad de la vía aérea. Cirugía disecciona masa quística de 5 cm de diámetro mayor, con contenido claro-cristalino-mucoide. Anatomía patológica: epitelio pseudoestratificado cilíndrico cilado, cartilago, glándulas mucinosas, músculo liso. Dg. QB. **Caso Clínico 2:** Lactante masculino de 1 años. RNT AEG 3880 gramos, Apgar 9-9, a los 6 meses consulta por clínica de reflujo gastroesofágico, Rx EED compresión extrínseca del esófago de localización paraesofágica, a los 7 meses TAC: masa redondeada homogénea, bien definida. Se opera al año de edad. Anatomía patológica: cartilago, músculo, epitelio pseudoestratificado, cilios de epitelio bronquial. Dg. QB. **Conclusiones:** Los QB son el 10% de las masas de mediastino y el 60% de los quistes de mediastino en niños. Requieren tratamiento quirúrgico para confirmar el diagnóstico histológico y evitar complicaciones como infección, hemorragia, transformación maligna.

ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO (ELC), UN CASO COMPROMETIENDO DOS LÓBULOS IPSILATERALMENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Madrid R, Hachim A, Vejar L, Zamorano A, Chateau B, Le Cerf P, Wegner A, Jaramillo Y.

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Broncopulmonar Infantil.

Introducción: El enfisema lobar congénito es una malformación congénita pulmonar poco frecuente, caracterizado por la sobredistensión postnatal, generalmente de un lóbulo pulmonar, produciendo distress respiratorio de severidad variable. **Objetivo:** Reportar un caso clínico, de dos lóbulos afectados ipsilateralmente, motivados por ser una entidad de escasa incidencia, de difícil diagnóstico y tratamiento. **Caso Clínico:** Recién nacido femenino de 19 días de vida, que ingresa por neumonía mixta VRS + grave que requiere ventilación mecánica (VM), rx tórax muestra hiperinsuflación pulmonar derecha y atelectasia pulmonar a izquierda, la fibrobroncoscopia muestra malasia leve del bronquio del LII, que se hace leve en una evaluación posterior; a pesar del tratamiento no es posible retirar VM, se realiza TAC y ANGIOTAC plantea la posibilidad de malformación adenomatoidea quística pulmonar o ELC comprometiendo lóbulo medio y segmento posterior de LSD, cintigrama de ventilación perfusión evidencia defecto de ventilación con perfusión conservada en mitad superior de pulmón derecho, se sospecha malformación pulmonar, realizándose el día 31 de hospitalización bisegmentectomía de LSD (apical y posterior), el segmento anterior y lóbulo medio no se resecaron por encontrarse macroscópicamente de aspecto y funcionalidad normal, no hiperinsuflados. El estudio histológico confirma ELC postoperatorio de evolución tórpida caracterizadas, por lento deterioro respiratorio y progresiva hiperinsuflación pulmonar derecha, TAC muestra hiperinsuflación e imágenes quísticas en LSD, el día 62 de hospitalización se realiza lobectomía de lóbulo medio derecho y segmentectomía de segmento anterior de LSD por encontrarse lóbulo y segmento fusionados, estudio histológico confirma ELC en un segundo lóbulo afectado. La evolución postoperatoria difícil, por neumonía parainfluenza 3 asociada y fístula broncopulmonar a derecha. Se da de alta el día 113 con oxígeno domiciliario. El paciente se encuentra actualmente con oxígeno nocturno 1/8 litro. **Conclusiones:** El ELC afectando dos lóbulos bilateralmente es de presentación inusual, y más inusual aún el compromiso de dos lóbulos ipsilateralmente. Fue de difícil diagnóstico aún apoyado en exámenes que no aportaron todo lo deseado. El compromiso de un segundo lóbulo se hizo más aparente después de la extirpación de los segmentos afectados que dominaban el cuadro inicial.

EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LAS INFECCIONES POR VRS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA. 2003 VS 2007

Poblete S, Leiva H, Vergara E, Flores G, Zapata J.

Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua. USACH.

Introducción: Las infecciones respiratorias por VRS son de alta frecuencia, especialmente en los lactantes, producen una carga hospitalaria estacional ascendente, pueden provocar la muerte, demandan recursos complejos y caros y en su manejo ha existido controversia permanente. **Propósito:** Evaluar comparativamente las características de presentación clínica, epidemiología y manejo de estos pacientes en nuestro servicio en los años 2003 y 2005. **Material y Método:** Revisión de las fichas clínicas de los niños egresados en los años mencionados, con el antecedente de IFI positiva para VRS, en las variables edad, días estada, uso de antibióticos, corticoides, ventilación mecánica, broncodilatadores, oxígeno, kinesiterapia, condición al egreso, complicaciones, exámenes de laboratorio y diagnóstico el egreso. Análisis estadístico mediante SPSS 12.0. **Resultados:** La población estudiada corresponde a 60 niños en el año 2003 y 94 pacientes egresados el 2007. La edad promedio es similar, 9,9 meses en 2003 y 11,8 meses el 2007. Los días de hospitalización disminuyeron significativamente desde 7,4 días el 2003 a 5,9 días el 2007 ($p = 0,02$), existió predominio de los niños y el año 2007, un porcentaje más alto de las madres refirió lactancia materna ($p < 0,0001$). El principal diagnóstico de egreso el 2003 fue SBO, mientras que el año 2007 predominaron las BRN mixta o viral y aumentó el diagnóstico de Bronquiolitis aguda. Disminuyó significativamente la sobreinfección el año 2007 ($p < 0,0001$) En el tratamiento se usó Oxígeno en la mitad de los casos en ambos años, se usaron broncodilatadores en todos los niños, disminuyendo el uso de nebulizaciones. Se aprecia una disminución significativa del uso y el tiempo de corticoides el año 2007 ($p < 0,0001$). La kinesiterapia se mantuvo en una alta proporción. Siete pacientes se conectaron a ventilación mecánica el año 2007 en nuestro servicio. No se registraron muertes en esta población. **Conclusiones:** El año 2007 se acortó la estadía hospitalaria, el manejo consideró las recomendaciones en el sentido de no usar corticoides, si bien no se excluyó totalmente. A pesar de disminuir la sobreinfección, se mantuvo el uso de antibióticos. Es imprescindible continuar con la revisión permanente del manejo de estos pacientes, haciendo hincapié en el uso de las guías clínicas disponibles en el servicio.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUÍSTICA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL CONCEPCIÓN, VIII REGIÓN, CHILE

Pérez T, Kawaguchi F, Astudillo D, Pérez C, Torres J, Suazo A.

Hospital Clínico Regional Concepción, VIII Región, Chile.

La fibrosis quística (FQ) se caracteriza por compromiso multisistémico. El diagnóstico de FQ involucra compromiso clínico, pruebas del sudor alteradas y/o mutaciones del CFTR. **Objetivo:** Caracterizar fenotípica y genotípicamente a pacientes del programa de FQ del Hospital Clínico Regional Concepción. **Materiales y Métodos:** Durante el período abril-mayo 2006, se realizó un análisis descriptivo, prospectivo de pacientes ingresados al programa. De un total de 41 pacientes se estudiaron 35. Se clasificó según sexo, edad, clínica, resultados del test de sudor, genotipo y antecedentes familiares de FQ. **Resultados:** Del total de casos 21 (61%) fueron hombres y 14 (39%) mujeres. La edad promedio fue 14 años. Clínica; presentaron compromiso respiratorio 35 (100%); digestivo 32 (91%) y OTRL 30 (86%). Según puntuación de Shwachmann se catalogaron como casos severos en un 14%. La media del test del sudor fue $73 \pm 17,3$ Mmol/L de NaCl. Sólo en un 20% se encontraron mutaciones del gen CFTR (DF508, G85E, R334W, R553X y G542X). Sólo un 29% casos tenían un hermano(a) con diagnóstico clínico de FQ, no corroborado por exámenes de laboratorio. **Conclusión:** Los pacientes presentaron características distintas a las descritas en otros estudios nacionales. Los métodos diagnósticos actuales no son lo suficientemente sensibles, contribuyendo al importante subdiagnóstico estimado en Chile.

FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTES: DIAGNÓSTICO POST-MORTEM

Delamarre MG, Velozo CL, Muñoz M, Rojas AS.
Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile.

Introducción: Presentamos 2 casos de lactantes menores con cuadros clínicos clásicos de fibrosis quística (FQ), en quienes se realiza el diagnóstico post-mortem. **Caso 1:** RNT PEG sexo femenino. Desde el mes de vida con anemia hemolítica severa Coombs (-). A los 3 meses, hepatomegalia 4 cm bajo reborde costal (BRC), mal incremento ponderal. Evolución con edema e hipoproteinemia. Pruebas hepáticas normales. Tamizaje de acyl-carnitina normal. Fallece a los 3 meses 19 días. Diagnósticos clínicos: Falla orgánica múltiple, sepsis por *S. aureus*, Obs enfermedad metabólica. **Caso 2:** RNT PEG sexo femenino con muy mal incremento ponderal. A los 5 meses, 3.800 g. Se hospitaliza con deshidratación hiponatrémica, anemia, edema, hipoproteinemia e hígado 6 cm BRC. Además, dermatitis glútea extensa sin respuesta tratamiento tópico. Pruebas hepáticas alteradas. IVX normal. Fallece a los 5 meses 15 días. Diagnósticos clínicos: Daño hepático crónico, sepsis por *Candida* y *S. aureus*. Obs enfermedad metabólica. **Discusión:** Ambas lactantes menores sin patología respiratoria ni antecedentes familiares de FQ. En autopsias se observa glándulas dilatadas con mucus en páncreas, patognomónico de FQ. Además, colelitiasis, microvesícula y esteatosis hepática. El caso 1, se presenta con anemia hemolítica por déficit de vitamina E. El caso 2, con probable acrodermatitis enteropática por déficit de Zinc. La insuficiencia pancreática exocrina explica la triada clásica en lactantes: anemia, hipalbuminemia y edema. No se realiza test del sudor ni estudio genético. **Conclusión:** La presentación de FQ en lactantes menores es diferente al resto de los niños. La asociación de desnutrición secundaria, hepatomegalia, pruebas hepáticas alteradas o no, anemia hemolítica y dermatitis sin respuesta a tratamiento, suelen considerarse, equivocadamente, dentro de las enfermedades metabólicas. La falta sospecha del pediatra en estos casos determina diagnóstico tardío y desenlace fatal.

PATOLOGÍA MITRAL EN LA PRÁCTICA CARDIOLÓGICA PEDIÁTRICA

Castillo ME, Toro L, Herrera F, Garay R, Alcántara A, Zelada P.
Hospital Dr. Sótero del Río, Unidad de Cardiología Infantil.

Introducción: La patología mitral aislada es de rara incidencia en la edad pediátrica especialmente la estenosis mitral (EM). El Hospital de niños de Boston relata una incidencia de patología mitral aislada de 0,16% del total de cardiopatías congénitas; más frecuentemente se encuentra como parte de otra patología o asociada a ella. (Ej: Sd Shone, Hipoplasia de corazón izquierdo(HVI); Canal aurículo-ventricular(CAV), miocardiopatía (MP) enfermedades del tejido conectivo, etc. **Objetivos:** Analizar incidencia y formas de presentación de patología mitral en el Área Sur-Oriente de Santiago. Determinar asociación a otras cardiopatías o síndromes, incidencia de cirugía, y tipos de cirugía de dicha patología con respecto a cardiopatías en general. **Material y Métodos:** Se revisaron las fichas de todos los pacientes portadores de patología mitral de cardiología infantil del Hospital Sótero del Río. Se dividió en EM, IM (Insuficiencia mitral), y Enfermedad mitral (EnfM). Se analizó edad de presentación, sexo, cirugía, edad de cirugía, asociación a otras cardiopatías. No se consideraron IM asociadas a shunt de izquierda-derecha que remitieron con la cirugía. Del fichero electrónico se obtuvo el total de pacientes cardiopatas, y el total de cirugías. **Resultados:** De un total de 3.207 cardiopatas, 121 (3,7%) presentaban patología mitral; el 54,5% eran del sexo femenino; 36 (1,1%) EM; y 79 (2,5%) IM; y 6 (0,19%) Enf. M. Patología mitral aislada: 8 (0,25%), EM: 2 Enf. M: 2 e IM: 4. De las EM: 2 eran aisladas y 6 asociada a otra CC aislada; 14 como parte de HVI; 7 de: S. Shone, 1 en CAV operados (op) 1 en I-tga, 1 con doble salida de ventrículo derecho, 4 otros. Insuficiencia Mitral aislada: 4 pacientes, y 7 asociada a otra CC aislada; 13 en CAV parcial, 12 en CAV op; 14 en MP, en la medida que regresó la disfunción ventricular regresó la IM, 18 en enfermedad reumática (ER), sólo 1 no regresó; 5 en Marfan, 1 en coronaria izquierda anómala, 5 otras. Del total de cardiopatas se operaron 869, de ellos, 18 de patología mitral (2,1%) EM: 2, Enf. M: 2 IM: 14. Cirugía en patología mitral: 8, recambios mitrales: 2 en S. Shone: 1 en CAV op, 2 en Enf. M, 1 en ER, 1 en MP 1 en necrosis anillo mitral post EFG. Plastia mitral 10: CAV op 4; CAV parcial 3; IM 3. **Conclusiones:** La patología mitral aislada es rarísima en la práctica de la cardiología infantil del área Sur Oriente de Santiago, especialmente la estenosis. Se encuentra más frecuentemente como parte de patologías más complejas. Debe buscarse en forma dirigida en determinadas patologías.

FUNCIÓN VENTRICULAR EN CIRUGÍA DE FONTAN: COMPARACIÓN DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y DOPPLER TISULAR

Castillo ME, Alcántara A, Zelada P, Toro L, Herrera F, Garay R, Parra R.
Hospital Dr. Sótero del Río, Unidad de Cardiología Infantil. Radiólogo Infantil Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La evaluación objetiva de la función ventricular (FV) en ventrículo único (VU) es difícil, pues está reservada a resonancia nuclear magnética cardíaca (RMC), examen de difícil ejecución por tiempo, necesidad de anestesia bajo los 8 años, alto costo e imposibilidad de realizarla en pacientes portadores de marcapaso. Últimamente se está utilizando en niños el Doppler tisular (TDI) para dicha evaluación, examen de fácil realización, pero que se encuentra más bien reservado como técnica comparativa en el tiempo y no avalada en la edad pediátrica. En la literatura existen escasos reportes de objetivación de función miocárdica. **Objetivos:** Comparar dos técnicas de evaluación de FV; RNM y TDI, en niños portadores de VU con cirugía de Fontan (F) del H. Sótero del Río. Proponer la evaluación de (FV) sistólica y diastólica con TDI. **Material y Métodos:** En una muestra de 8 pacientes del H. Sótero del Río, mayores de 8 años de edad, portadores de VU con F, se realizó RMC. Todos los exámenes fueron analizados por el mismo radiólogo, midiendo fracción de eyección y análisis de volúmenes y masas. En los 15 días previos a la RMC, se les realizó Ecocardiografía con G&E Vivid 7, obteniendo loop para análisis TDI, y posterior proceso en Q-análisis espectral, Tissue Tracking (TT), Strain (ST) y Strain Rate (SR), todo lo cual fue evaluado por tres ecocardiografistas. En corazón univentricular con dos cámaras se evaluaron ambas paredes y se promediaron los resultados. Se comparó función normal, presencia de disfunción sistólica y diastólica, según tablas y valores normales para cada método. **Resultados:** Los pacientes analizados tenían edades entre 10-29 años con una media de 13,9 años; 6 correspondían a sexo femenino y 2 al masculino. La edad media de cirugía de Fontan fue 2 años 10 meses. El Dg de los pacientes fue: 4 atresia tricuspídea (AT), 2 L-TGA, 1 Heterotaxia con canal AV desbalanceado, 1 ventrículo doble entrada. Se obtuvo valores confiables de TDI, TT, ST, SR en 5 pacientes, 3 con discordancia TDI, TT/ST, SR, en ellos la relación con RMC fue comparada con TDI, TT. La resonancia demostró que de los 8 pacientes, 4 presentaron función miocárdica sistólica normal (3 portadores AT) y 4 disfunción, 2 pacientes presentaron disfunción diastólica. De los 4 con FMS normal, 4 tuvieron TT normal y 3 TDI normal, 1 disfunción leve. De los 4 con disfunción sistólica los 4 tuvieron TDI Y TT alterados. Finalmente, todos los pacientes tuvieron estimación de ondas (TDI) menor que población normal. **Conclusiones:** La comparación entre las 2 técnicas analizadas mostró que existe buena correlación entre los resultados del análisis espectral de TDI y TT y la evaluación funcional de la RMC. Puede inferirse que el estudio de TDI es aplicable para evaluar FV sistólica y diastólica en corazón univentricular con cirugía de Fontan, a pesar de que el número de pacientes es pequeño para sacar conclusiones definitivas.

ASOCIACIÓN ENTRE CARDIOMEGALIA RADIOLÓGICA Y CARDIOPATÍA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Segovia L³, Piña J³, Urrutia P¹, Zegers C¹, Calvo C¹, Díaz A², Massú M¹.
Cardiología infantil Hospital Félix Bulnes Cerda¹, Cardiología Infantil Hospital San Juan de Dios², Becado Pediatría Hospital Félix Bulnes Cerda³, Unidad de cardiología infantil, Hospital clínico Félix Bulnes Cerda, Hospital San Juan de Dios.

Objetivo: Determinar la asociación entre cardiomegalia radiológica y presencia de cardiopatía, en pacientes sin antecedentes cardiológicos ingresados a Servicio de Urgencias HFBC en el periodo de Abril a Agosto 2007. **Material y Método:** Se estudiaron en forma prospectiva pacientes derivados desde el servicio de urgencias infantil del Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda en el periodo comprendido entre los meses de Abril y Agosto del 2007, con sospecha de cardiomegalia radiológica. Los pacientes fueron derivados a Unidad de cardiología infantil para estudio ecocardiográfico. Se realiza examen cardiológico para determinar presencia de soplo. Se analizaron radiografías antero posterior mediante medición de índice cardiotorácico por radiólogo. Se consideró cardiomegalia radiológica a la presencia de índice cardiotorácico mayor a 0,5. Se confeccionó un protocolo para objetivar antecedentes de edad, sexo, presencia de soplo cardíaco, índice cardiotorácico, resultado de Ecocardiograma y presencia de complicaciones. **Resultados:** Ingresaron 41 pacientes con sospecha de cardiomegalia radiológica, 16 mujeres (39%) y 25 hombres (61%), la mediana de edad fue de 12 meses con una dispersión entre 17 días y 12 años, solo un 14,5% presentó al examen físico la presencia de soplo. El índice C/T fue mayor a 0,5 en 37 pacientes (90%) e igual a 0,5 en 4 pacientes (10%). Hubo 6 niños con ecocardiograma alterado (14,5%) y normal en 35 niños (85,5 %). De los pacientes con Eco alterada, fallecen 2 (5%). De los pacientes con soplo, 2 casos (33%) correspondieron a pacientes cardiopatas. Las cardiopatías correspondieron a: Miocardiopatía dilatada con disfunción VI, CIA con repercusión hemodinámica, Cardiopatía compleja (Ventrículo único, transposición grandes arterias, atresia Ao, ductus permeable, insuficiencia valvular AV, insuficiencia valvular pulmonar, foramen oval, HPT severa), Prolapso válvula Mitral-Dilatación Ao con insuficiencia mínima. **Conclusiones:** Ante la presencia de una cardiomegalia radiológica es aconsejable realizar a todo paciente un estudio ecocardiográfico por la posibilidad de que dicho hallazgo corresponda a una cardiopatía.

PREVALENCIA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN RECIÉN NACIDOS VIVOS EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE EL AÑO 2006

Castro L, Cortés A, Figueroa R, Cabello A.
Hospital Clínico Herminda Martín Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción.

Introducción: Alrededor de 2 a 3 de cada 100 recién nacidos (RN) son portadores de alguna anomalía congénita. Dentro de los defectos congénitos, son las cardiopatías congénitas (Cc) las anomalías más frecuentes y asociadas a cerca de la mitad de la mortalidad por malformaciones en la infancia. La confirmación diagnóstica exige la evaluación por el cardiólogo infantil y efectuar una ecocardiografía. **Objetivo:** Estudiar la prevalencia de cardiopatías congénitas en niños nacidos durante el año 2006. **Materiales y Métodos:** En nuestra provincia las cardiopatías congénitas sólo pueden ser diagnosticadas en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HHM), en el Consultorio adosado de especialidades del HHM o en el centro radiológico Chillán. Se recurrió a los sistemas de archivos de estos centros buscando todas las cardiopatías congénitas diagnosticadas en RN durante el año 2006. **Resultados:** El total de población censada en el año 2002 fue de 458770 habitantes. El total de cardiopatías diagnosticadas durante el año 2006 fue de 208. Por lo tanto la prevalencia calculada para la provincia de Ñuble fue de 0,4 por cada 1000 habitantes. **Conclusión:** Al no existir estudio similar en nuestra provincia, esperamos que este estudio quede como precedente para estudios posteriores.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Araneda I, González S, Campos C, Caballero E, González AM.
Hospital Exequiel González Cortés (HEGC). Unidad de Cardiología. Servicio de Pediatría.

Introducción: La Endocarditis Infecciosa Izquierda (EII), es una patología de alta morbi-mortalidad, por las complicaciones valvulares que llevan a falla cardíaca y por las embolias sistémicas. Su tratamiento es inicialmente médico, pero puede ser necesario el tratamiento quirúrgico. **Metodología:** Se reportan 3 casos de EII del último año en el HEGC, que fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios de Dukes, por Ecocardiografía trans-torácica y todos tenían indicación quirúrgica. Se analizan los factores determinantes en el diagnóstico y su evolución. **Resultados:** **Caso 1.** Paciente de 12 años, sin cardiopatía conocida, que sufre infección en un ortoje e ingresa con fiebre de 1 semana, vegetación en válvula aórtica y hemocultivo (+) a *Estafilococo Aureus* metilicina sensible que respondió a Cloxacilina IV. Presenta ruptura de velos aórticos e insuficiencia valvular y cardíaca severa. Se realiza reemplazo valvular con recuperación satisfactoria. **Caso 2.** Paciente de 11 años con Aorta Bicúspide no diagnosticada, sin episodio bacterémico previo. Ingresó con fiebre, petequias, verificando vegetación en Aorta y hemocultivo (+) a *Streptococo Viridans*, evoluciona con embolizaciones sistémicas, e Insuficiencia aórtica severa. Se realiza cirugía con reemplazo valvular quedando con leves secuelas neurológicas. **Caso 3.** Lactante de 8 meses, Síndrome de Down, con CIA + Ductus amplio y CIV pequeña, hospitalizado por BRN en UCI, con catéter central, sepsis por *Estafilococo metilicina resistente*, vegetación en válvula mitral, que obstruye la apertura valvular. Su gravedad impidió estabilizarlo para cirugía y falleció. **Conclusiones:** La presencia de cardiopatía previa es el 1er factor determinante en la presencia de EII, (en el caso 1 no se pudo objetivar). El origen de la bacteremia (2º factor) estuvo identificado en 2 de 3 casos. El pronóstico depende de lo precoz de la cirugía, pero a edad temprana, ésta es de riesgo debido a falta de elementos protésicos, y dificultades técnicas. Se recomienda estudiar todo sople que aparece en un niño; optimizar profilaxis EBSA en todo paciente cardíaca y evitar procedimientos invasivos innecesarios en cardíacas de cualquier edad.

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Aguirre D¹, Álvarez P¹, Fernández C¹, Miranda JP², Palominos G³.
¹Servicio de Cardiología, Hospital Roberto del Río, ²Becado de Cardiología Infantil, Universidad de Chile, ³Servicio de Cardiocirugía, Hospital Roberto del Río.

El Ductus Arterioso Persistente (DAP) es una cardiopatía congénita acianótica que corresponde a un 10% de las cardiopatías. Hasta hace unos años el tratamiento quirúrgico era la única terapia disponible. Con la incorporación de esta cardiopatía al sistema AUGE/GES el cierre percutáneo ha constituido una alternativa terapéutica válida en la gran mayoría de estos pacientes. **Objetivo:** Describir la experiencia de un centro de referencia cardiovascular en el tratamiento del DAP. **Materiales y Métodos:** Se revisó en forma retrospectiva la base de datos del Servicio de Cardiología y Cardiocirugía del Hospital Roberto del Río entre enero del año 2001 y junio del año 2007. Se seleccionaron 551 pacientes con diagnóstico de DAP sin otros defectos asociados. Se agruparon en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico y aquellos sometidos a cierre percutáneo. En el grupo I se determinaron los pacientes recién nacidos de pretérmino y en el grupo II el tipo de dispositivo utilizado. En cada uno de los grupos se analizó la edad al momento del cierre. **Resultados:** De los 576 pacientes, el 51% (N = 296) fueron sometidos a cierre quirúrgico (grupo I), de los cuales cerca de un tercio (33%) eran pacientes prematuros. El 49% restante correspondió a pacientes derivados para cierre percutáneo (N = 280). De éstos el 91% fueron sometidos a cierre con coil y el 9% a cierre con dispositivo tipo Amplatzer. El promedio de edad fue de 1,5 años para los pacientes en el grupo I y 4,3 años para el grupo II. En el grupo I se observó un descenso significativo del número de pacientes y en la edad promedio al momento de la cirugía (p < 0,05). **Discusión:** el número de casos de DAP operados ha disminuido progresivamente, así también como la edad promedio al momento del cierre. Por otra parte, el número de pacientes sometidos a cierre percutáneo se ha incrementado ya que los pacientes portadores de ductus amplio derivados a cirugía actualmente son sometidos a cierre percutáneo con dispositivo.

FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO NO COMPACTADO

González S, Araneda I, Castro F, Álvarez P, Caballero E, González AM, Campos C.
Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) Servicio de Pediatría Unidad de Cardiología.

El Ventrículo Izquierdo No Compactado (VINC), es una Miocardiopatía congénita, recientemente reconocida, cuya incidencia es desconocida, de curso progresivo y diversas formas de presentación y puede causar muerte súbita. Hay evidencias que sería causada por una detención en la embriogénesis del miocardio, y se ha asociado a mutaciones genéticas. La Ecocardiografía (ECOC) permite hacer el diagnóstico con los siguientes criterios: 1) múltiples trabéculas; 2) recesos intertrabeculares con flujo sanguíneo en ellos y 3) relación miocardio no compactado/compactado > 2. El objetivo de esta revisión es describir formas de presentación clínica de VINC. Se revisan 5 pacientes (ptes) con este diagnóstico. **Caso 1.** Niña de 12 años con CIV en control, asintomática, en el electrocardiograma (ECG): Extrasístoles Ventriculares (EV) aislados. **Caso 2.** Niña de 2 años evaluada por palpitaciones, al ECG con EV y bigeminismo. **Caso 3.** Niño de 3 meses ingresa en Shock Cardiogénico con cardiomegalia. **Caso 4.** Niño de 12 años, ingresa por Síncopa con CIV en ejercicio y bradicardia sinusal marcada. **Caso 5.** Niña de 2 meses, ingresa a UCI por síndrome apneico y soplo cardíaco (CIV); evoluciona con desaturaciones y bradicardia. El ECOC en los 5 ptes permitió llegar al diagnóstico de VINC de acuerdo a los criterios antes mencionados. El compromiso en todos los casos fue apical; con disfunción sistólica severa y diastólica en uno de los ptes. Todos los casos fueron confirmados con Resonancia Nuclear Magnética Cardíaca. **Conclusiones:** La presentación clínica es variable, desde asintomáticas a arritmias ventriculares e insuficiencia cardíaca descompensada, como lo descrito en la literatura. El paciente que presentó síncope en ejercicio probablemente fue por arritmia. Frente a estos cuadros clínicos se debe pensar en esta patología, y requiere evaluación cardiológica con ECOC orientada a su búsqueda.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Guzmán G, Leiva H.
Hospital Regional Rancagua.

La enfermedad de Kawasaki (EK) consiste en una vasculitis sistémica cuyo diagnóstico depende del cumplimiento de 5 criterios clínicos clásicos para confirmar la enfermedad. El no cumplir con todos estos criterios (EK incompleto), presentarse en lactante menor de un año, tener presentación atípica o el espaciamiento en el tiempo de los signos clínicos retarda el diagnóstico y tratamiento oportuno, aumentando el riesgo de complicaciones cardíacas. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo entre Enero 2000 y Agosto 2007 de pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Rancagua. Análisis estadístico con chi cuadrado corregido por Fisher. **Resultados:** Se identificaron 18 pacientes con EK, 50% varones, con un promedio de edad de 21,6 meses (DS 10,3) y rango de 2-39 meses: 4 (22%) eran menores de un año. Diez (55%) presentaron sus síntomas en más de 10 días, sin diferencia significativa entre los menores y mayores de un año. Nueve pacientes eran EK incompleto (50%), siendo los 4 pacientes menores de un año de este grupo ($p < 0,04$). Se presentaron en forma atípica 9 pacientes: 3 sospecha de infección urinaria, 2 encefalitis, 1 neumonía, 1 síndrome febril prolongado y 2 como sepsis. De estos 6 (67%) se diagnosticaron tardíamente. Doce pacientes tuvieron compromiso coronario (67%). No hubo significancia estadística para presentar alteración coronaria en el grupo incompleto, menor de un año ni atípico. Sólo la duración mayor de 10 días en la aparición de los signos clásicos fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). **Discusión:** El diagnóstico tardío de la EK constituye un problema ya que retrasa el inicio del tratamiento aumentando el riesgo de compromiso coronario. No se comprobó que los menores de un año, el grupo incompleto ni el atípico presentaran mayor riesgo, pero si la distribución de los síntomas en más de 10 días, requiriendo este grupo un alto índice de sospecha para evitar la aparición de complicaciones.

TIEMPO DE RESISTENCIA AL TEST DE ESFUERZO, CAPACIDAD AERÓBICA, ESTRÉS CARDIOVASCULAR Y SARCOPIENIA EN ADOLESCENTES

Tapia J, Willeke A², Araneda M², Silva D³, Martínez CG⁴, Tapia P¹, Siegmund D⁵, Tapia C⁵.

¹Cardiólogo Infantil, Profesor Asistente Pediatría Universidad de Chile. ²E.U. Lab. Cardiología no Invasiva HGGB. ³Int. Medicina Universidad de Chile; ⁴Int. medicina USS; ⁵Al. Medicina Universidad de Chile.

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular y de fuerza. Ocurre a partir de los 30 años de edad, a un ritmo de 0,5% anual hasta los 50, en los 20 años siguientes se pierde un 30% de masa muscular y en la década siguiente otro 30%. Este fenómeno, propio del envejecimiento es un pilar del "Síndrome de Fragilidad" que se manifiesta en la 3ª edad, y afecta principalmente a las fibras tipo II. En adolescentes chilenos no se ha estudiado en el nivel primario el déficit de masa magra, sus impacto en la baja condición física (fitness), ni su importancia para el diseño del tipo de ejercicios (aeróbicos o de resistencia) recomendables para incorporar a las clases de educación física como mejor estrategia para reducir el sedentarismo, sobrepeso, obesidad y el riesgo metabólico y cardiovascular asociado. **Hipótesis:** El sedentarismo produce atrofia muscular en adolescentes, reduce su condición física y es posible que el Síndrome de Fragilidad sea una causa importante de la fatiga que manifiestan al esfuerzo. **Objetivo:** Determinar en un grupo de adolescentes aparentemente sanos, el impacto del déficit de masa magra sobre el tiempo de resistencia, estrés cardiovascular y VO_2 durante el Test de Esfuerzo. **Metodología:** Entre marzo y septiembre del 2007 se evalúan con el Protocolo de Bruce a 47 adolescentes que presentaron dolor precordial u otros síntomas de fatiga, en clases de E. Física. El grupo I presentaba déficit de masa magra, (tanita®) y el Grupo II tenía valores normales para edad y sexo. En todos, el examen clínico cardiovascular previo y ECG fueron normales. Se descartaron 5 con cardiopatía. El consumo de oxígeno se estimó por la fórmula: $VO_2 = METS \times 3,5$, el tiempo de resistencia (min), un índice de eficiencia física ($EF = VO_2/DP$), el flujo inspiratorio nasal máximo (FINM), el cociente $VO_{2\text{máx}}/O_{2\text{máx}}$ inspirado. El estrés cardiovascular por el doble producto ($DP = Pas \text{ máx} \times Fc \text{ máx}$). El análisis estadístico se efectuó por ANOVA, diferencias de medias y los valores se expresan en promedio y Ds. **Resultados:** 60% tuvo exceso de masa grasa y 46,4% déficit de masa magra. Hubo diferencias significativas en el VO_2 pero no en el estrés cardiovascular. El grupo I con sarcopenia tuvo peor capacidad aeróbica y tiempos de resistencia más cortos. Los datos apoyan implementar ejercicios de resistencia localizada, en las clases de educación física de los escolares chilenos.

RECUPERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA DESPUÉS DEL EJERCICIO: ¿PREDICTOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES?

Tapia J, Willeke A², Araneda M², Tapia P³, Silva D¹, Siegmund D³, Martínez CG⁴, Tapia C⁵, Urrutia F.

¹Cardiólogo Pediatra, Profesor Asistente de Pediatría Universidad de Chile. ²E.U. Laboratorio Cardiología no Invasiva HGGB. ³Int. de medicina USS. ⁴Int. medicina Universidad de Chile. ⁵Alumnos de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La recuperación de la frecuencia cardíaca (RFC) después del ejercicio, es un marcador del tono vagal que en adultos puede predecir tanto la mortalidad por cardiopatía coronaria independiente de la severidad observada en los estudios angiográficos como su pronóstico post rehabilitación. En niños sanos, esta respuesta aún no ha sido estudiada. **Objetivo:** Medir las curvas estandarizadas de RFC en 88 adolescentes de 10 a 17 años, sometidos al Test de Esfuerzo y determinar la sensibilidad y especificidad en la detección de los factores de riesgo cardiovascular. **Metodología:** 27 adolescentes de sexo femenino y 50 de sexo masculino aparentemente sanos, que consultaron por dolor precordial o síncope relacionado al ejercicio y/o Síndrome metabólico, fueron sometidos a su máximo esfuerzo con el protocolo de Bruce entre Enero 2006 y Septiembre 2007. Un grupo de 11 adolescentes con cardiopatías congénitas operadas o adquiridas fue tomado como control. En todos ellos se midió consumo de oxígeno (VO_2), Reserva cardíaca (RC), VO_2/DP , IMC, circunferencia de cintura (Cc), peak de presión sistólica (PPs), curvas de presión diastólica (Pd) y de Fc en cada etapa de la prueba, se consignó además antecedentes familiares de enfermedad CV o Diabetes. El tiempo de RFC se definió como la reducción de la Fc desde el peak de ejercicio hasta los primeros 6 minutos post esfuerzo, se estandarizó con la fórmula de Myers para facilitar comparaciones. Se midió con ANOVA y Chi cuadrado las significaciones estadísticas. Los datos se expresaron con promedios, Ds y el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la RFC en los adolescentes aparentemente sanos y también dentro del grupo de cardiopatas. La RFC en el 14% siguió un patrón de riesgo y fue óptima en el 11,7% del grupo aparentemente sano. En el grupo de cardiopatas, 20% mostró un patrón óptimo y 9% de riesgo. La correlación con el VO_2 y VO_2/DP en la RFC óptima, fue de R: 0,68. **Conclusión:** La RFC puede discriminar los perfiles de riesgo cardiovascular en adolescentes.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS AMBULATORIAS OPERADAS EN HOSPITAL EL PINO ENTRE 1998 Y 2006

Aravena A, Salvo D, Schlesinger P, Wagemann G.
Hospital El Pino.

El Hospital El Pino (HEP), que fue concebido originalmente como un sanatorio de tuberculosis, en los últimos 20 años ha experimentado un creciente desarrollo y modernización y actualmente es un establecimiento de mediana complejidad en el cual se atiende a la población de las comunas de El Bosque y San Bernardo, pertenecientes al Área del Servicio Metropolitano de Salud Sur. La resolución de las patologías quirúrgicas pediátricas solía llevarse a cabo en el Hospital Exequiel González Cortés (HEGC). Sin embargo, en el Año 1995 se constituyó el Servicio de Cirugía Infantil del HEP, situación que permitió a nuestro establecimiento el ofrecer la resolución de este tipo de patología a su población correspondiente. Este trabajo se hizo retrospectivamente y de tipo cuantitativo para observar el comportamiento epidemiológico de la población de El Bosque y San Bernardo en términos de patología quirúrgica pediátrica. Se trabajó con datos obtenidos de los libros de registro de pabellón, correspondientes al período comprendido entre Enero de 1998 y Diciembre de 2006, ambas inclusive. Se tabularon los datos de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en pabellón a pacientes menores de 15 años, los cuales incluyen: Fecha de la intervención (Mes y Año), Número de Ficha del paciente, Sexo del paciente, Edad del paciente y Patologías operadas en esa ocasión. Se excluyó, pues, a los pacientes cuya edad fuese superior o igual a 15 años o no estuviese consignada. Posteriormente se clasificó las intervenciones en función del sexo y la edad de los pacientes operados, en 10 grupos. Por otro lado, nuestro servicio está en pleno desarrollo, por lo que la capacidad resolutoria del mismo ha ido en aumento durante el período estudiado, por lo que es prudente analizar los resultados contemplando plazos más acotados, lo que reflejaría de mejor manera el carácter dinámico de la variedad y frecuencia de las patologías resueltas. Conviene reiterar el enfoque cuantitativo de nuestro estudio por ello nos limitamos, a comparar la frecuencia de las patologías en cada grupo, no así la distribución por sexo y edad de cada una de ellas. Al mismo respecto, puede observarse que en hombres la Fimosis aparece como una patología altamente prevalente, lo que dificulta aún más la comparación entre grupos equivalentes de sexos opuestos. Se concluye que las intervenciones en nuestro Hospital fueron realizadas preponderantemente en pacientes de sexo masculino, un 77,69% de ellas (3.005 intervenciones de un total de 3.868). Puede destacarse además el hecho de que la patología genital fue motivo de la mayoría de las intervenciones quirúrgicas practicadas en niños de 2 años o más, mientras que en niños menores de 2 años y en niñas menores de 10 años se intervino fundamentalmente patología herniaria. Independientemente del sexo y la edad, la Fimosis fue la patología más frecuentemente intervenida en el período estudiado, representando el 35,70% del total de intervenciones realizadas.

TUMORES DE PÁNCREAS EN NIÑOS: CORRELACIÓN IMAGENOLÓGICA Y ANATOMO-QUIRÚRGICA. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS EN EL 2007

Ferrón S, Fuentealba I, Blanco A, Olavarrieta C, Codoceo A, Vega R, Macho L, Díaz V, Henríquez A, Latorre JJ.
Servicio de Rayos, Cirugía Infantil y Anatomía Patológica, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

Introducción: Los tumores de páncreas son muy infrecuentes en la infancia, la incidencia en menores de 20 años es de 1,4 por millón de habitantes. **Objetivo:** Dar a conocer las características imagenológicas y su correlación anatómo-quirúrgica de 2 tipos de tumores pancreáticos pediátricos. **Material y Método:** Caso 1. Femenino, 13 años, sana. Consulta en servicio de urgencia, con historia de dolor abdominal y fiebre, de 3 días de evolución. Ingresó como Colecistitis Aguda; en ecografía abdominal se observa gran masa pancreática. Se realiza Tomografía axial computada (TAC) y cirugía. Caso 2. Masculino, 14 años. Hace 4 años, con episodios convulsivos secundarios a hipoglucemias. Test de ayuno y de glucagón positivos. Estudios imagenológicos demuestran lesión intrapancreática. Se planifica cirugía. **Resultados:** Caso 1. En la TAC, se observa gran tumor pancreático encapsulado, heterogéneo, con componente sólido-quístico y calcificaciones, que compromete cuello y cuerpo. Se observan 3 lesiones redondas sólidas, a nivel hepático sugerentes de metástasis. El intraoperatorio, muestra masa sólida, exofítica del cuello-cuerpo del páncreas. Se reseca en su totalidad. La histología muestra nidos y cordones, formando pseudopapilas, compatible con tumor sólido pseudopapilar del páncreas, con metástasis hepáticas. Caso 2. La ecografía muestra masa sólida, homogénea, vascularizada e intraparenquimatosas. La TAC y resonancia magnética, muestran una lesión pequeña, bien delimitada, homogénea e intensamente vascularizada, sin signos de diseminación, concordante con hallazgos quirúrgicos. La histología muestra formación de acinos e Islotes de Langerhans, compatible con insulinooma. **Conclusiones:** El tumor sólido-pseudopapilar del páncreas es una neoplasia de bajo potencial maligno, que afecta con frecuencia a mujeres jóvenes, habitualmente su diagnóstico corresponde a un hallazgo. Los tumores funcionantes del páncreas, productores de insulina, se manifiestan con hipoglucemia. El estudio por imágenes, es fundamental para el diagnóstico, etapificación, planificación y control post quirúrgico; encontrándose una buena correlación entre éstas, los hallazgos intraoperatorios y anatomopatológicos.

CARACTERÍSTICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Castro F, Aravena A, Salgado D, Castro I, Madrid P.
Servicio de Urgencia Pediátrico Hospital Sótero del Río.

Introducción: La Apendicitis Aguda (AA) es la causa quirúrgica de urgencia más frecuente en la edad pediátrica y se presenta como un desafío diagnóstico. **Objetivo:** Describir las características tanto epidemiológicas como clínicas de la AA en el paciente pediátrico. **Método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de todos los pacientes pediátricos operados entre Abril y Julio del año 2007, en el Servicio de Urgencia Pediátrica del Hospital Sótero del Río con diagnóstico de AA o abdomen agudo. Se analiza la distribución por sexo, edad, sintomatología principal, horas de evolución, tipo de apendicitis, retraso y errores diagnósticos. **Resultados:** Durante el período estudiado se operaron 199 pacientes, 182 AA (91,5%) de las cuales el 37% fueron catalogadas como perforadas en el acto operatorio. El resto de los pacientes (17) correspondieron a hiperplasia folicular linfóide (11), apéndices sanos (2), torsión de epiploon (1), gestación ovárica (1), oxiuriasis (1) y fiebre tifoidea (1), según diagnóstico anatomopatológico. El promedio de edad fue de 9,3 años (rango: 2,3-14,8 años), de los cuales el 61% correspondieron a hombres. Los síntomas más frecuentes fueron historia de dolor abdominal (98%), náuseas (72%) y vómitos (65%) entre otros. El promedio de horas de evolución en la AA no perforada fue de 23 h (rango: 3-72 h) y en las AA perforadas fue de 50 h (rango: 10-168 h). Se constató retraso diagnóstico en 17 pacientes (8,5%). **Conclusión:** La AA puede presentarse a cualquier edad, siendo poco frecuente en menores de 5 años (8,2%), aumentando progresivamente llegando a su pick alrededor de los 10 años. El porcentaje de errores diagnósticos, encontrados en esta serie (8,5%) es aceptable teniendo en cuenta que existen otras patologías que se presentan con síntomas y signos muy similares a los de la AA. El porcentaje de AA perforadas es elevado (37%) debido principalmente al retraso en la consulta. En todo paciente con dolor abdominal agudo localizado en el cuadrante inferior derecho como síntoma principal, se debe pensar en AA, especialmente después de descartar causas de tratamiento médico, estos pacientes deben mantenerse en observación activa para evitar que lleguen a la perforación lo que aumenta el riesgo de complicaciones.

EMPIEMA TORÁCICO Y FÍSTULA PLEURAL COMO COMPLICACIÓN

Concha G, Valladares O, González A, Varas R, Gajardo C, Espinoza R.
Hospital Regional de Copiapó.

Preescolar de 2 años 6 meses, con historia de 7 días febril y dificultad respiratoria, con Rx tórax compatible con Neumonía apical derecha manejado con Penicilina EV, evolucionando satisfactoriamente por 5 días, luego febril con requerimiento de oxígeno, el control radiográfico muestra derrame pleural derecho, puncionado con carácter de empiema, cultivo negativo, instalándose tubo pleural por 3 días y cambio antibiótico a Cloxacilina-Ceftriaxona. Al cuarto día desarrolla neumotórax a tensión, Eco muestra empiema pleural tabicado. Se instala bránula torácica descompresiva de urgencia y se traslada al Hospital Regional de Copiapó. En SU, HRC se instala nuevamente tubo pleural, se cambió tratamiento ATB a Vancomicina y Amikacina; con parámetros reactivos de PCR 147, GB 19600, 68% PMN, VHS 124. Se reubica el drenaje pleural, evidenciando burbujeo de aire en el frasco, diagnosticándose fístula pleural, que fue manejada con tubo pleural y seguida con TAC y Rx de tórax hasta su resolución espontánea en 12 días. Se discute la importancia del manejo de los Empiemas Pleurales, en equipo con Pediatra y Cirujano Pediátrico, en forma protocolizada, para permitir el aseo toracoscópico precoz (Gold Standard actual) del empiema y evitar hospitalizaciones prolongadas y complicadas. También se insiste en el manejo en Red de los equipos de salud Regionales para los Empiemas, para así optimizar la calidad de atención con equidad.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Concha G, Valladares PO, González A, Espinoza R, Alcoholido I'.
Hospital Regional San José del Carmen de Copiapó, Hospital de Niños Roberto del Río'.

Adolescente de 14 años, con historia de cuatro meses de dolor abdominal, que debuta con cuadro de rectorragia masiva, con caída de Hcto a 28 gr/dL, siendo hospitalizado, transfundido con 3U GR y estudiado con ecografía abdominal, endoscopia alta, tacto rectal y rectoscopia, sin hallazgos patológicos; y pruebas de coagulación normales. Es manejado conservadoramente durante 20 días y ambulatoriamente con sucralfato y omeprazol por 10 semanas. Seis meses después, coincidiendo con período de stress escolar, desarrolla segundo episodio de hemorragia digestiva, con melena en tres oportunidades, caída de Hcto a 29,6 gr/dL, siendo hospitalizado y transfundido con 4U GR, manejado con omeprazol por tres semanas y estudiado nuevamente con endoscopia alta y colonoscopia normales. Se realizaron 2 Cintigramas Nucleares con Tc99m-pertechnetato ev, a los 10 y 17 días del sangrado, siendo negativo el primero y positivo el segundo para mucosa gástrica heterotópica. Se efectúa exploración laparoscópica, con resección de gran divertículo de Meckel de base ancha, que se extrae por ombligo (incisión en omega), para su resección en bloque y anastomosis primaria. Se realimenta a los dos días y alta al cuarto día. La biopsia fue positiva para mucosa gástrica heterotópica en divertículo. El paciente permaneció en total 33 días hospitalizado entre Copiapó y Santiago y requirió transfusiones sanguíneas en 2 ocasiones. Se discute la necesidad de protocolizar el manejo en la Red de Salud, de la Hemorragia Digestiva, para así evitar hospitalizaciones prolongadas y la recurrencia de nuevos episodios de sangrado con sus consecuencias. También se discute el momento del estudio con Cintigrafía como elemento importante en el diagnóstico etiológico.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE PATOLOGÍA NEFROUROLÓGICA INFANTIL. HOSPITAL DR. JUAN NOÉ CREVANI. ARICA, 2002-2007

Cárdenas Z, **Tobar J.**
Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Arica - Chile.

Introducción: El policlínico de nefrología infantil de nuestro hospital recibe pacientes derivados de atención primaria, de alta hospitalaria y de la unidad de emergencia. Los estudios de imagen en dichos pacientes nos han permitido identificar diversas patologías nefrourológicas de resolución quirúrgica a través de dos vertientes: un primer grupo que corresponde a hallazgos ecográficos pre o postnatales, y un segundo grupo que presentó como motivo inicial de consulta una infección urinaria. Completando el estudio con exámenes radiológicos y de medicina nuclear se pudo llegar al diagnóstico específico. Se detalla la casuística de pacientes de los últimos 5 años hospitalizados e intervenidos por cirujano infantil a nivel local. **Material y Método:** Revisión del libro de registro de intervenciones quirúrgicas infantiles y fichas de pacientes en el período enero 2002 – agosto 2007, consignando diagnóstico preoperatorio y el tipo de operación. **Resultados:** En el período analizado fueron operados en el Hospital de Arica 22 pacientes con diversas patologías urológicas, destacando en orden de frecuencia las Estenosis pieloureterales (pieloplastías) y dobles sistemas pieloureterales con atrofia de uno de los sistemas y necesidad de heminefrectomías con 5 pacientes en cada caso. Le siguen en orden de frecuencia las nefrectomías (EPU severa, riñón multiquístico y atrofia renal por RVU severo) y los neoinplantos ureterales por reflujo vésico ureteral severo con 3 casos cada uno. En siguiente lugar y con 2 casos se encuentran los siguientes diagnósticos: litiasis pieloureteral sometida a pielolitotomía abierta, megaureter congénito (a los que se practicó plastia y neoinplante) y traumatismos renales que requirieron cirugía de urgencia llegando uno de los casos a nefrectomía y el otro reparación anatómica con recuperación significativa de la función renal. **Comentario:** Dada la existencia del recurso cirujano infantil en la ciudad de Arica en la última década, ha sido posible disminuir los traslados a hospitales de referencia acumulando una interesante experiencia local. Desde 1997 se ha derivado a Santiago principalmente patología de elevada complejidad tales como obstrucciones severas bilaterales, lesiones de uretra posterior, divertículos vesicales cercanos al triángulo y un caso con diagnóstico prenatal de urinoma fetal exitosamente drenado in útero.

TESTÍCULO NO DESCENDIDO EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2006

Muñoz E, **Troncoso P, Neira V, Troncoso A.**
Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: El testículo no descendido es una patología de alta frecuencia en pediatría. Es considerado uno de los factores más importantes en la génesis del cáncer testicular y una de las causas de infertilidad en adultos de no resolverse quirúrgicamente en forma precoz. **Objetivo:** Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes pediátricos intervenidos con esta patología. **Pacientes y Método:** A partir de los registros computacionales de pabellón quirúrgico del Hospital de Temuco, se obtuvieron los datos de los pacientes intervenidos con diagnóstico de testículo no descendido entre el 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2006. Se obtuvieron sus historias clínicas y se registraron las variables: edad al diagnóstico y al momento de la cirugía, procedencia, etnia, previsión, tiempo transcurrido entre diagnóstico y cirugía, lateralidad, situación a la palpación, tiempo de hospitalización, complicaciones post-quirúrgicas y anomalía anatómica asociada, en una planilla diseñada en Epi Info® versión 3.3.2. Análisis estadístico realizado en Stata® 9.0. **Resultados:** Media de edad al diagnóstico de 56,5 meses (1 DS = 41,8), 64,1% antes de los 5 años. Media de edad al momento de cirugía de 68,5 meses (1 DS = 42,1), 67,5% antes de los 7 años. El 74,1% de procedencia urbana, 74,4% sin apellidos de origen mapuche, 96,6% beneficiarios de FONASA. Mediana de tiempo de espera para cirugía desde diagnóstico de 7 meses. El 71,4% con compromiso unilateral, leve predominio lado izquierdo. En 85,9% se palparon en trayecto del canal inguinal y en 4,9% no fueron palpables. En 66,1% fue concomitante con fimosis y/o hernia inguinal. En 90,3% fue procedimiento ambulatorio. En 1,1% se registraron complicaciones post-quirúrgicas, destacando laringitis, neumonía y dehiscencia de la herida operatoria. **Conclusiones:** Edad de diagnóstico tardía en relación a publicaciones nacionales e internacionales. Sugerimos seguimiento y control de pacientes desde la adolescencia en quienes la edad del diagnóstico fue posterior a las recomendaciones nacionales.

NECROSIS TOTAL DE COLON. ECN

Ziede P, Weibel A, Ziede E, Ordenes C.
Antofagasta.

La enterocolitis necrotizante es una patología de urgencia gastrointestinal grave con compromiso sistémico pudiendo ocasionar septicemia y la muerte. El shock y la hipoxia ocasionan redistribución de la circulación con caída del flujo intestinal y renal, llevando a digestión de la mucosa intestinal, microtrombos y microinfartos, cuando la circulación se reinicia hay un intento de reparación, pero la proliferación bacteriana y la alimentación pueden impedirla entonces lleva a un íleo dinámico, estasia circulatoria, proliferación e invasión bacteriana, llevando a alteraciones de la coagulación, lesión endotelial y siembra bacteriana en otros órganos, llevándonos a la sepsis. La alimentación es un sustrato excelente para el crecimiento bacteriano, formando bulas en la submucosa intestinal y burbujas llegando hasta la circulación portal e hígado. Los catéteres arteriales y venosos llevan a modificaciones circulatorias con trombosis dando una hipoperfusión intestinal. Esta patología, propia de los prematuros, tiene una incidencia de 1 a 3 por 1.000 recién nacidos vivos y a medida que avanza la gestación las probabilidades de padecer esta patología disminuyen, siendo los RN de término sólo el 13% de los casos. Presentamos el caso de un RN de término que a las 24 hrs. de vida debutó con un cuadro convulsivo, sin antecedentes mórbidos de importancia. Se realizó escáner cerebral que mostró una pequeña área de infarto, sin secuelas neurológicas. Al 9no día de vida presentó distensión abdominal, rechazo al alimento, vómito bilioso y deposiciones con sangre oculta, cuadro característico de la enterocolitis necrotizante. La laparotomía exploradora mostró una necrosis que comprometía todo el territorio irrigado por la arteria mesentérica inferior, incluyendo además el colon ascendente, de etiología trombótica. Durante la cirugía se realizó una colectomía total, dejando sólo ciego y recto. Evolucionó con un cuadro de obstrucción intestinal siendo reintervenido al mes de vida. Fue dado de alta con una colostomía. Al 5to mes de vida se hace la reconstitución del tránsito intestinal. Evolucionó con una nueva obstrucción intestinal que requirió cirugía y posteriormente una fístula intestinal que también requirió de cirugía, su alta fue 20 días después. Actualmente el paciente tiene un buen desarrollo pondero-estatural.

TRAUMA CERVICAL COMPLICADO, ¿UNA CONDUCTA CONSERVADORA?

Valladares PO, Concha G, González A, Varas R, Gajardo C, Espinoza R.
Servicio Pediatría, Hospital Regional San José del Carmen de Copiapó. III Región de Atacama.

Se presenta el caso de un paciente escolar de 6 años que sufre contusión cervical anterior con una mesa. Evaluado en SU, manejado con AINEs en forma ambulatoria. A las 24 hrs vuelve al SU, por aumento de volumen y enfisema cervical, tos y dificultad respiratoria. Se reevalúa y se deriva al Hospital Regional de Copiapó, donde la Radiografía cérvico-torácica, muestra severo enfisema cervical y neumomediastino. TAC cervical y tórax evidencia imagen de laceración en contorno posterior de anillos traqueales por debajo de la glotis, con aire entre los espacios llegando hasta la carina. Con dificultad respiratoria y parámetros GB 12700, PCR 60, Hto 32,9%, se traslada a UCI con el diagnóstico de Contusión Cervical complicada y Mediastinitis, manejado durante 7 días, con antibióticos triasociado Cefotaxima, Amikacina, Clindamicina endovenoso, ALPAR periférica, evolucionando a las 36 hrs sin dificultad respiratoria, ausencia de crepitación cervical y hemodinamia estable; en el control con Tac de Tórax a las 48 hrs se evidencia absorción de aire del mediastino, ante la favorable evolución se traslada al servicio de Pediatría donde completa su tratamiento previo al alta. Se comenta el manejo conservador del trauma cervical complicado en niños y su evaluación multidisciplinaria a fin de establecer la necesidad de protocolos de manejo de esta patología en la Red de Salud.

QUISTE INTRATESTICULAR: UNA RARA PATOLOGÍA EN EL LACTANTE

Ziede P, Aliaga J, Ordenes C, Ziede E.
Antofagasta.

Los quistes epidermoides intratesticulares son muy raros de encontrar, en la literatura hay descritos sólo 48 casos, el 1% de todos los tumores testiculares existentes. De los casos descritos sólo 8 tenían menos de 2 años de edad. Esta patología es asintomática, no existe dolor ni eritema, sólo existe un aumento de volumen a nivel de la bolsa escrotal. En la infancia, la madre es la que reconoce esta tumoración, por lo cual acude al médico. Estos tumores son benignos, su diagnóstico puede realizarse mediante una ecografía pre-operatoria. Se debe hacer un diagnóstico diferencial de tumores malignos ya que suelen confundirse, por esto se debe ordenar un examen de marcadores tumorales (alfa-fetoproteína y β -HCG) que deben arrojar valores normales si el tumor no es maligno, también se requiere una radiografía de tórax para descartar la presencia de metástasis. Los tratamientos de elección para estos quistes son la extirpación conservadora del testículo o el destechamiento del quiste. Presentamos dos casos clínicos, el primero de un niño de 1 año y 1 mes que consulta en mayo de 2007 por presentar aumento de volumen en la bolsa escrotal derecha. Para descartar una tumoración maligna se solicitaron marcadores tumorales y radiografía de tórax que resultaron ser normales. La ecografía testicular mostró una gónada aumentada de volumen con una zona anecogénica en su interior. En junio de 2007 se realiza la cirugía, extirpándose completamente el quiste intratesticular y dejando indemne el tejido gonadal periférico. Se envía la muestra a biopsia cuyo informe corresponde a una lesión quística parcialmente revestido de epitelio escamoso sin atipias. El segundo caso es de un niño de 9 meses, cuya madre consulta por un aumento de volumen en el testículo derecho. La ecografía reveló una lesión quística que desplazó totalmente al testículo sin alteración del epidídimo. Marcadores tumorales y radiografía de tórax resultaron normales. Se realiza quistectomía *ad integrum* manteniendo el parénquima testicular intacto. A la biopsia el quiste testicular no mostró alteraciones malignas.

SARCOMA EMBRIONARIO HEPÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Díaz R¹, Cabrera F¹, Mucientes F², Rojas S³.
¹Internos escuela de Medicina, Universidad de Concepción. ²Sección Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. ³Departamento Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El sarcoma embrionario hepático es un tumor raro y de pronóstico desfavorable. Afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes en las primeras dos décadas de la vida y corresponde a un 6% de los tumores hepáticos infantiles. La neoplasia está formada por células mesenquimáticas indiferenciadas. **Material y Método:** En los archivos de la Sección Patología y del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Regional de Concepción, entre 1995-2006 se encontraron dos casos. Se estudiaron las fichas clínicas, material histológico e inmunohistoquímica. **Resultados:** Caso 1: Sexo masculino, 14 años de edad, dolor y tumor en hipocondrio derecho. Ultrasonografía y Tomografía Axial Computada mostraron lesión sólido-quística de 18 cm en lóbulo hepático derecho. Se realiza laparotomía exploradora con resección parcial del tumor. Luego se practica quimioterapia con mala respuesta, presentando episodios de neutropenia severa y severo compromiso del estado nutricional. Fallece a los 10 meses post-cirugía con tumor en evolución. Caso 2: Sexo femenino, 8 años de edad, dolor abdominal prolongado. Ultrasonografía y Tomografía axial computarizada muestran lesión sólido-quística de 15 cm. en lóbulo hepático derecho. Se realiza laparotomía exploradora con biopsia. Luego se somete a quimio-radio terapia para reducción del tamaño tumoral. Posteriormente se practica lobectomía hepática derecha. Seguimiento de cuatro años sin tumor residual y asintomática. Histología similar en ambos casos. Neoplasias de células fusadas de núcleos atípicos, células gigantes y estroma laxo. Atrapamiento de estructuras hepáticas como conductos y hepatocitos en medio de la neoplasia. Inmunotinciones positivas para vimentina y desmina. **Conclusión:** En ambos casos se trata de neoplasia maligna mesenquimática sarcomatosa, de gran tamaño y localizadas en el lóbulo hepático derecho. El tratamiento quirúrgico con terapia adyuvante resultó favorable sólo en un caso.

ANÁLISIS DE INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA EN PACIENTES PORTADORES DE FISURA LABIOPALATINA, POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL PACIENTE FISURADO, HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE, CONCEPCIÓN, ENTRE ENERO 2000-JULIO 2007

Coloma R, Osses C, Salvatierra P, Muñoz J, Arancibia H, Champin C.
Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Los pacientes portadores de fisura labiopalatina presentan un sin número de anomalías anatómicas, funcionales, psíquicas y psicosociales. La presencia de insuficiencia velofaríngea (IVF) ocupa un rol fundamental en el desarrollo del habla, lenguaje y resonancia de estos pacientes, agravando estas anomalías. A menudo la terapia fonoaudiológica se encuentra limitada, obteniéndose generalmente sólo resultados parciales. Por lo que se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas para dar solución a este problema. Actualmente en el Centro de Atención Integral para el Paciente Fisurado del Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción se decide realizar estudio retrospectivo de pacientes portadores de IVF, entre enero 2000 a julio 2007, con la finalidad de conocer el comportamiento local de la patología y la posibilidad de establecer una guía clínica de manejo. Se analizaron 111 pacientes que presentaban fisuras labiopalatinas en todas sus variedades, se realizó posteriormente análisis retrospectivo de fichas clínicas considerando como criterios de inclusión diagnóstico clínico por algún profesional y estudio por nasofibroscofia en el período ya mencionado. Las siguientes variables fueron utilizadas: sexo y fecha de nacimiento del paciente, tipo de fisura, tipo de insuficiencia velofaríngea, quien realizó diagnóstico clínico, faringoplastia, control fonoaudiológico y alta fonoaudiológica. La distribución por sexo fue: hombres 42% y mujeres 58%, según el tipo de fisuras la fisura labiopalatina bilateral correspondió a 45%, fisura labiopalatina unilateral a 18%, la fisura palatina a 32%, la fisura de velo a 3% y la submucosa a 2%. Según el grado de IVF, el tipo residual correspondió a 24%, la leve a 23%, la moderada a 14% y la severa a 39%. El diagnóstico de IVF fue obtenido por cirujano en 18% y por fonoaudióloga en 82%. Se realizó Faringoplastia en 27% de los casos con 4 técnicas diferentes. En un 80% de los casos se controló regularmente por fonoaudiología y un 28% se dió de alta fonoaudiológica en este período. Se observa un comportamiento similar en relación al tipo de fisura y grado de severidad de la IVF según lo descrito en la literatura. Además el gran porcentaje de diagnóstico y control por parte de la fonoaudióloga reafirma la necesidad de ésta en el equipo para la pesquisa y manejo. El hecho que alrededor de la mitad de los pacientes requieran intervención quirúrgica nos plantea un desafío como equipo para evaluar el mejor momento y la mejor técnica quirúrgica a utilizar.

DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE FISURADO DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE, CONCEPCIÓN. POBLACIÓN DE FISURADOS, NACIDOS DE 1998 A 2007

Salvatierra P, Muñoz J, Coloma R, Champin C.
Hospital Guillermo Grant Benavente.

La Unidad de Fisurados de Concepción se crea en el año 1975 en el Hospital de Cirugía Infantil y Ortopedia, Leonor Mascayano y posteriormente se trasladó al Hospital Guillermo Grant Benavente. Desde el año 1998 esta malformación se incorporó al programa de resolución de patologías complejas Minsal y desde el 1º julio 2005 al programa de Garantías Explícitas GES. Este grupo de malformaciones congénitas presenta frecuencias estables en el tiempo. Sin embargo, también ha sido posible pesquisar cambios temporales en las tasas de incidencia y prevalencia, tanto en nuestro país como en el extranjero. El propósito de este trabajo es mostrar la Organización de nuestro Centro y evaluar el comportamiento de la población de fisurados desde la existencia de programas estandarizados en nuestro centro. **Material y Método:** Se analizaron los datos extraídos de base de datos de la Unidad de Fisurado y Cirugía Reparadora del Hospital Guillermo Grant Benavente, desde el año 1998 hasta julio 2007, evaluando: sexo, diagnóstico, síndrome asociado y localidad de origen. **Resultados:** Se analizaron 245 pacientes, que corresponden a los casos nuevos ingresados en nuestra base de datos, nacidos desde el 1º de Enero de 1998 hasta julio 2007, la distribución por sexo fue de 57% de hombres y 43% mujeres, la fisura labiopalatina correspondió a 50%, fisura de paladar 35% y fisura de labio 15%. Los pacientes con síndromes asociados correspondieron a 8% del total de pacientes y la localidad de origen para la provincia de Concepción 56%, Arauco 17%, Bio-Bio 13%, Nuble 14%. **Conclusión:** Nuestro Centro de Fisurados posee características que le permiten atender en adecuadamente a este tipo de paciente y de acuerdo a la Guía Clínica vigente; nuestros resultados se relacionan con lo observado en otros centros; la distribución por Provincias tiene sesgo por atenciones con otros profesionales, renunciando a sus Garantías.

FUNDOPLICATURA DE NISSEN-ROSSETTI CON O SIN GASTROSTOMÍA COMPLICACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS EN 14 AÑOS

Zavala A¹, Navarrete A, Vidales P², Zúñiga S¹, Montes P¹, Vuletin F¹, Pattillo JC¹. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. ¹Cirujano Pediatra, ²Interno Medicina.

En 133 pacientes operados de Funduplicatura de Nissen-Rossetti con o sin gastrostomía, entre Enero de 1991 a Septiembre del 2005, se obtuvieron datos de 94 fichas en forma retrospectiva, en busca de las complicaciones secundarias a la cirugía. Un 63% de los pacientes se operaron en forma clásica abierta y 37% por vía laparoscópica (técnica incorporada en 1999). Los últimos cuatro años más del 50% son realizados por vía laparoscópica. El 67% de los pacientes eran portadores de daño neurológico y se realizó una funduplicatura de Nissen-R y una gastrostomía, el 25% no tenían daño neurológico y se les realizó sólo una funduplicatura. No hubo mortalidad como resultado de la cirugía ni hubo casos de manguitos del Nissen-R deslizados en esta serie. Tuvimos 3,2% de complicaciones intraoperatorias y la mayoría de las complicaciones precoces (< 3 meses) y tardías (> 3 meses) fueron consecuencia de la gastrostomía (61%). Se analizan nuestras complicaciones y se revisa la literatura.

ESPECTRO CLÍNICO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL. EXPERIENCIA CLÍNICA HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

Pérez de Arce E¹, Szigheti M², Norambuena X³, Quezada A^{3,5}, Fischer C⁴. ¹Interna Medicina Universidad de Chile (UCH). ²Becada Pediatría UCH. ³Unidad Inmunología Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC). ⁴Unidad Dermatología HEGC, ⁵Departamento Pediatría Sur UCH. Hospital Exequiel González Cortés, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur, Universidad de Chile.

Introducción: La Dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica infrecuente, que compromete predominantemente piel, musculatura estriada, y tracto gastrointestinal. **Objetivo:** Describir manifestaciones cutáneas de la DMJ, a fin de orientar al clínico en su pesquisa. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro de fichas clínicas de pacientes con DMJ controlados en el HEGC entre 1992 y 2007. Se consignaron variables sexo, edad de presentación de la enfermedad, secuencia de aparición de signos y síntomas cutáneos. **Resultados:** Se analizaron 11 pacientes con diagnóstico de DMJ según criterios de Bohan-Peter. La relación mujer: hombre fue 2,6:1. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue a los 8,2 años (Rango: 2 -14 años). El tiempo de evolución previo al diagnóstico fue de 7.7 meses con una DS de $\pm 8,2$ (R: 1-29 meses). El compromiso cutáneo fue la primera manifestación en 8/11 pacientes (72,7%), describiéndose el eritema heliótro (75%) como el signo más frecuente. El compromiso de piel fue difuso en 3 pacientes (27,2%) y focal (periarticular) en 8 (72,7%). Todos presentaron eritema facial durante la fase activa de la DMJ. En el curso evolutivo de la enfermedad, diez pacientes (90,9%) presentaron pápulas de Gottron y 5 pacientes (45,4%) calcinosis en codos y/o rodillas. Otras manifestaciones cutáneas fueron: fenómeno de Raynaud (36,3%), edema bupalpebral (45,4%), fotosensibilidad (36,3%), telangiectasias en párpados (36,3%), livedo reticularis (27,2%) y eritema periungueal (18,1%). Sólo un paciente presentó esclerodactilia. **Conclusiones:** El compromiso cutáneo inicial es frecuente y variado en la DMJ siendo junto al compromiso muscular, un gran aporte en el índice de sospecha para su derivación oportuna. Las manifestaciones más frecuentes fueron eritema heliótro y las pápulas de Gottron.

PIODERMA GANGRENOZO EN LACTANTE, UN DIAGNÓSTICO DE EXCEPCIÓN

King A, Ceballos ML, Codoceo A, Smoje G, Bolte C, Kramer D, Wolff E. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile.

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad inflamatoria, necrotizante y ulcerativa de la piel, muy poco frecuente en niños. Tiene un origen inmunológico, con una evolución crónica y recurrente. Se inicia con pápulo pústulas que evolucionan a úlceras dolorosas, de bordes sollevantados. Los eventos traumáticos favorecen la aparición de nuevas úlceras (fenómeno de patergia). Se puede asociar a enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias. **Objetivo:** Describir la presentación clínica de PG en un lactante. **Caso clínico:** Lactante, sexo masculino, 1 año 3 meses, antecedente de RNT AEG, sano. Comienza con una fisura de la línea media de la región perianal anterior de 1 cm, que progresivamente aumenta de tamaño. En forma intercurrente hace una neumonía que se trata con cefadroxilo. Posteriormente aparecen lesiones ulcerativas en la boca, indicándose su hospitalización. Evolucionó con persistencia de la fiebre, con lesiones de la región perianal en aumento, con secreción purulenta, lesiones ulcerativas en boca, labios y mano izquierda. Se realiza una biopsia de piel que muestra lesión infiltrativa dermoepidérmica ulcerada, con infiltración polimorfonuclear, con eosinófilos conformando un verdadero foco supurado en la dermis, compromiso séptico vascular, microtrombos en la dermis escasos y extravasación eritrocitaria perivascular sub-epitelial, compatible con pioderma gangrenoso. Se solicita estudio complementario con mielograma que fue normal, estudio inmunológico que muestra aumento de la IgA y CD4 de 20%, resto normal. Recibe bolos de metilprednisolona, al 3° día se observa disminución del tamaño de la lesión en boca y región perianal, se agrega ciclosporina oral que se mantiene por 40 días y tracolimus tóxico, con franca mejoría de las lesiones. Durante la evolución presenta infección de las lesiones ulceradas perianales y 2° a su tratamiento inmunosupresor y corticoideal presenta HTA. Se da de alta con lesiones cicatrizadas. Actualmente, en tratamiento con micofenolato mofetil dado efectos adversos por ciclosporina sin recurrencia de lesiones y corticoides en descenso. **Conclusiones:** PG es una enfermedad de rara ocurrencia en lactantes, el diagnóstico es de descartar y la biopsia necesaria para su confirmación. Puede ser la primera manifestación de patologías asociadas. El tratamiento es el manejo local de las lesiones, tratar las infecciones intercurrentes y el uso de inmunosupresores.

DIFICULTADES EN LA ASIGNACIÓN DE SEXO

Arzola ME, Gana R, Youlton R, Jara A. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: La determinación sexual del individuo dirige el desarrollo de las células germinales y la formación de gónadas. La diferenciación sexual, es respuesta específica de tejidos a hormonas gonadales, en un patrón masculino o femenino. Embriónes con gónadas bipotenciales y formación de conductos de Wolf y Müller, desarrollan ovarios o testículos desde la 5a a 6a sem. Usualmente, la asignación sexual de un niño o niña, es predecible y satisfactoria. Enfrentar un paciente intersexual es médica, ética y socialmente controversial. **Objetivos:** Describir presentación de 2 pacientes con estado intersexual y sin diagnóstico prenatal. Analizar el enfrentamiento clínico y la conducta de la asignación de sexo. **Casos:** Ambos pacientes tienen gestaciones normales, sin infecciones o tóxicos, consanguinidad parental o isonimias. El paciente A tiene un largo fállico de 1,8 cm, con meato urinario en la base y gónada en conducto inguinal derecho; en B, el falo es de 2 cm y las gónadas están en conductos inguinales. Ambos tienen un introito vaginal con una fusión labioescrotal (dos 1/3 posteriores en B y mínima en A), y derivados de Müller. A tiene una hernia inguinal unilateral y en B es bilateral. Los andrógenos son elevados a diferentes edades y el estudio cromosómico de A y B es un mosaico X0/Y; ambos son SRY (+). Se consideró el mosaico con gónadas disgenéticas productoras de andrógenos, la relación cariotipo/fenotipo y estructuras capaces de repararse para un fenotipo genital físico acorde con sexo asignado. Se requirió de 3 a 4 sesiones con los padres. Se escriben los fundamentos de opinión y finalmente se asigna sexo femenino a A y masculino a B; al 1½ m se registran en el Servicio de Identificación Nacional. La biopsia gonadal en B es concordante con disgenesia gonadal masculina. **Conclusiones:** En occidente, la mayoría de los intersexuados son mujeres. Los niños son afectados cuando la alteración genital es expuesta a la curiosidad pública. Vagina y pene son reconstruidos de tejidos inertes, pero las vaginoplastias permiten penetración y fertilidad. Se necesita un abordaje clínico y quirúrgico por un equipo multidisciplinario. La decisión final será la sumatoria de la clínica y estudio de laboratorio, buscando lo mejor para el paciente e integrando siempre a sus padres en los procesos.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (HSC) Y ADRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA (ABL)

Jara A, Castillo O, Alcoholicado I.

Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital de Niños Roberto del Río, Clínica Santa María.

Introducción: El acceso fácil y permanente a los glucocorticoides (GC) y eventualmente mineralocorticoides permiten una vida normal en pacientes con HSC. Sin embargo, el tratamiento es difícil y deficiente: maduración ósea acelerada, disminución en la ganancia de talla, control del hiperandrogenismo (HA) sin emplear dosis suprafisiológicas de GC lo mismo que suprimir adecuadamente la hipófisis con glándulas suprarrenales hipertrofiadas muy sensibles a ACTH. Es aún más difícil en adolescentes por factores psicosociales propios de ellos y otros. Si la terapia habitual no es exitosa, se puede usar terapias complementarias médicas o quirúrgicas. **Objetivo:** Evaluar la ABL en pacientes con HSC y tratamiento farmacológico insuficiente. **Material y Métodos:** Tres adolescentes de sexo femenino, 2 de 18 a y una de 14 a fueron sometidas a ABL entre octubre 2004 y septiembre de 2006. Dos de las pacientes son hermanas y todas portadoras de forma clínica perdedora de sal. El diagnóstico se planteó al nacimiento por ambigüedad genital y se confirmó con niveles elevados de precursores de esteroides sexuales en sangre u orina. Todas fueron sometidas a clitoroplastia antes de los 2 a. El tratamiento fue irregular, con ausencia de hasta 6 a de los controles médicos. Una de ellas tuvo una pubertad precoz, pero con escaso desarrollo mamario en las tres. Los ciclos menstruales eran escasos e irregulares en una, ausentes en la menor y único en la tercera. Otros signos de virilización en las 3 adolescentes fue aumento de la masa muscular y fuerza física, acné, voz ronca y en una de ellas, barba y aumento del vello corporal de tipo masculino. **Resultados:** La ABL se realizó en un tiempo, sin sangramiento intraoperatorio y sin registro de complicaciones. En 1 caso se obtuvo regresión parcial del acné y vello corporal. En las 3 pacientes disminuyó el peso, la fuerza física y masa muscular, y la pigmentación dérmica. Todas mostraron satisfacción con el procedimiento quirúrgico y el cambio corporal, y menstruación entre 1-2 meses posterior a la ABL. Se redujeron los niveles de 17O P a lo normal en los 3 casos. **Conclusión:** La ABL es una alternativa terapéutica en pacientes con HSC severamente afectados y con dificultades en el control de la enfermedad.

TUMOR MAMARIO PREPUBERAL

Jara A, Ibarra A, Moenne K.

Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital de Niños Roberto del Río, Clínica Las Condes.

Introducción: Pezón, lóbulos, lobulillos mamarios y ductos galactofóricos junto con senos galactofóricos, areola y glándulas de Montgomery, son constituyentes anatómicos presentes en la mama a cualquier edad. Cualquiera de estas estructuras puede sufrir crecimientos benignos y malignos, inflamaciones de diferente origen y traumas. La telarquia neonatal y la precoz, son las condiciones benignas más frecuentes en la edad prepupal de las niñas. **Objetivo:** Presentar evolución clínica de tumor mamario en período de lactante. Plantear diagnósticos diferenciales para una enfermedad muy rara en pediatría. **Caso Clínico:** Inicio de telarquia unilateral rápidamente progresiva desde 7 m de edad, sin cambios inflamatorios ni telorexia, sin otros caracteres sexuales secundarios ni sangrado vaginal. Segundo embarazo 38 sem con oligoamnios, parto vaginal, al nacer peso 2.760 g y 47 cm de talla. Madre 37 a, nódulo tiroideo benigno operado, con LT4, menarquia 11a. Padre 38 a y hermana de 16 a, sanos. Al 1 a 1 m, 9.600 g (p 40), 73,9 cm (p 35), CC 48 cm (p 97) y RPT: p 70. Mama izq: 8,5 x 8,2 cm de tejido consistente, no quístico, ligeramente irregular no inflamatorio, con areola no pigmentada, sin crecimiento de pezón. Mama der (-). Gran mancha café con leche de 8,7 x 4,0 cm, bordes irregulares en abdomen. CP, abdomen y genitales prepupales normales. Transiluminación mamaria: (-) para líquido. Ecografías: a) mamaria: MD normal. MI no hay tejido normal, gran masa sólida lobulada hipocogénica de 5,8 x 2,7 cm de diámetro y espesor. Doppler color: vasos gruesos en relación a imágenes ecogénicas (soplos). CR: tejido sólido de sustitución. b) ginecológica: prepupal normal. Hormonas tiroideas, estradiol, LH y FSH normales para la edad de la paciente. Marcadores tumorales negativos, radiografía de esqueleto completo normal y proteína G para 2 mutaciones negativa. La histología es de fibroadenoma; sin embargo, el diagnóstico definitivo es una hiperplasia mamaria ginecomastía siml. Se realiza extirpación quirúrgica parcial del Tu. **Conclusión:** Las dificultades de diagnóstico se relacionan con la escasa frecuencia e incidencia de este tipo de TU en pediatría. Se debe considerar diagnósticos diferenciales de carcinoma phylloides, coriocarcinomas y carcinomas fibrolamillar.

ANÁLISIS CRÍTICO DEL CONTROL DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA PORTADORA DE DM TIPO I EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Pool C, Dra. Kemm L, Int. Velásquez A.

Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

Introducción: La Diabetes Mellitas Insulina Dependiente (DMID) es una enfermedad crónica autoinmune, de etiología multifactorial, que provoca la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans. Es la forma más grave de DM primaria y la más frecuente durante la infancia y adolescencia. Antes del descubrimiento de la insulina era una enfermedad mortal, con el inicio del manejo insulínico las expectativas de vida casi han igualado a la población general, con la consecuente emergencia de las complicaciones crónicas que pasaron a constituir la amenaza para la calidad de vida de los diabéticos. Dado que las complicaciones derivadas de esta patología están estrechamente relacionadas con el control metabólico de la enfermedad es importante evaluar la sistematización de los controles y la efectividad de los mismos. **Objetivos:** Caracterizar la población de niños diabéticos controlados en el HCRA y evaluar la calidad de los controles en base a la constatación de los datos como mediciones antropométricas, tipo y dosis de Insulinas, registro de hemoglobinas glicosiladas trimestrales, perfil lipídico, hormonas tiroideas, fondo de ojo y microalbuminuria anual. **Material y Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo en base a la revisión de fichas clínicas del total de pacientes menores de 15 años en control en el Policlínico Adosado de Especialidades del HCRA al mes de Julio de 2007. Se realizó análisis estadístico con Microsoft Excel. **Resultados:** Del universo de 24 pacientes un 50% es sexo femenino, con un promedio de 8,8 años al debut y 5,2 años de evolución de la enfermedad. Un 82% debutó con CAD. Al debut el 100% se ha iniciado con insulina NPH y actualmente el 36% se encuentra con Lantus. Un 18% de los pacientes se ha rehospitalizado al menos 1 vez por trasgresiones alimentarias y mal control metabólico. Un 23% presenta Hipotiroidismo concomitante. Un 18% presenta dislipidemia, un 13% está en estudio por microalbuminuria, un caso en estudio de enfermedad celíaca, el 100% tiene fondo de ojo normal. En el estado nutricional actual encontramos un 78% eutrófico, 14% sobrepeso, 4% obeso y 4% talla baja. **Conclusiones:** El presente trabajo nos ha permitido concluir que debemos sistematizar los controles de nuestra población en control. En nuestro hospital se trabaja actualmente en un sistema de controles alternados entre médicos y la enfermera a cargo del Policlínico Adosado de Especialidades. Los pacientes deben acudir mensualmente a retirar los insumos de tratamiento, pero no siempre están cumpliendo con la asistencia a éstos, con lo cual no es posible una evaluación sistemática de la evolución del estado nutricional, del cumplimiento del régimen alimenticio, ni del control periódico de las hemoglobinas glicosiladas. Todo esto nos debe instar a desarrollar una sistemática de control más estricta, llevando concomitantemente un sistema de registro que sea adecuado para detectar a tiempo el no cumplimiento de las indicaciones médicas tanto por los médicos como las enfermeras que nos asisten. Sin un control riguroso es imposible pensar que nuestro manejo sea eficiente. Abreviaturas: HCRA: Hospital Clínico Regional de Antofagasta. CAD: cetoacidosis diabética.

SCREENING NEONATAL DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO: RESULTADOS DEL PROGRAMA EN ANTOFAGASTAKemmm L, Díaz C¹, Veas E², López P³.Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile. ¹Médico Pediatra HRA y Profesor Asistente de Pediatría Universidad de Antofagasta, ²Interno Medicina Universidad de Antofagasta, ³Matrona Encargada Programa PKU e HC.

Introducción: En 1992, se inicia en Chile Programa pesquisa de PKU e Hipotiroidismo congénito, el cual se implementa en la región de Antofagasta en 1996, destinado a la detección neonatal y tratamiento oportuno de niños con esta afección. **Objetivo:** Analizar los resultados y datos obtenidos en los 11 años y medio que lleva el programa en funcionamiento en la II región. **Material y Métodos:** En el período de 1996 - Julio 2007 se evaluaron 45.198 niños que fueron evaluados según normas Programa nacional de Pesquisa neonatal de PKU e Hipotiroidismo congénito, que en caso de encontrarse alterados fueron rellamados para confirmación, inicio de estudio con cintigrafía tiroidea y tratamiento con levotiroxina. **Resultados:** Del total de recién nacidos se detectaron 32 casos, con una incidencia de 1: 1.458. La frecuencia según sexo fue 53% mujeres y 47% hombres. Según etiología lo más frecuente fueron las disgenesias con 69% y dentro de estas la ectopia tiroidea. Lo más prevalente de encontrar en mujeres fue dishormonogenesis y en varones ectopia. La edad promedio para la obtención de la muestra y para el comienzo del tratamiento fue: 2,55 y 25 días. **Conclusión:** La incidencia fue 2 veces mayor que la nacional. No existen en nuestra muestra diferencias significativas según sexo a diferencia de lo que muestra la literatura. Disgenesia y Ectopia siguen siendo lo más frecuente al igual que en otros estudios. DSM y Crecimiento normal se encontró en el 91% de los casos pesquisados, según evaluación neurológica y/o TEPSP según correspondiera, correspondiendo los casos de RDSM presentaron problemas de índole social asociada.

COMPLICACIONES METABÓLICAS DE LAS DROGAS ANTIRETROVIRALES ALTAMENTE ACTIVAS EN PACIENTES PORTADORES DE SIDA

Araos G, Arriaza M, Ducasse K, González M.
Universidad de Valparaíso y Servicio de Pediatría Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

Introducción: Desde que se inició la terapia antirretroviral altamente activa (HAART) en 1995 en pacientes VIH (+), la sobrevida ha mejorado notablemente. En adultos se reportan serias complicaciones debido a esta nueva terapia, como lipodistrofia, síndrome metabólico y síndrome de restitución inflamatorio inmune (IRIS). En niños existen escasas publicaciones de las complicaciones observadas, pero aparentemente se presentan las mismas que en adultos y otras, propias de la edad pediátrica. **Objetivo:** Evaluar las complicaciones metabólicas y endocrinológicas en niños VIH (+) bajo régimen de HAART controlados durante el 1° semestre de 2007, en los policlínicos de endocrinología e infectología infantil del hospital Dr. G. Fricke. **Método:** A través de revisión de fichas clínicas se obtuvo datos de: edad al diagnóstico de VIH (+), edad de inicio y duración de la terapia HAART; medidas antropométricas pre y post inicio del tratamiento y asociaciones medicamentosas. Investigamos dislipidemia e insulino resistencia (IR) por índice de HOMA, complicaciones tipo IRIS y otras. **Resultados:** De 14 niños en control, todos adquirieron el VIH de manera vertical y enfermaron de SIDA a los pocos meses de vida (rango RN a 6,5 años). Actualmente todos reciben HAART con una duración promedio de 4,7 años. El rango de edad en la 1ª evaluación endocrinológica varió de 3 a 10 años. Todos tenían talla normal. Obesidad 4 casos (28%) y sobrepeso 1 (7%). No hubo lipodistrofia. Dos niños (14%) desarrollaron síndrome de Cushing Iatrogénico posterior a uso de Fluticasona. Uno de ellos tenía hipertriglicéridemia severa y osteopenia. En 10 casos (71%) se presentó dislipidemia; hipotiroidismo en 2 (14%) y miocardiopatía en 1 (7%). IR en 2 (14%). Entre las complicaciones tipo IRIS, 1 niño presentó retinitis por CMV (7%) y 2 (14%) presentaron linfadenitis. **Conclusiones:** La terapia HAART puede causar complicaciones metabólicas y endocrinológicas sobretodo cuando se asocia a medicamentos de uso habitual en pediatría (corticoides inhalados) por lo que es importante su detección y tratamiento.

CÁNCER TIROIDEO: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 16 PACIENTES PEDIÁTRICOS

Torrealba IM, Blanco A, Godoy J, García H, Reyes R.
Servicio de Cirugía Infantil y de Endocrinología Hospital Luis Calvo Mackenna y Clínica Santa María.

El Cáncer Tiroideo (CT) en niños es raro y se presenta en etapa avanzada, con compromiso extra tiroideo, metástasis ganglionares cervicales y pulmonares, sin embargo, tiene un buen pronóstico. **Objetivo:** Evaluar la presentación clínica, tratamiento y evolución de pacientes pediátricos con CT en los últimos 11 años. **Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de fichas clínicas de 16 pacientes con CT del hospital L. C. Mackenna y Clínica S. María últimos 11 años. **Resultados:** 16 pacientes con CT, edad al diagnóstico \bar{x} = 10 años (4–5 a), el 50 % eran < de 10 años, 66% mujeres, y 44% varones. El 82% se presentó como tumor tiroideo y 18 % como adenopatías cervicales y 1 paciente con obstrucción laríngea. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue entre 15 días y 36 ms. Se realizó PAF (punción aguja fina) en 9 pacientes: 8 (+) para CT, un falso (-) y 2 biopsias de ganglios cervicales. Se realizó tiroidectomía total en 100%. La histología confirmó 14/16 CT diferenciado: 8 papilares, 6 papilares variedad folicular y 2/16 CT Medulares. La mitad de los pacientes tenían compromiso extra tiroideo, y el 88% presentaban metástasis, 13/16 en ganglios cervicales y 6/16 pulmonares. Todos los CTD se trataron con Yodo 131, en dosis entre 100 y 200 mil Curies, y con terapia supresora tiroidea. El seguimiento promedio ha sido de 4 años (0,5 a 11 años), con sobrevida de 100%, sólo 2 pacientes presentaron hipoparatiroidismo, y el 40% está libre de enfermedad. 5/16 pacientes presentaron tumor residual, 3 ganglios cervicales, 2 tumor local. 31% presentaron recurrencias entre 1 a 5 años, 5/16 pulmonares y 2/16 cervicales. Las cirugías realizadas fueron: 3/16 disecciones radicales modificada de cuello, 2/16 disección selectiva de cuello, 2/16 disección local de la recidiva y en 1 paciente extirpación nodular de metástasis pulmonar. El 44% requirió de 2 ó más cirugías. Los pacientes con CT Medular tienen un corto seguimiento, 1 está libre de enfermedad y otro tiene niveles de Calcitonina elevada. Conclusiones: La mayoría de los pacientes con CT se presentaron como tumor tiroideo y en forma más agresiva que en el adulto, sin embargo, el 40% está libre de enfermedad y hay 100% de sobrevida. El 88% fueron CTD y 12% CT Medular. El tratamiento fue la tiroidectomía total con disección ganglionar cervical, terapia con I 131 (en CTD) y tiroidea supresora y en un porcentaje importante requirieron más de 2 cirugías.

ANORMALIDADES EN EL DESARROLLO TIROIDEO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO POR DISGENESIA TIROIDEA

Aravena M, Espinoza A, Ávila A, Unanue N.
Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología, Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Instituto de investigaciones materno infantil, Universidad de Chile.

Introducción: El hipotiroidismo congénito (HC) es la causa más frecuente de retardo mental prevenible (1: 3.500 RNV). El 95% se produce por falla primaria (glándula), de los cuales el 85% corresponden a disgenesias tiroideas (agenesia, hipoplasia, o ectopía). La mayoría son de presentación esporádica, describiéndose un 2% de formas familiares. Se ha reportado anomalías en el desarrollo tiroideo de familiares de niños con HC. **Objetivo:** Evaluar la presencia de anomalías en el desarrollo tiroideo de familiares de primer grado de pacientes con HC por disgenesia tiroidea. **Método:** Se realizó ultrasonografía tiroidea por un radiólogo experto (US Phillips, ATL, HDI 5000, transductor lineal 5-12 MHz) a los familiares de primer grado de 7 niños con HC, quienes fueron diagnosticados por TSH neonatal y se encuentran en control en la Unidad de Endocrinología Infantil del Hospital Clínico San Borja-Arriarán. **Resultados:** Nuestro estudio incluye, hasta el momento, 7 familias de niños con HC. Los casos índices corresponden a 2 hombres, 5 mujeres, edad promedio 10 años (3-18 años), 3 con el diagnóstico de agenesia, 3 ectopía y 1 displasia tiroidea. Un total de 27 ecografías fueron realizadas a 7 padres, 7 madres y 13 hermanos (9 hombres y 4 mujeres), quienes se encontraban asintomáticos. No se detectó anomalías estructurales de la glándula tiroidea en el grupo estudiado. En una de las madres se pesquisó la presencia de quistes coloides. **Discusión:** La demostración de anomalías tiroideas en algunos familiares de primer grado de pacientes con HC plantea la posibilidad de un factor genético en la fisiopatología de esta entidad, lo que podría de manifiesto la necesidad de una búsqueda imagenológica activa en familiares de casos. En el grupo estudiado hasta ahora no hemos evidenciado alteraciones anatómicas tiroideas en los familiares de pacientes con HC por disgenesia tiroidea. Indudablemente debemos completar la evaluación de un número mayor de familias. Resulta desafiante para nuestro grupo el acercarnos a los mecanismos involucrados en el origen de la enfermedad, no aclarados aún.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE SANTIAGO DE CHILE

Díaz C, Bancalari R, Cerda V, Bloomfield J, Garbin F, Zamorano J, Muñoz P, Fernández M, Cavada G, Marchant M, Valenzuela MT, Zambrano P, Arteaga JC, García H.
Universidad de los Andes, Clínica Santa María. Santiago, Chile.

Introducción: El SM constituye un predictor de riesgo metabólico y cardiovascular en niños con IMC aumentado. Estudios previos realizados por nuestro grupo otorgan una prevalencia de 43% de SM en obesos consultantes. El objetivo consiste en determinar la prevalencia de SM en escolares chilenos sanos y relacionarla con su estado nutricional. **Material y Métodos:** De una muestra aleatoria representativa de 3.066 escolares de Educación Básica de la Sociedad de Instrucción Primaria. 8 pediatras y 16 internos entrenados midieron peso, talla, circunferencia de cintura y niveles de presión arterial. Se seleccionó en forma aleatoria y con consentimiento informado de los padres una submuestra de 410 niños de 6 a 14 años (192 obesos 134 sobrepeso y 84 normales), para determinación en plasma de los niveles de Insulina, Glicemia y Perfil Lipídico. Se definió SM (ref: Cook) con presencia de 3 o más de los siguientes criterios: glicemia ayunas \geq 100 mg/dl, triglicéridos (TG) \geq 110 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, cintura > p90 para edad y sexo y presión arterial (PA) sistólica y/o diastólica > p90 para edad, sexo y talla. **Resultados:** La prevalencia ajustada de SM en la población total fue de 10,4%. En normales, sobrepeso y obesos fue de 4,9%; 10,5% y 24,6% respectivamente ($p < 0,001$). No hubo diferencias por edad y sexo. Los parámetros independientes que mejor se asocian con SM fueron el IMC e Insulinemia ($\hat{\alpha} = 1,29 \hat{\alpha} = 0,04$ respectivamente $p < 0,001$).

*p < 0,05	IMC	Glicemia	Col. HDL	Triglicéridos	Insulina
	zscore	mg %	mg %	mg %	mUui/ml
SM (-)	1,26 ± 0,8	90,3 ± 6,6	49,7 ± 10,9	88,9 ± 37,9	21,9 ± 9,8
SM (+)	1,84 ± 0,5*	92,2 ± 7,5*	37,8 ± 7,4*	153,6 ± 72,7*	34,8 ± 24,8*

Discusión: 1) Un grupo significativo de niños con Sobrepeso y Obesidad presenta SM, lo cual confirma la necesidad de detectar y tratar esta asociación precozmente en la vida escolar. 2) Como el IMC es el parámetro más asociado a SM, su adecuado control debería prevenir la condición. 3) La asociación de SM con mayores niveles de Insulina confirma en ellos un mayor riesgo de Diabetes tipo 2. Financiamiento med004/2006 U Andes.

PREVALENCIA DE SIGNOS DE PUBERTAD PRECOZ (PP) EN NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA EN SECTORES DE CLASE MEDIA BAJA EN SANTIAGO DE CHILE

Bancalari R, Díaz C, Zamorano J, Cerda V, Garbín F, Arteaga JC, Marchant M, Muñoz P, Fernández M, Bloomfield J, Valenzuela MT, Rojas N, Reutter P, Cavada G, García H.
Facultad de Medicina Universidad de los Andes. Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Introducción: Se acepta que el desarrollo puberal normal se inicia a partir de los 8 años en la mujer y de los 10 años en el varón. Existe la impresión clínica que la edad de inicio de la pubertad se ha adelantado en distintas regiones del mundo por lo que es importante su estudio en la población chilena. El objetivo es establecer la prevalencia de signos de PP en los alumnos de educación básica. **Materiales y Métodos:** Se seleccionó mediante muestreo aleatorio estratificado según sexo y curso, una muestra representativa de 3.074 alumnos de 1ero a 8vo básico de los colegios de la Sociedad de Instrucción Primaria de Santiago. En ellos se realizó evaluación antropométrica y de desarrollo sexual mamario, genital y de vello púbico medido por inspección según grados de Tanner, actividad realizada en los colegios por 8 pediatras y 16 Internos de Medicina previamente entrenados. Los resultados fueron analizados en programa epiinfo/CDC. Se consideró signos de PP la presencia de vello púbico y/o genitales \geq a Tanner 2 en varones menores de 10 años y vello púbico y/o mamas \geq a Tanner 2 en mujeres menores de 8 años. **Resultados:** De un total de 873 alumnos la prevalencia de signos de PP fue de 9,11% en 538 varones vs 8,66% para 335 mujeres. La estatura zscore fue mayor en PPC: 0,333 (IC 95% 0,063-0,603) vs 0,034 (IC 95% 0,053-0,122) y 0,659 (IC 95% 0,307-1,011) vs 0,032 (IC 95% 0,075-0,141), en hombres y mujeres con PPC y sin PPC respectivamente ($p < 0,05$). El IMC z score global fue 0,890 (sin pubertad precoz) vs 1,142 (pubertad precoz) ($p < 0,05$). **Conclusiones:** 1) La prevalencia aumentada de signos de PP sugiere que el desarrollo puberal se ha adelantado en ambos sexos en esta población, situación que podría ser representativa de lo que está sucediendo en la clase media-baja en Santiago de Chile; 2) Sólo un seguimiento de estos alumnos permitirá confirmar que los signos descritos son propios del inicio puberal; 3) El mayor IMC del grupo con signos de PPC puede influir en el inicio de la PPC y concuerda con lo descrito en la literatura. Financiamiento med004/2006 U Andes.

HISTORIA FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMO FACTOR DE RIESGO DE INSULINO RESISTENCIA Y PREDIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD

Hoyos-Bachilloglu R¹, Wechter M², Rocha A², Martínez-Aguayo A^{2,3}.
¹Estudiante de Medicina. ²Departamento de Pediatría. ³Unidad de Endocrinología Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La historia familiar de diabetes mellitus tipo 2 (HF-DM2) es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta enfermedad. Se ha sugerido realizar tamizaje con glicemia de ayuno. **Hipótesis:** Los niños con un índice de masa corporal (IMC) $>$ percentil 85 e HF-DM2 tienen más riesgo de insulino resistencia y pre-diabetes que los niños sin HF-DM2, y en ellos la glicemia de ayuno puede ser insuficiente como tamizaje. **Diseño:** Estudio transversal. **Métodos:** Fueron reclutados 72 niños con IMC $>$ percentil 85, con y sin HF-DM2. Se realizó Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TOGO) y perfil lipídico. Se determinó glicemia e insulina a los 0, 30 y 120 minutos. Se calculó el índice insulínogénico (IIG), Homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR), índice de Gutt (ISIO, 120) y la relación Triglicérido (TG)/Col-HDL. **Resultados:** Mediana (Rango): 41 niños con HF-DM2/21 niños sin HF-DM2; edad 11,5 (6,6 – 16,5) vs 10,9 (6,4 – 15,8) años ($p = 0,3$) e IMC-SDS 1,77 (0,86 – 2,79) vs 1,89 (1,07 – 2,37). En el grupo con HF-DM2 7/41 tenían prediabetes [glicemia alterada de ayuno y/o intolerancia a la glucosa (IGT)] comparados con 0/21 en el grupo sin HF-DM2 ($p = 0,04$). Los niños con IGT presentaban glicemias de ayuno normales. El grupo con HF-DM2 presentó valores más altos de HOMA-IR [3,1 (0,3 – 10,3) vs 2,2 (0,4 – 9,3); $p = 0,04$], ISIO, 120 [45,9 (20,8 – 84,9) vs 80,9 (28,6 – 337,8) mg * L²/mmol * mU * min; $p < 0,01$], TG/HDL ratio [2,23 (0,49 – 6,97) vs 1,23 (0,39 – 4,4); $p = 0,01$]. No se encontró diferencias entre ambos grupos en los valores de glicemia en insulina a los 0', 30' y 120', como tampoco en el IIG; ni en la relación IIG/HOMA-IR. **Conclusión:** En niños con IMC $>$ percentil 85, la HF-DM2 se asocia con un estado pre diabético y mayores índices de insulina resistencia. Este grupo de riesgo debiera ser evaluado con un TOGO y no sólo con una glicemia de ayuno.

HIPOGLICEMIA PERSISTENTE EN EL LACTANTE: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS CON ETIOLOGÍAS ENDOCRINO-METABÓLICAS DIFERENTES

Codoceo A, Lucero Y, Torrealba IM.
Pediatría y Endocrinología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

La hipoglicemia persistente es poco frecuente en lactantes, sin embargo, relevante por las secuelas neurológicas que puede producir de no mediar diagnóstico y manejo oportunos. **Objetivo:** Describir la presentación clínica y evolución de 3 casos con hipoglicemia persistente y severa de causa endocrino-metabólica. **Método:** Revisión de fichas clínicas de los pacientes. **Resultados:** Los 3 casos debutaron con convulsiones asociadas a hipoglicemia durante el primer mes de vida. Caso 1: RNTAEG, desde las 6hrs. de vida con hipoglicemia sintomática que requirió cargas de glucosa hasta 11mg/kg/min. En muestra crítica (MC, glicemia $<$ 50 mg%) se constató cetonemia (-), cortisol e hormona de crecimiento (HC) normales (30 μ g/ml y 8 mU/ml) e insulina elevada (18,8 U/ml), confirmando Hiperinsulinismo Persistente. Se trató con Octeotride con respuesta favorable. Caso 2: RNTGEG, al mes presentó hipoglicemia sintomática asociada a ictericia colestásica. En MC presentó niveles de HC y cortisol bajos (3,0 mU/ml y 1,6 ig/ml), insulina normal (4,0 UI/ml) y RNM cerebral demostró hipoplasia de adenohipofisis y neurohipofisis ectópica, confirmando Hipopituitarismo con déficit de HC y ACTH. Se trató con cortisol y HC normalizándose glicemias y colestasia. Caso 3: RNTAEG, al 3° día presentó hipoglicemia sintomática cuya causa no se pudo determinar. Al año presentó nueva convulsión luego de ayuno prolongado. Se constató ácido láctico, pirúvico elevados, niveles de HC, cortisol e insulina normales y Espectrometría de Masa en Tandem sugiere de déficit de Carnitina Palmitoiltransferasa tipo I. Se manejó con alimentación c/4 hrs evolucionando favorablemente excepto durante ayunos prolongados. **Conclusiones:** Presentamos 3 tipos de hipoglicemia severa en lactantes de diferente etiología endocrino-metabólica, que con un estudio precoz y tratamiento específico lograron un desarrollo sicomotor adecuado. Se enfatiza la necesidad de determinar oportunamente la etiología de este síndrome para evitar daño neurológico.

COINFECCIONES INTESTINALES EN NIÑOS INFECTADOS POR HELICOBACTER PYLORI

Villagrán A¹, Serrano C¹, Torres J¹, Duarte P¹, Windle HJ², Crabtree JE², Harris PR³.

¹Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Departamento de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Trinity College, Dublin, Irlanda. ⁴Leeds Institute of Molecular Medicine, Leeds, UK.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta entre 20 a 40% de los niños y adultos de países industrializados, y entre un 70 a 90% de la población del mundo en desarrollo, produciendo cambios fisiopatológicos a nivel gastrointestinal incluyendo cambios de pH gástrico. Si dichos cambios y la respuesta inmune contra *H. pylori* modifican la frecuencia de infecciones intestinales no ha sido mayormente estudiada. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre la infección por *H. pylori* y la presencia de coinfecciones intestinales en niños. **Métodos:** En forma prospectiva se enrolaron 22 niños de entre 4 a 15 años de edad, con síntomas digestivos que fueron referidos a endoscopia digestiva alta. Durante la endoscopia se obtuvieron biopsias gástricas para determinación de *H. pylori* mediante test de ureasa y tinción histológica, junto con evaluación histopatológica gástrica mediante clasificación de Sydney. La semana siguiente a la realización de la endoscopia, de cada niño se recolectó 3 muestras de deposiciones para estudio bacteriano (coprocultivo y tinciones), de rotavirus y de enteroparásitos. **Resultados:** Del total de 22 niños, sólo 3 presentaron coinfecciones y todos ellos en el grupo *H. pylori* negativo ($n = 15$). Ningún paciente del grupo *H. pylori* positivo ($n = 7$) presentó infección intestinal simultánea. Un niño fue positivo para *E. Coli* (serotipo 055), otro niño presentó *Blastocystis hominis* y un tercer niño presentó infección por *Endolimax nana*. De estos 3 niños, 2 presentaron como síntomas dolor abdominal recurrente leve y uno de ellos reflujos gastroesofágico moderado. Los parámetros nutricionales de estos 3 niños infectados fueron similares a los de los niños *H. pylori* negativos sin coinfecciones y a los de los niños *H. pylori* positivos. Del mismo modo, no hubo diferencias en síntomas clínicos, en la indicación de endoscopia y antecedentes biodemográficos (sexo, edad). **Conclusiones:** De un total de 22 niños estudiados, 7 de ellos resultaron estar infectados por *H. pylori*. Además sólo 3 niños presentaron algún tipo de coinfección intestinal, y ninguno de ellos resultó ser *H. pylori* positivo. La información preliminar no sugiere una asociación entre infección por *H. pylori* e infecciones intestinales simultáneas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL EXTREMO NORTE DE CHILE: UN TRABAJO COOPERATIVODíaz B¹, Kirberg A², Flores E², Montalva G², Maldonado P³.¹Unidad de Gastroenterología Infantil, Hospital Dr. Juan Noé de Arica. ²Unidad de Endoscopia, Hospital Dr. Ernesto Torres de Iquique. ³Unidad de Endoscopia Hospital Dr. Juan Noé de Arica.

Introducción: La clásica rivalidad entre ciudades vecinas, ha impedido una colaboración, entre otros, en el trabajo en salud, desperdiciándose recursos, tanto físicos como humanos, lo que va en detrimento de la atención del paciente y de la economía de los organismos de salud. Con el fin de mejorar los procedimientos endoscópicos pediátricos, se firma un convenio entre los hospitales de Arica e Iquique, con el objeto de iniciar un trabajo colaborativo en el ámbito endoscópico infantil. **Objetivos:** Comunicar la experiencia de dos años de trabajo conjunto, entre los hospitales Dr. Juan Noé de Arica y Dr. Ernesto Torres de Iquique, en procedimientos endoscópicos digestivos en la población infantil, utilizando iguales criterios y procedimientos y de acuerdo a la idiosincrasia regional. **Material y Método:** Con el fin de dar forma a este estudio, se programó visitas periódicas de los profesionales de los hospitales integrantes, con elaboración de protocolos, unificación de criterios, además de una integración real de los componentes de los equipos de salud. **Resultados:** Se realizaron 348 procedimientos endoscópicos, diagnósticos y terapéuticos, entre el 01 de Julio de 2005 y el 30 de Junio del 2007, en niños provenientes de las provincias de Iquique, Arica y Parinacota. El promedio de edad fue de 9,7 a con un rango de 1 mes a 17 años. Endoscopías altas: 241 a las que se asociaron 26 gastrostomías endoscópicas, 21 extracción de cuerpo extraño, 18 dilataciones esofágicas, 12 esclerosis de várices y 2 instalaciones de balón intragástrico. Colonoscopías: 93 a las que se asociaron 43 polipectomías. Colangiopancreatografía endoscópica: 14 (papilotomías 10). Se logró una entusiasta integración de enfermeras, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, técnicos paramédicos y médicos, lográndose realizar con éxito todos los procedimientos propuestos. **Conclusión:** El trabajo cooperativo entre gastroenterólogos de hospitales de ciudades vecinas logró desarrollar con gran entusiasmo numerosos procedimientos endoscópicos y el manejo integral de las patologías asociadas. Trabajo Financiado por "The Sixth Research Framework Programme Of The European Union", Proyecto Content (Inco-Ct-2006-032136) y Conicyt/Bm.

ENDOSCOPIA EN RECIÉN NACIDOS: ¿CÓMO, DESDE CUÁNDO Y POR QUÉ?Ríos G, Alliende F, Arancibia ME, Miquel I, Saelzer E, Navarrete C.
Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo.

Introducción: La endoscopia digestiva es una herramienta diagnóstica aceptada en el estudio de patología gastrointestinal infantil, sin embargo, realizarla en recién nacidos (RN) tiene limitaciones clínicas y técnicas. **Objetivo:** evaluar las indicaciones, características clínicas y resultados de la endoscopia digestiva alta (EDA) y baja (EDB) en RN. **Pacientes y Método:** análisis retrospectivo de ficha clínica de recién nacidos consecutivos que requirieron EDA y/o EDB, en Clínica Alemana de Santiago, entre Octubre de 2003 y Diciembre de 2006. Se utilizó endoscopio Olympus de fibra GIF N-30 o video endoscopio XP 160 con diámetro externo de 5,3 y 5,9 mm respectivamente. El procedimiento se realizó en la unidad de neonatología y/o de endoscopia. La sedación, según la condición clínica del paciente, estuvo a cargo de endoscopista, neonatólogo o anestesiólogo. **Resultados:** Se realizaron 24 procedimientos, 7 EDA y 17 EDB, 12 varones, edad gestacional 25-40 semanas. La mediana de edad fue 10 días (3-30 días) y el peso promedio 2.900 g (1.800-4.154 g). El procedimiento se llevó a cabo en la Unidad de Neonatología en 17 pacientes y 7 en Unidad de Endoscopia. Las indicaciones de EDA fueron hemorragia digestiva alta: 6 y mal incremento ponderal: 1; en 4 se requirió anestesia general y 3 sedación con midazolam. En 6/7 se encontraron lesiones: esofagitis: 3, gastritis: 3, duodenitis erosiva: 1, úlceras gástricas: 1, angiodisplasia: 1, hiperplasia linfocelular (HLN) gástrica: 2, HLN duodenal: 1 y normal: 1, cuya biopsia mostró esofagitis. Las indicaciones de EDB fue rectorragia: 14 y sospecha de alergia alimentaria: 3. En todos se exploró hasta ángulo esplénico del colon. La premedicación fue midazolam en 9, sedación inhalatoria: 2 y sin sedación: 6 pacientes. Todos los exámenes estaban alterados: signos inflamatorios de la mucosa en 17 e HLN en 7 pacientes. El estudio histológico reveló colitis alérgica en 13 pacientes, colitis inespecífica en 2, y normal en 2. No se observaron complicaciones. **Conclusiones:** La EDA y EDB son procedimientos diagnóstico factible de realizar en forma segura en RN desde los primeros días de vida e incluso en prematuros. La principal indicación es la hemorragia digestiva. En la mayoría de los casos se encuentran lesiones que explican el cuadro por lo que se demuestra su utilidad como herramienta diagnóstica.

ESTEATOHEPATITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOSSchoen K, Zumelzu E, Quintas M, González I, López L, Torres MT, Jofré P.
Unidad de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Dr. Gustavo Frické, Viña del Mar.

Introducción: La obesidad en la edad pediátrica es un problema creciente en muchos lugares del mundo. En Chile, un 33 % de los niños tiene sobrepeso u obesidad (IMC > p85). La esteatohepatitis no alcohólica se ha relacionado con la obesidad y con el síndrome metabólico. **Objetivo:** Describir algunas variables demográficas, bioquímicas y algunos aspectos clínicos en un grupo de niños y adolescentes chilenos obesos que padecen la esteatosis hepática no alcohólica. **Método:** Se revisaron las fichas clínicas de 31 niños con IMC sobre el percentil 95 según edad y sexo (según las tablas de crecimiento de los CDC) en el momento del diagnóstico de la esteatosis hepática, esto según las ecografía realizadas en la unidad de Gastroenterología y Nutrición infantil. **Resultados:** 31 niños y adolescentes (18 hombres y 13 niñas) en edades que fluctúan entre los 6 y 17 años (promedio: 11,5 años para las mujeres y 13,2 años para los hombres). El IMC se encontraba sobre el percentil 97 en 21 pacientes y en 9 pacientes el IMC se encontraba entre el percentil 95 y 97. El promedio del peso de nacimiento era 3.448 gr (2.150 y 4.150). El sobrepeso u obesidad en los padres se encontraba en 22 pacientes (70,9%). El promedio de edad al diagnóstico de la esteatosis hepática estaba en 10 años 8 meses (6-16). GPT y GOT estaban elevados en el 80,6% y 67,7% de los pacientes respectivamente. Los triglicéridos era 129,8 mg/dl y el 32,2% se encontraba valores más altos se presentaban en los hombres. El Perfil Lipídico mostraba un valor promedio del colesterol total de 170mg/dl y estaba elevado en un 15,4% de los pacientes (> 200 mg/dl); el valor promedio de los sobre los 130mg/dL. La Glicemia en ayunas estaba normal en todos los pacientes pero un 45,5% de ellos tenía niveles elevados de insulina en ayunas y un 63,6% tenía resistencia a la insulina según HOMA. **Conclusión:** Gran parte de este grupo de niños y adolescentes obesos chilenos presentaba niveles anormales de enzimas hepáticas al momento del diagnóstico de la esteatosis hepática. La resistencia a la insulina se encontraba frecuentemente en estos pacientes.

NEUMATOSIS INTESTINAL, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACAArancibia ME, Pose G, Ríos G, Miquel I, Alliende F, Saelzer E.
Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Introducción: La neumatosis intestinal es un hallazgo radiológico asociado a enterocolitis necrotizante (ECN), esta patología se produce en el periodo neonatal principalmente en RN Pretérmino o de bajo peso de nacimiento, requiere para su manejo habitualmente largas estadías de hospitalización y se asocia a una mortalidad cercana 20%. Es prudente ampliar el dg. diferencial de los RN con neumatosis intestinal. En forma cada vez más frecuente observamos alergia a proteína leche de vaca (APLV) en periodo neonatal. **Objetivo:** Describir características clínicas de una serie de RN que presentaron neumatosis intestinal asociado a APLV. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 6 casos de RN hospitalizados en unidad RN Clínica Alemana de Santiago entre Octubre 2005 y Septiembre 2007, que presentaron neumatosis intestinal no asociado a ECN. **Resultados:** 5/6 casos eran RN de sexo masculino, EG entre 31-38 sem. Peso Nac. 1.659-4.185. Todos presentaban al menos una patología asociada (GEG, hijo de madre diabética, hernia diafragmática asociada a malrotación intestinal, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, infarto cerebral, Enf. Membrana Hialina, Apnea). Clínicamente 5/6 presentaron rectorragia y al examen físico destacaba ausencia de compromiso hemodinámico y examen abdominal normal (4/6) o distensión abdominal (2/6). La alimentación al diagnóstico: 3/6 pecho exclusivo, 1/6 fórmula, 2/6 pecho más fórmula. Se realizó colonoscopia corta en 5 pacientes: 2 macroscopia normal. 3 mucosa congestiva erosiva y perdida patrón vascular. En los 5 casos con endoscopia la histología fue compatible con colitis alérgica. Se realizó tratamiento médico con: pecho y restricción alimentación materna suprimiendo proteína láctea de vaca 2/6 y Neocate 4/6. La evolución fue favorable en todos los casos. **Conclusiones:** La neumatosis intestinal puede asociarse a APLV en recién nacidos que presentan rectorragia y/o distensión abdominal donde se ha descartado ECN.

ENDOSONOGRFÍA (EUS) PEDIÁTRICA, EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO

Poblete M, Vial P, Ríos G, Castillo C.
The Latin American Advanced Gastrointestinal Endoscopy Training Center. Olympus. Clínica Alemana UDD. Santiago Chile.

Introducción: EUS es una herramienta diagnóstico/terapéutica en patologías de tracto gastrointestinal (TGI) y estructuras vecinas, muy utilizada en adultos; segura, eficaz, con escasas complicaciones. En niños está poco difundida y su indicación está limitada por la relación entre el diámetro del equipo y el TGI. **Objetivo:** Comunicar experiencia de EUS en pediatría. **Método:** Análisis retrospectivo de pacientes pediátricos (0-18 años), referidos para EUS entre 2000 y 2007. Se consignan edad, sexo, indicación, hallazgos de EUS y seguimiento. Estudios realizados por 1 operador, con consentimiento de padres, monitorización cardiorespiratoria y sedación con propofol por anestesiólogo. EUS rectoanales sin sedación. Ecoendoscopios de imagen radial y lateral Olympus. **Resultados:** 32 pacientes, 20 mujeres, 12 varones; entre 2 y 18 años, mediana 15 años. 26 EUS altas, 5 bajas, 1 frustra por estenosis esofágica. **Indicaciones. EUS altas:** Evaluación de **esófago** 1 (masa mediastínica), **estómago** 7 (pólipos 2, lesiones submucosas 5), **duodeno** 3 (duplicación duodenal 1, adenoma de papila 1, lesión submucosa 1) y **vía biliar y páncreas** 15 (páncreas divisum 1, tumores de páncreas 7 con sospecha de insulinoma en 3, coledocolitiasis 2, pancreatitis aguda 2, quistes pancreáticos 3). **EUS bajas:** Evaluar **rectosigmoides** 1 (hemangioma) y **anorrecto** 4 (incontinencia anal 3, úlcera crónica 1). **Hallazgos y Seguimiento. Esófago:** sospecha de duplicación entérica 1, confirmada en cirugía. **Estómago:** Pólipo séssil cardial 1, tumores GIST 2, cicatriz quirúrgica 1, páncreas ectópico 1 y normales 2. **Duodeno:** Quiste de duplicación 1 y tumores de papila 2 (adenoma 1, en control y tumor papila menor 1, resección endoscópica). **Vía biliar y páncreas:** Páncreas divisum 1, tumor retroperitoneal no pancreático 1 (no confirmado en cirugía), tumor sólido pseudopapilar 1 (resecado, buena evolución), insulinomas descartados 2, (normal 1, nesidioblastosis 1) y no detectado 1, pancreatitis autoinmune 1 (punción negativa para neoplasia), coledocolitiasis 3 (confirmadas por colangiografía 2), barro biliar 1 (colecistectomizado), pseudoquiste 1 (drenado bajo EUS), quistes pancreáticos en fibrosis quística 1, pancreatitis sin microlitiasis 3. **Rectosigmoides:** Hemangioma superficial 1. **Anorrecto:** Úlcera rectal sin elementos de Crohn 1, aparato esfinteriano hipoplásico 1 y exámenes normales 2. **Conclusión:** Esta serie muestra la aplicación de EUS en una amplia gama de patologías pediátricas. De gran utilidad en patología biliar y pancreática, evita procedimientos invasivos innecesarios. Igual que en adultos, ayuda a definir conductas en la mayoría de los casos.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA: VALIDACIÓN DE UN KIT CASERO

Kirberg A¹, Díaz B², Montalva G¹, Flores E¹, Maldonado P³.
¹Unidad de Endoscopia Hospital de Iquique Chile, ²Unidad de Gastroenterología Infantil Hospital de Arica, ³Unidad de Endoscopia Hospital de Arica.

Introducción: La gastrostomía endoscópica fue descrita por el cirujano infantil Michael Gauderer en 1980. Su principal indicación ha sido como vía de alimentación enteral en niños con daño neurológico severo, congénito, perinatal o metabólico. Iniciamos nuestra experiencia en el Hospital Regional de Iquique, Chile en 1985. Hasta el año 1990 empleamos el Kit descrito por Gauderer en sus primeras publicaciones. Este se fabrica ensamblando una sonda Pezzer y una cánula Medicut. En 1990 desarrollamos nuestro propio kit empleando tubo de silicona grado médico y una "punta de pipeta". Este kit nos cuesta 3 dólares, a diferencia de los kit comerciales que valen entre 150 y 300 dólares. **Objetivo:** Validar el kit casero de silicona y dar a conocer el método de fabricación. **Materiales y Métodos:** Hemos efectuado 230 gastrostomías con este kit, 49 en niños y 181 en adultos. En todos los casos registramos complicaciones durante el procedimiento y durante el seguimiento del paciente lo que fue realizado por una enfermera de nuestro centro. Comparamos nuestras complicaciones con aquellas descritas en la literatura. **Resultados:** Con nuestro kit casero tuvimos iguales complicaciones a las que aparecen en la literatura revisada a excepción del "Buried Bumper Syndrome" o síndrome del avestruz que se presentó en siete casos. Este síndrome consiste en la migración de la barra o tope interno de la sonda hacia la pared abdominal desapareciendo de la cavidad gástrica. Cinco de los siete casos fueron tratados exitosamente mediante la técnica endoscópica descrita por Venu que permite en forma ambulatoria solucionar el problema y dejar instalada una nueva sonda. **Conclusión:** El kit casero de silicona es perfectamente adecuado para efectuar gastrostomías endoscópicas ya que en nuestra experiencia no se presentaron mayores complicaciones que las descritas en la literatura. La gran ventaja de este kit es su bajo costo, lo que permite efectuar este procedimiento en todos los pacientes que lo requieran sin importar su nivel socioeconómico ni los limitados recursos del centro hospitalario.

INTOLERANCIA A LA LACTOSA: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO OBJETIVO

Alliende F, Miquel I, Arancibia ME, Ríos G, Saelzer E.
Unidad de Gastroenterología Infantil. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo.

Introducción: La intolerancia primaria a la lactosa es una entidad frecuente. Está determinada genéticamente y consiste en la ausencia o disminución de actividad lactasica, evidente desde los 4 o 5 años de vida. Se manifiesta por dolor abdominal, distensión, flatulencia o diarrea. La historia clínica y exámen físico orientan en su diagnóstico. Para su confirmación, la prueba de aire espirado (con medición de Hidrógeno y Metano) tras ingesta de lactosa, es aceptada como la más apropiada; permite también en algunos casos, detectar sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI). **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas del grupo de niños a quien se le solicitó este examen; y evaluar la utilidad de la historia clínica en el diagnóstico de intolerancia a la lactosa. **Pacientes y Método:** Se analizaron las fichas protocolizadas de pacientes a quienes se les realizó la prueba de aire espirado con lactosa en nuestra Unidad entre el 01 de marzo de 2005 y 31 de julio de 2007. Se utilizó un equipo QuinTron SC MicroLyzer (QT00130-M; Milwaukee, USA) y los valores obtenidos se interpretaron de acuerdo a los protocolos del fabricante. **Resultados:** Se realizaron 147 análisis a igual número de pacientes, edad promedio 8,2 años (2-18 años), 83 niñas. El médico de referencia fue gastroenterólogo infantil en 136 pacientes (92,5%). Se diagnosticó intolerancia a la lactosa en 86 pacientes (58,5%) siendo leve en 24 (27,9%), moderada en 37 (43%) y severa en 25 (29%). La incidencia de síntomas para los grupos de pacientes tolerantes e intolerantes se muestran en la tabla. De los 147 pacientes, 31 (21%) presentaron un patrón compatible con SBI; de ellos, 22 tenían intolerancia.

	Diarrea	Meteorismo	Dolor	Náuseas
Tolerantes	37,7	78,8	92,8	42,8
Intolerantes	41	83	92,4	34

Conclusiones: Los síntomas sugerentes de intolerancia a la lactosa no permitieron discriminar entre pacientes sanos y enfermos. Es altamente recomendable confirmar el diagnóstico con una prueba confiable, más aún si se considera de que se trata de una condición permanente. El SBI resultó ser frecuente en la población estudiada, especialmente entre los intolerantes (25,6%), factor que puede influir en los resultados del tratamiento.

¿ES ÚTIL LA MEDICIÓN DE METANO EN LOS TEST DE AIRE ESPIRADO EN NIÑOS? ESTUDIO PRELIMINAR

Alegria S¹, Quera R^{1,2}, Álvarez L² Navarro A².
Clínica Las Condes (CLC). Hospital Clínico Universidad de Chile².

Es reconocida la utilidad de los test de aire espirado (TAE) con medición de hidrógeno (H₂) en el diagnóstico de intolerancia a hidratos de carbono y sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI), sin embargo, hasta un 15% de la población infantil tiene una flora intestinal productora de metano (CH₄). **Objetivo:** Determinar si la medición de metano (CH₄) en los TAE mejora su capacidad diagnóstica para intolerancia a lactosa (IL) y SBI en niños. **Pacientes y Métodos:** Se evaluaron de manera retrospectiva los TAE con medición de H₂ y CH₄ realizados en CLC durante el año 2007 para el estudio de (IL) y SBI. Se administraron 12,5 grs de lactosa o 10 grs de lactulosa según el caso, realizándose mediciones de H₂ y CH₄ según protocolo en equipo Quintron Microlyzer modelo SC. El diagnóstico de IL se basó en una elevación de 20ppm de H₂ y/o 12 ppm de CH₄ sobre el valor basal en cualquier medición. El diagnóstico de SBI se fundamenta en un ascenso > 20 ppm de H₂ y/o 12 ppm de CH₄ antes de los 60 minutos. El tiempo de tránsito orocecal (TTOC) se determinó con lactulosa cuando se apreció un aumento > a 3 ppm de H₂ y/o CH₄ en 3 mediciones consecutivas. **Resultados:** Se realizaron 41 exámenes de TAE en 37 pacientes (21 hombres) edad promedio 9 años (rango: 4-15 años). En 7 de los pacientes (19%) presentó una flora bacteriana intestinal productora de metano (25% de las mujeres y el 14% de los hombres). De un total de 36 exámenes para estudio de IL, 14 pacientes (39%) cumplió los criterios diagnósticos. En un paciente el diagnóstico de IL se fundamentó sólo a través de la medición de CH₄ espirado. Se realizaron 5 exámenes para determinar la presencia de SBI, en 2 pacientes se confirmó el diagnóstico, en uno de ellos se fundamentó sólo en la medición de CH₄ espirado. El TTOC promedio fue de 92 min (rango 60-120 min). **Conclusiones:** Un porcentaje significativo de la población infantil estudiada presenta flora bacteriana productora de metano, lo que coincide con los valores publicados en la literatura. Este estudio preliminar, demuestra que la medición de CH₄ en el TAE disminuye el número de falsos negativos y aumentaría la sensibilidad diagnóstica de este examen en la población infantil.

APORTE DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) AL DIAGNÓSTICO DE MALROTACIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Caro D, Subiabre MJ, Mediavilla M, Barraza X.
Hospital Base Valdivia.

La malrotación intestinal (MI) se asocia a mayor riesgo de vólvulo y obstrucción del duodeno, por compresión extrínseca. Debe sospecharse en todo menor de un año que presente vómitos biliosos. La mortalidad general tras la cirugía es 3 a 9%, pero es prácticamente 0% en niños sin isquemia intestinal. Por esto, un diagnóstico oportuno es muy importante. Se presenta el caso de una paciente, con episodios de vómitos biliosos, 2 veces al mes, desde los 6 días de vida, manejados con régimen fraccionado en domicilio (tránsito intestinal no evidenció alteraciones en período neonatal). A los 6 meses de edad se evalúa con ecografía abdominal y tránsito intestinal que no evidencian alteraciones. Se completa estudio con TAC de abdomen y endoscopia digestiva alta. Esta última se informa normal. La TAC abdominal evidencia intestino delgado en situación lateral derecha y colon en línea media hacia lateral izquierda. Vena y arteria mesentérica superior se observan con cambios de posición hacia distal, observándose un remolino vascular hacia inferior. Alteraciones compatibles con MI. A los 7 meses de vida, se realiza cirugía, confirmando el diagnóstico, y se corrige según técnica de Ladd. Las series radiográficas con contraste del tracto gastrointestinal superior, se describen como el examen de elección para el diagnóstico. La ecografía abdominal también es un buen método para descartar una malrotación con riesgo de vólvulo. La TAC de abdomen permite un diagnóstico rápido tanto en niños como en adultos. En este caso el diagnóstico se confirmó con esta técnica, a los 6 meses de evolución, luego de dos tránsitos intestinales y una ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Es por esto, que ante la sospecha clínica es muy importante, ampliar el estudio a métodos imagenológicos más complejos por la posibilidad de falsos negativos con las técnicas tradicionales.

UTILIZACIÓN DE UN MÉTODO RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (AAT) EN SANGRE TOTAL EN COMPARACIÓN CON LA TÉCNICA SEROLÓGICA CONVENCIONAL EN LA MONITORIZACIÓN DE LA DIETA EN PACIENTES CELÍACOS

González A³, Amador M³, Zumelzu E², Atalah J², Fierro L², López L¹, González I^{1,3}, Mondragón I¹, Jofré P^{1,3}.

¹Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar. ²Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. ³Universidad de Valparaíso.

Introducción: El tratamiento con dieta libre de gluten disminuye la morbi-mortalidad asociada a la Enfermedad Celíaca. La medición de AAT permite monitorizar esta dieta. Un novedoso test rápido permitiría conocer resultados de AAT en el momento del control del paciente de forma sencilla y sin necesidad de un laboratorio especializado. Esta técnica se realiza a partir de una gota de sangre total y se basa en la liberación del antígeno transglutaminasa presente en glóbulos rojos mediante una hemólisis. **Objetivo:** Comparar la técnica rápida de detección de AAT (Biocard Celiac Test®) determinando su sensibilidad y especificidad en relación a la técnica serológica convencional, en un grupo de pacientes celíacos en tratamiento. **Materia y Método:** Se realizó un estudio descriptivo-correlacional en una muestra dirigida a 42 pacientes con Enfermedad Celíaca (biopsia compatible), 27 (64%) mujeres y 15 (36%) hombres, de 1 a 22 años de edad, controlados en los policlínicos de Gastroenterología Infantil de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren. Se realizó revisión de fichas clínicas y medición de AAT utilizando técnicas convencional (IMMCO®) y rápida (Biocard Celiac Test®), previo consentimiento informado. **Resultados:** Los pacientes llevaban entre 20 días y 17 años de dieta libre de gluten. El grupo incluyó a 4 pacientes con Diabetes Mellitus 1, 1 con Hepatitis crónica y 1 con Síndrome de Down e Hipotiroidismo, como enfermedades asociadas. La técnica serológica detectó 20 (47,6%) pacientes con AAT positivos y el método rápido 18 (42,8%) pacientes. La sensibilidad y especificidad del método rápido en relación a la técnica serológica fue de 90,0% y 95,4% respectivamente. **Conclusión:** El método rápido de detección de AAT tiene una correlación alta con el tradicional. Dicho antecedente es relevante para considerar a la técnica rápida (Biocard Celiac Test®) como alternativa para la monitorización de la dieta en pacientes celíacos.

PANCREATITIS EN NIÑOS

Delamarre MG, Pizarro D.
Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile.

Introducción: Es la inflamación del páncreas asociada a dolor abdominal y aumento de las enzimas pancreáticas. **Materia y Métodos:** Revisión fichas médicas con diagnóstico de pancreatitis. Período de enero 2001 a julio 2007. **Resultados:** Se obtienen 11 casos. Promedio 10,5 años (rango entre 5,8 y 15,2 años). Sexo 1,2: 1 varones: mujeres. El 72,7% (n = 7) presenta patología previa: pancreatitis aguda (n = 2); oncológica (n = 2); neurológica (n = 2); nefrológica (n = 2); respiratorio (n = 1) y, uno de estos, con antecedente nefrológico y neurológico. El 54,6% (n = 5) recibió medicamentos (ácido valproico, corticoides y L-asparraginas). Etiología: agudas (PA) 81,8% (n = 9) y recurrentes (PR) 18,2% (n = 2). Idiopáticas 45,5% (n = 5), medicamentosas 27,3% (n = 3), traumáticas 18,2% (n = 2) por biopsia renal y endoscopia digestiva alta y 9% por litiasis (n = 1). El síntoma principal fue dolor abdominal 91% (n = 10) localizado en epigastrio, vómitos 72,7% (n = 8) y fiebre 18,2% (n = 2). El diagnóstico se estableció en el 91% (n = 10) de los casos por cuadro clínico y elevación de amilasa promedio 9 veces sobre valor normal, confirmados por ecografía 45,5% (n = 5); 36,4% (n = 4) por TAC; 1 caso de diagnóstico intraoperatorio (9%) y otro paciente asintomático que ingresó para estudio (9%). La gravedad según score APACHE II, leve 72,7% (n = 8) y grave 27,3% (n = 3). El 45,5% (n = 5) presentó colecciones líquidas. Un paciente evolucionó a pseudoquistes (9%). En el 100% de los casos se usó ketoprofeno. **Conclusiones:** Escolares con patología de base o tratamiento medicamentoso (actual o reciente) y que, además, presentan dolor abdominal y vómitos, se debe sospechar pancreatitis. En aquellos casos sin etiología clara, se debe complementar estudio para agentes infecciosos. El score APACHE II no fue útil para determinar pronóstico en niños con pancreatitis. El ketoprofeno fue eficaz para el manejo del dolor en nuestros pacientes.

ASOCIACIÓN DE COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y COLITIS ULCEROSA

Ríos G¹, Villar C².

¹Unidad de Gastroenterología, Servicio de Pediatría Hospital Exequiel González Cortés. ²Becado de Gastroenterología Infantil.

Introducción: La asociación entre Colitis Ulcerosa (CU) y Colangitis Esclerosante Primaria (CEP) ha sido bien documentada en adultos, estimándose que el 80% de los pacientes con CEP presentarán CU, mientras que sólo 2 a 5% de las CU evolucionarán con CEP asociada. Ambas patologías son poco frecuentes en niños en nuestro medio. **Objetivo:** Documentar la existencia de esta asociación en nuestra población pediátrica, así como llamar la atención sobre su forma de presentación. **Pacientes:** Se presentan dos casos de asociación CU-CEP. El primero, paciente de sexo masculino quien inicia compromiso hepático a los 6 años de edad, evolucionando años después como Sd. Colestático cuyo estudio incluyó ERCP que demostró CEP. Destacaba en el paciente marcado compromiso ponderoestatural (T/E e IMC < p5) y retraso de madurez sexual (Tanner II a los 16 años). Por lo que se investigó S. malabsorción descartándose Enfermedad Celíaca con biopsia intestinal y luego se buscó Enfermedad Inflamatoria Intestinal, realizándose colonoscopia, la que fue normal, sin embargo, las biopsias de colon confirmaron una CU. Tuvo excelente respuesta al tratamiento, logrando recuperación de su crecimiento. El segundo caso, sexo masculino, debutó a los 11 años con CU. Cuatro años después, en control dirigido de función hepática se pesquisó elevación transitoria de aminotransferasas y GGt con estudio negativo para Virus Hepatitis A, recuperándose espontáneamente. Posteriormente se constató una segunda alza de aminotransferasas cuyo estudio y seguimiento incluyó biopsia hepática la que fue compatible con CEP. Post tratamiento se ha mantenido asintomático, con función hepática normal. **Conclusiones:** La CU puede debutar con síntomas extra digestivos como retraso del crecimiento. La CEP puede simular un episodio de hepatitis viral. El conocimiento de la asociación de estas patologías permite realizar exámenes específicos invasivos para su confirmación. El diagnóstico precoz de estas asociaciones requiere búsqueda dirigida y sistemática.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL PANCREÁTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE FIBROSIS QUÍSTICA Y ANÁLISIS DE MUTACIONES

Jofré P, Ducasse K, González M, Tapia M, Ilse G.
Hospital Dr. Gustavo Fricke, Hospital Roberto del Río. Universidad de Valparaíso.

Introducción: En Chile, existen casi 300 pacientes portadores de Fibrosis Quística (FQ). La mayoría de ellos reciben terapia con enzimas pancreáticas, y su uso ha sido indicado por criterios clínicos y laboratorio indirecto de función pancreática. Por otro lado, existe un bajo porcentaje de detección de mutaciones (< 60%), de acuerdo a los paneles disponibles en nuestro medio. Una forma más certera de diferenciar los pacientes que realmente se comportan con Insuficiencia Pancreática (IP) es a través de la medición de Elastasa Fecal Humana (EF-1) en deposiciones, dado su capacidad de representar el estado global de la función del páncreas. **Objetivo:** Reclasificar pacientes portadores de Fibrosis Quística y diagnóstico clínico de insuficiencia pancreática a través de la medición de EF-1 en deposiciones y correlacionarlo con el genotipo. **Métodos:** Se estudiaron 20 pacientes portadores de FQ (provenientes de 2 centros, (11 varones y 9 mujeres). Determinación de EF-1 se realizó por método de ELISA (Elisa ScheBo Pancreatic Elastase 1 Stool Test). Se excluyen otras causas de enteropatía como Enfermedad Celíaca o Crohn. **Resultados:** El valor de EF-1 promedio fue de 128,3 ug/gr con un rango entre 0 y 510 ug/gr. En 15 (75%) el valor fue compatible con IP (< 200), 12 de los cuales tenían 0, promedio 21,1 ug/gr. Todos los pacientes que tenían mutación Δ F508 tenían EF-1 en rango de IP, 9 de los cuales tenían 0 y uno 186,4 ug/gr. Dos pacientes con la mutación G542X presentaron resultados opuestos (0 y 491 ug/gr). Un paciente con mutación R334W tenía IP (38,1 ug/gr). **Conclusiones:** En el 75% de éstos niños con FQ y diagnóstico clínico de IP, EF-1, lo corrobora. La reclasificación de pacientes de acuerdo a EF-1 evita el uso innecesario de enzimas pancreáticas. La posible influencia de mutaciones leves aún no conocidas en nuestra población permite que sólo el 75% exprese IP y que pacientes con un alelo conocido severo se comporte con Suficiencia Pancreática.

DELECCIONES DEL GEN HOMEBOX SHOX (SHORT STATURE HOMEBOX) EN NIÑOS CHILENOS CON TALLA BAJA IDIOPÁTICA

Aravena T, Ureta P, Cares C, Escribano G.
Sección Genética, Hospital Clínico Universidad de Chile.

La estatura es el resultado de la interacción de múltiples factores, incluyendo los de origen genético. La talla baja es un problema médico y social de causas heterogéneas, que afecta a un 2-3% de la población. Se ha demostrado que las mutaciones del gen SHOX se asocian con talla baja en pacientes con Síndrome de Turner, discondrosteosis de Leri-Weill y en algunos individuos con talla baja idiopática (TBI). Alrededor de un 80% de las mutaciones de SHOX son deleciones completas del gen, el resto corresponde a mutaciones puntuales. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de deleciones de SHOX en pacientes chilenos con TBI. Todos los pacientes tenían cariotipo normal, ausencia de enfermedades crónicas o sindrómicas asociadas, y estatura bajo el percentil 3 para las curvas nacionales. Analizamos deleciones de SHOX mediante PCR con portadores fluorescente de marcadores microsatélites altamente polimórficos localizados alrededor de la región codificante de SHOX. Se realizó análisis del DNA de 26 pacientes y sus padres. En los casos en que los probandos tenían fragmentos de un solo tamaño de cada marcador se realizó hibridación *in situ* con fluorescencia (FISH). Se detectó deleciones completas de SHOX en 2 de los 26 pacientes. La prevalencia de talla baja debida a deleciones de SHOX en niños chilenos parece ser similar a la de estudios internacionales. El *screening* de deleciones de SHOX debería ser incluido dentro de los exámenes genéticos solicitados a los pacientes con TBI. *Este trabajo es financiado por el Concurso de Proyectos de Investigación de la Sociedad Chilena de Pediatría.*

ENANISMO TANATOFÓRICO

Araos G, Alvares C, Benavides P, Schoen K.
Servicio de Neonatología, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Introducción: El enanismo tanatofórico es considerado la osteocondrodisplasia letal más frecuente en fetos y neonatos. Descrita por primera vez por Maroteux et al en 1967. Se estima que su frecuencia es de 0,144 en 10.000 recién nacidos, con predominio en varones (2:1). Su herencia es autosómica dominante, producida por una mutación a nivel del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos se considera localizada en el cromosoma 4p16. El riesgo de recurrencia es de $1,34 \times 10^2$, el cual se triplica en los casos de edad paterna superior a los 35 años. Se ha relacionado también con otras mutaciones y translocaciones. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, radiológicos, ecográficos y necrópsicos. Se caracteriza por macrocefalia, acortamiento de extremidades de predominio rizomélico con tórax hipoplásico e imágenes radiológicas típicas. **Presentación de un caso:** RNT, 38 semanas, AEG, nace el 20 de Agosto de 2007 en H.G. Fricke, proveniente de Quilpué con antecedentes de embarazo controlado desde las 31 semanas, con ecografía que muestra feto único, líquido amniótico aumentado, perímetro torácico disminuido, cuatro extremidades acortadas en todos los segmentos y pielectasia derecha 13 mm. Madre de 19 años y padre de 50 años, sin consanguinidad. Nace cianótico, no se reanima por aspecto clínico sugerente de enanismo tanatofórico, luego inicia esfuerzo respiratorio espontáneo, ingresa a las 5 hrs de vida a la unidad de neonatología. Examen físico: Hipotónico, macrocefalia, fontanela amplia, frente amplia, facie tosca, tórax pequeño, aumento perímetro abdominal, genitales masculinos normales, extremidades con acortamiento rizomélico. Rx tórax: hipoplasia pulmonar, Rx extremidades: fémur de forma de auricular de teléfono. Fallece a las 75 hrs de vida por insuficiencia respiratoria. **Conclusiones:** Paciente con hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con enanismo tanatofórico.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL EN LAS MALFORMACIONES CON-GÉNITAS. SERVICIOS PEDIATRÍA, OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AÑOS 2005-2006

Tellerías L, Torres L, Salas C, Román G, Sanz P, Paublo M, Ramírez P, Bustos JC, Hernández A, Samame M, Acuña R, Field M, Soto P.
Hospital San Juan de Dios.

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del diagnóstico prenatal en el manejo del parto y postnatal de las malformaciones congénitas (MC) mayores. **Pacientes y Método:** Análisis prospectivo entre el 1 Enero 2005 y el 31 Diciembre 2006 con seguimiento de MC mayores detectadas por equipo de diagnóstico prenatal y aquellas registradas en Servicios de Obstetricia y Neonatología del HSJ de Dios. **Resultados:** En un total de 7.977 partos ocurridos, en el período señalado se reúnen 178 notificaciones de malformaciones mayores, de las cuales 9 son mortinatos. En el 55% se realizó diagnóstico prenatal por el equipo multidisciplinario, concordante con diagnóstico postnatal. Edad Promedio de la madre, 27 años, edad promedio del padre, 30 años, edad gestacional 37 semanas, peso de nacimiento, 2.713 gramos. Predominio sexo masculino (58%), 39% sexo femenino y 3% ambiguo. Un 13% correspondió a alteración cromosómica, 12% MF genitourinarias, 10% Cardiopatías, 8% de SNC, 8% digestivas, 6% Fisura Labiopalatina, 2% displasia esquelética. Las comunas más afectadas fueron Pudahuel, Lo Prado Santiago Centro y Melipilla. Tasas de MC por 1.000 partos fueron de 26,5 el año 2005 y 17,6 el año 2006. **Comentarios:** El diagnóstico prenatal en los casos de aneuploidias de mal pronóstico vital es fundamental para determinar una conducta terapéutica adecuada en período postnatal inmediato. En situaciones de MC genitourinarias se aplican protocolos de tratamientos profilácticos precozmente. En los casos de manejo quirúrgico se logra una coordinación más expedita, en beneficio del binomio madre hijo. Los casos de sexo ambiguo correspondieron a síndrome de Potter y polimalformados. Las tasas son mayores en especial si las comparamos con el año 2000 en que se obtuvo una tasa de 14,3 por 1.000 partos, esto pudiera explicarse por una mayor derivación por ser nuestro hospital centro de referencia del área.

EXPERIENCIA EN CONCEPCIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL CICLO DE LA UREA, PERÍODO 1997-2007

Escobar P¹, Selman E¹, Vega L¹, Aguilera D².
Unidad de Genética HGGB, ²Interna Medicina Universidad de Concepción.

El Ciclo de la Urea es un conjunto de seis reacciones metabólicas encaminadas a eliminar el amonio derivado del metabolismo de compuestos nitrogenados. Las alteraciones enzimáticas de este ciclo tienen incidencia variable entre 1/30.000 y 1/100.000 nacidos vivos. Son de herencia autosómica recesiva, salvo el Déficit de OTC que es ligada a X. Las manifestaciones clínicas se deben a la acumulación de amonio y glutamina. Se pueden manifestar en el período neonatal o en forma más tardía. Son de mal pronóstico, y cursan con daño neurológico severo e irreversible. **Objetivos:** Presentar la experiencia en el Policlínico de Genética del HGGB entre los años 1997 y 2007, en el diagnóstico y manejo de 6 niños, 4 con Déficit de OTC, 1 con Déficit de CPS y 1 con Déficit de AL. **Casos clínicos:** 3 de los niños con Déficit de OTC fueron de presentación neonatal con hiperamonemia severa, sintomatología neurológica y digestiva. 2 de ellos, hermanos, fallecen a los pocos días del ingreso. El tercero actualmente de 11 meses de edad se encuentra con daño neurológico severo e irreversible y ha presentado en tres oportunidades descompensación grave. La cuarta, de sexo femenino, ingresa al servicio por cuadro de vómitos cíclicos y AVE a los 9 años de edad, falleciendo en la segunda hospitalización luego de una ingesta proteica importante. La menor con Déficit de CPS ingresa con compromiso neurológico, convulsiones e hiperamonemia a los dos días de vida. Fallece 22 días después a pesar del tratamiento intensivo. Actualmente se encuentra en seguimiento menor de 3 años 3 meses portadora de Aciduria Argininosuccínica, quien presenta retraso del desarrollo psicomotor y desnutrición. **Conclusión:** Los trastornos del ciclo de la urea son enfermedades devastadoras, que evolucionan con daño neurológico severo e irreversible. Situaciones de estrés con alto requerimiento energético pueden llevar al coma hiperamonémico con elevada mortalidad. El tratamiento está orientado a corregir alteraciones bioquímicas, asegurar aporte de nutrientes y disminuir la ingesta proteica.

RIESGO CITOGÉNICO EN NIÑOS CON EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A PESTICIDAS

Sanz P^{1,2}, Moreno R^{1,3,4}, Ronco AM¹, Bustos E¹, Castillo S¹, Tobella L¹, Salazar S¹, Daher V¹, Tellerías L², Ojeda ME³.
¹Universidad de Chile, ²Hospital San Juan de Dios, ³Hospital Regional Rancagua, ⁴S.S. Metropolitano Sur.

Los pesticidas empleados en la agricultura tienen efecto tóxico en humanos, su uso en Chile no está bien controlado, favoreciendo la exposición laboral y accidental. **Objetivo:** Se describen las alteraciones cromosómicas inducidas por la exposición accidental de escolares a pesticidas. **Material y Método:** 23 escolares de una escuela rural expuestos accidentalmente a pesticidas no precisados, el año 2003, son estudiados 3 años después, con consentimiento informado. Se describen el porcentaje casos con alteraciones cromosómicas y el promedio con su IC95% de las fracturas, y se comparan con un grupo control. Las diferencias se analizan con STATA y consideran con significancia estadística (SE), si $p < 0,05$. **Resultados:** Los afectados al momento del estudio tienen promedio de edad de 11,65 años, rango entre 8 y 13 años, el 60,86% refiere síntomas como cefalea, náuseas, mareos, vómitos, dolor abdominal y diarrea, en relación a la exposición. Las alteraciones cromosómicas están en 2 casos, con translocación (7;14), o sea 8,69%, y en ninguno de los controles, 0%. Las fracturas en casos y controles tienen promedio con IC95%, de 2,43% con IC -0,79 a 5,66 versus 1,58% con IC -0,96 a 4,14, respectivamente. Ninguna de las diferencias tiene SE. No hubo relación entre las alteraciones descritas y los síntomas referidos. **Discusión y Conclusiones:** A pesar de las notorias diferencias entre las alteraciones cromosómicas descritas entre casos y controles, no tienen SE, por problemas estadísticos con el tamaño de la muestra, si hubiesen sido 24 casos habría SE. Debe considerarse además, que estas diferencias persisten 3 años después de la exposición, por lo que, estos niños, siguen siendo una población en riesgo por evaluar. **Financiamiento Proyecto DID MULT 04/15-2, Dirección Investigación, Hospital Clínico Universidad de Chile.**

POSIBLE GEN RECESIVO EN LA ALTA PREVALENCIA DE SÍNDROME DOWN EN CHILE. EVIDENCIAS DE LA REGIÓN O'HIGGINS

Moreno R^{1,2}, Ojeda ME¹.
¹Hospital Regional Rancagua, ²S.S. Metropolitano Sur y Universidad de Chile.

Entre 2002 y primer semestre 2007, nacieron 24.906 recién nacidos vivos (RNV) en el Hospital Regional Rancagua (HRR), de ellos 69, tenían síndrome Down (SD). **Objetivo:** Se describe los análisis epidemiológicos, cromosómicos, y de genealogías que sustentan esta hipótesis. **Material y Método:** Los 69 casos de SD, fueron entrevistados, se solicitó estudio cromosómico y las genealogías de los casos familiares. Se estima la tasa de SD, el porcentaje de casos familiares, recurrencia y consanguinidad. Se hace un análisis de patrón de herencia. **Resultados:** En el HRR durante el período en estudio, se estable una tasa de SD de 27,86‰ RNV, con intervalo confianza 95% de 11,59 a 44,13. Dando un riesgo de 1:360 RNV, casi el doble para cada edad materna. Diez casos son familiares, 14,49%, una familia tiene dos hijos afectados del mismo progenitor, dando una recurrencia de 1,44%. Otra familia de primos hermanos paternos, tienen un hijo sano y su segundo hijo con SD. Todos los casos familiares tiene al menos uno de los casos con SD, con estudio cromosómico que evidencia una trisomía 21 libre. El análisis de las genealogías, descarta la herencia autosómica dominante y aquellas por herencia materna (ligada X y citoplasmática, como la mitocondrial). Las familias con recurrencia y consanguinidad, sugieren una herencia autosómica recesiva (AR). **Discusión y Conclusiones:** El SD es más frecuente en hospitales públicos o del sur del país, con tasas similares al HRR, cercanas al doble de la tasa esperada de 15 ‰ RNV. Este gen AR, que proponemos, sería una posible explicación, y podría estar en un locus, en el mismo cromosoma 21 o en otro autosoma. Si consideramos que el exceso esta dado por este gen de herencia AR, podemos estimar en el HRR, que este tiene una frecuencia de $q = 0,0353$, constituyendo un polimorfismo poblacional, con una frecuencia de heterocigotos o portadores sanos del alelo AR de 6,8% de la población, lo que explicaría la alta frecuencia del SD en Chile, y la alta frecuencia de casos familiares y de recurrencia observados en la Región de O'Higgins, Chile.

ENCEFALOMIOPATÍA NECROTIZANTE INFANTIL SUBAGUDA: SÍNDROME DE LEIGH

Cárdenas A, Vivero A, Villalobos F, Zlatar Y.
Servicio Pediatría Hospital Regional de Antofagasta.

Introducción: El Síndrome de Leigh es un trastorno genético, de expresión clínica heterogénea, de muy baja frecuencia, que condiciona déficit de complejos enzimáticos que alteran la función mitocondrial, expresándose por convulsiones, hipotonía, debilidad muscular, retraso psicomotor, movimientos anormales, atrofia óptica, vómitos y anomalías respiratorias. El diagnóstico está basado en el cuadro clínico, acidosis láctica y hallazgos en TAC y RNM cerebral. Carece de tratamiento eficaz y presenta mal pronóstico. **Caso clínico:** RN, masculino, de 5 días, RNT 38 semanas sin patología perinatal, presenta en domicilio, movimiento anormal de extremidad superior (EESS) izquierda, palidez con posterior paro cardiorrespiratorio. Ingresó a UCIP hipotónico, pupilas arreactivas, sin reflejos corneales ni osteotendíneos, con acidosis metabólica severa y alteración de coagulación. Conectado a ventilación mecánica, se indica solución alcalinizante, plasma y neuroprotección. TAC cerebral con hipodensidades asimétricas en región frontoparietal. PL con gluco y proteínaorraquia. Al día siguiente con movimientos clónicos de EESS izquierda sin respuesta anticonvulsivantes. EEG hipovoltado, TAC control sin cambios. Evolucionó grave, arreactivo con acidosis láctica, hiperamonemia e hiponatremia severa. Fallece a los 14 días de vida. Para precisar causa de muerte se pide Autopsia que revela hallazgos histopatológicos que en conjunto con clínica y laboratorio, son compatibles con forma severa de Síndrome de Leigh. **Comentario:** El síndrome de Leigh, puede conducir a una muerte brusca e inesperada en los primeros días o meses de vida, por lo que se debe considerar este diagnóstico entre las causas posibles.

COMORBILIDAD EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Alarcón M, Denegri P, Mercado V, Cabello A.
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

El Síndrome de Down, es la causa más frecuente de retraso mental no heredado. En la literatura se mencionan un gran número de comorbilidades que presentarían estos pacientes. El diagnóstico precoz es fundamental en el manejo integral de un niño con este síndrome, es por esto que nuestro objetivo es describir la comorbilidad de los niños con Síndrome de Down en nuestra población. Realizamos un estudio observacional, en donde presentamos la comorbilidad de niños con Síndrome de Down provenientes del Taller Laboral para Niños con Deficiencia Mental UNPADE, su anexo Escuela Especial UNPADE (Talca), y población con Síndrome de Down nacida y/o controlada en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, en los últimos 15 años; agrupando los datos en niños entre 28 días y 2 años, niños entre 2 y 6 años y desde 6 a 15 años. Las comorbilidades a describir son: cardiopatías congénitas, hipotiroidismo, enfermedad celíaca, catarata congénita, enfermedad de Hirschprung, otitis media aguda recurrente, astigmatismo, miopía, hipermetropía, otitis media recurrente, leucemia linfoblástica aguda, fracturas, neumonía adquirida en la comunidad, síndrome bronquial obstructivo recurrente, así como número y causas de hospitalización, accidentes, transfusiones, cirugías y otras. Concluimos que las comorbilidades de mayor frecuencia son las cardiopatías congénitas, hipotiroidismo, catarata congénita, neumonía y síndrome bronquial obstructivo recurrente. Que presentan mayor frecuencia de hospitalizaciones que la población general, mayoritariamente en el período perinatal, así como un mayor número de cirugías, y que los sistemas que más frecuentemente se ven afectados son el sistema respiratorio, cardíaco y digestivo.

SÍNDROME DE KABUKI Y A ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE (AHA) GRAVE ASOCIADO A VIRUS EPSTEIN BARR (VEB)

Mercado C¹, Arriagada D¹, Bertrán K², Repetto G², Campora L³, Díaz P⁴, Troncoso I⁴.

¹Interna, ²Becada Pediatría, ³Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, ⁴Unidad de Genética, ⁴Área de Cuidados Críticos-Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El Síndrome (Sd) Kabuki es una entidad genética de reciente descripción, que se identifica por una fascie característica, asociada a otras alteraciones como retraso mental y de crecimiento, y últimamente se ha relacionado con procesos autoinmunes (AI). El Virus Epstein Barr (VEB), debido a su linotropismo selectivo se asocia en forma frecuente a procesos AI siendo la AHA uno de los más reportados. **Objetivo:** Comunicar la asociación poco habitual de VEB y AHA grave, en el contexto de una paciente con un Sd. de Kabuki. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 6 años, primera hija, sin antecedentes perinatales. Evaluada por 4 días de fiebre, cefalea y vómitos, al que luego se agrega orinas oscuras e ictericia. Estable al ingreso con FC: 142x', PAM: 70 mmHg, pálida/ictérica, edema bpalpebral, hígado 5 cm brc y bazo palpable, adenopatías cervicales inflamatorias. Descrita con fascie tosca, hipertelorismo orbitario, ojos rasgados con eversion parcial del canto inferior y estrabismo divergente de ojo derecho. En los exámenes de iniciales destacaba hematocrito 17%, Bilirrubina total: 5,3 mg/dl y LDH: 2084 U/L, GOT: 384, GPT: 162. Estudio de anemia hemolítica señaló test de Coombs directo (+), crioglobulinas (+), anticuerpos de amplio rango térmico (+) e IgM (VCA) VEB (+), otras causas infecciosas fueron descartadas. Se trató inicialmente con transfusión de GR y debido a la persistencia de actividad hemolítica, recibió metilprednisolona por 3 días con lo que se estabilizó el proceso hemolítico. Además presentó edema de extremidades asociado a hipalbuminemia (2,1 g/dl) e hipercolesterolemia (338 mg/dl) y proteinuria en rango no nefrótico. De alta a los 7 días de ingreso, control a las 3 semanas sin hemólisis activa, con normalización de pruebas hepáticas y renales. Evaluado por genética, se diagnosticó Sd de Kabuki. **Comentario:** La infección por VEB es común en pediatría, siendo la AHA frecuentemente encontrada, pero reportada como muy leve. En casos graves, como el presentado, esta condición puede ser de riesgo vital requiriendo tratamiento inmunosupresor agresivo para frenar el proceso hemolítico. Es importante destacar que la presencia de Sd. Kabuki diagnosticado en este paciente pudiera ser un condicionante para la presentación grave de AHA, sin embargo, no tuvo incidencia en la respuesta a esteroides, ni tampoco a la presencia de recaídas, anemia aplásica o progresión/cronificación de infección de VEB.

METRORRAGIA EN ADOLESCENTE Y TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

Campbell A.

Pediatra, Servicio de Pediatría, Centro Médico Ginecología Infantil y de la Adolescencia FUSAT, Rancagua. Fundación de Salud El Teniente (FUSAT).

Introducción: La principal causa de Metrorragia en la adolescencia, es la anovulación, por retardo en la maduración del Feed Back negativo. La segunda causa de metrorragia es el trastorno de coagulación. **Objetivo:** Presentar 5 pacientes que consultaron por metrorragia, cuya causa fue trastornos de coagulación. **Material y Métodos:** Revisión de Ficha Clínica de 5 pacientes que consultaron por metrorragia, entre Mayo 2003 y Mayo 2007; 1) MFF: Menarquia a los 13 años, Hipermenorrea desde la menarquia. Presentó 2 episodios de metrorragia. Exámenes: Ecotomografía pelviana normal. Alteración de secreción y agregación plaquetaria; 2) AHC: Menarquia a los 10 años y 3 meses, un episodio de metrorragia. Ecotomografía pelviana endometrio engrosado. Trastorno de secreción y agregación plaquetaria. Anemia Secundaria; 3) MVH: Menarquia a los 12 meses, metrorragia a los 13 a 9 m. Ecotomografía pelviana: Foliculo en maduración O.I. de 2,0 cm de diámetro. Febrero 2005, estudio sugerente de Enfermedad de Von Willebrand. Dic. 2005 se confirma estudio, de Enfermedad de Von Willebrand; 4) KHA: Menarquia a los 10 años 3 meses. Antecedentes de Epistaxis leve. Presentó un episodio de Metrorragia: Exámenes plaquetas 28.000. TTPA 28,9, Control normal 31. Mielograma: Hiperplasia megacariocítica, AC antimitocondriales anti DNA antimúsculo liso: normales, C3 = 118, C4 = 247, CHSO = 138 normales. Ecotomografía Pelviana: Normal. Diagnóstico: Púrpura Trombocitopénico; 5) JGP: Menarquia a los 10 años 11 meses, metrorragia agosto 2006. Ecotomografía pelviana normal. Trastorno de secreción y agregación plaquetaria (Octubre 2006). Enfermedad de Von Willebrand (Mayo 2007). Anemia secundaria. **Conclusiones:** Las pacientes con discrasias sanguíneas, generalmente tienen otros signos clínicos como equimosis, epistaxis, pero en ocasiones, no presentan cuadro clínico sugerente la primera manifestación del trastorno de coagulación es la metrorragia. El diagnóstico de metrorragia disfuncional en la adolescente es un diagnóstico por exclusión.

LESIONES ATÍPICAS POR VIRUS PAPILOMA GENITAL EN NIÑAS

Romero P, Muñoz M, Smoje G, González S, Vergara E.

Unidad de Ginecología Infantil; Unidad de Dermatología Hospital Luis Calvo Mackenna; Departamento Anatomía Patológica Pontificia Universidad Católica de Chile; Laboratorio Bioscan.

La infección por virus papiloma (HPV) en adultos y en niñas se puede manifestar por lesiones atípicas, que generalmente pasan inadvertidas al examen genital. Las técnicas de diagnóstico molecular permiten diagnosticar y tipificar el virus papiloma. Con el objeto de precisar la etiología de lesiones micropapulares, o en empalizada de la mucosa de los genitales realizamos el presente trabajo prospectivo. **Pacientes y Métodos:** Se ingresó al estudio a 55 pacientes que al examen de genitales externos presentaban: irregularidad en la superficie de la mucosa genital, de tipo micropapular, o en empalizada; micropapulas en labios mayores o monte de venus. A tres pacientes se les realizó biopsia y estudio inmunohistoquímico en la PUC. A las restantes 52 se les tomó una muestra con una tórula de algodón que se frotó sobre la lesión y se envió a Laboratorio Bioscan para estudio molecular a través de Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR). **Resultados:** El estudio fue positivo para HPV en 32,7% (18), 50% prepuberales, de éstas: el 94,4% consultó por alguna de las siguientes causas: vulvovaginitis, genitorragia, abuso sexual, hipermenorrea, dolor pélvico, síntomas urinarios, molestias en la vulva. 100% presentaban lesiones. Se hizo vaginoscopia en 38,8% (7): 4 presentaban congestión y una micropapulas del cuello. Cuatro muestras de cuello fueron positivas. Se hizo tipificación en 14 (77,7%). Con los siguientes resultados: HPV- 6 en 3; HPV- 6 y HPV- 11 en 2 y HPV-16 en 3 (una del cuello y dos de la vulva). En 27,7% (5) se diagnosticó abuso sexual y 11,1% (2) tenían actividad sexual. **Conclusión:** Es necesario tener presente que es posible observar en niñas lesiones atípicas en los genitales causadas por virus papiloma. Las técnicas de diagnóstico molecular permiten detectar y tipificar el virus papiloma. Esto colabora a la detección de abuso sexual. La tipificación de virus papiloma potencialmente oncogénico favorece un control preventivo de estas pacientes.

MICROBIOTA VAGINAL Y MYCOPLASMAS UROGENITALES EN RECIÉN NACIDAS: EVOLUCIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Urquieta J, Romero P, Muñoz M, Romero MI, Salvo H, Martínez MA. Programa Formación en Pediatría Universidad Chile, Unidad Ginecología Pediátrica Hospital Luis Calvo Mackenna, Departamento Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio Neonatología HL Tisné, ICBM Universidad Chile.

Introducción: La microbiota vaginal (m vaginal) en las niñas ha sido escasamente estudiada y es prácticamente desconocida en nuestra población. Ello nos motivó a desarrollar este estudio prospectivo de m. vaginal aeróbica y Micoplasmas urogenitales en recién nacidas (RN) y seguimiento el primer año de vida. **Material y Método:** Se ingresó a 60 RNT de 2 días, parto vaginal, previo consentimiento informado de sus madres. A todas se les tomó una muestra de flujo vaginal a los 2 días (d), al mes, 6 meses (m) y un año de vida. Estas se transportaron a temperatura ambiente, en condiciones de bioseguridad. Se inocularon en caldo urea, arginina y se sembraron en aerobiosis en agar sangre, chocolate, Mc Conkey y Thayer Martin. **Resultados:** Ingresaron 60 RNT, se controló prospectivamente a 32 (53,3%). Los cultivos fueron (+) en el 96,6% a los 2 días, 96,9% al mes, 93,7% a los 6 m y 100% al año. A los 2 días microbiota cutánea (mc) 72,7%, 19,3% m, entérica (me) y m. genital (mg) 8%. Mc 73,8% al mes, 57,1% a los 6 m y 36,6% al año. Me 26,2% al mes, 37,5% a los 6 m y 58,5% al año. Mg 1,8% a los 6 m. *Ureaplasma urealiticum* y *Mycoplasma hominis* en 24 (40%) y 3 (5%) respectivamente de las RN a los 2 días, no se aisló *Mycoplasma hominis* después de los 2 días de vida. **Conclusiones:** La Microbiota cutánea predomina en la RN, se mantiene en alta proporción hasta los 6 m. La microbiota intestinal aumenta a medida que se avanza en edad. La microbiota genital es escasa en la RN y desaparece a los 12 m. Cerca de la mitad de las RN están colonizadas con Mycoplasmas urogenitales a los 2 días de vida.

NECROSIS MEDULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCIÓN POR PARVOVIRUS Y ANEMIA DREPANOCÍTICA-BETA TALASEMIA NO DIAGNOSTICADA

Sandoval C, Monge M, Lizama M, Barriga F, Zúñiga P, Orellana P, Wietstruck MA. Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La necrosis medular es rara y de evolución grave, asociada generalmente a enfermedades malignas, infecciones y anemias hemolíticas. Presentamos un paciente con necrosis medular, en el contexto de infección por parvovirus y anemia drepanocítica-beta talasemia no diagnosticada previamente. **Historia Clínica:** Paciente masculino de 8 años, padre chino y madre chilena, que consultó al servicio de urgencia por cuadro de dolor lumbar intenso. Antecedentes de dolores óseos ocasionales en brazos y hombros. Se hospitalizó para estudio y tratamiento del dolor. Cintigrama óseo mostró múltiples imágenes hipo e hipercaptantes, con anemia severa e ictericia. Evolucionó con compromiso del estado general, fiebre y pancitopenia. Mielograma repetido en dos oportunidades, en ambas crestas ilíacas, demostró necrosis medular y el realizado en tibia izquierda fue normal. IgM parvovirus (+). La electroforesis de Hb confirmó anemia drepanocítica o sickle cell disease (HbS: 70%) y beta talasemia (HbA2: 6%). Recibe tratamiento con hiperhidratación y analgésicos opiáceos, con rápida recuperación de sus recuentos hematológicos. El estudio de la familia reporta: Padre con beta talasemia, madre y hermano portadores de drepanocitosis (HbS < 50%). **Discusión:** La anemia drepanocítica o de células falciformes, es una enfermedad muy infrecuente en Chile. El paciente tenía una anemia sickle-beta talasemia no diagnosticada, con historia de dolores óseos previos, que evolucionó con necrosis medular en el contexto de una infección por parvovirus. Esta asociación ha sido descrita en la literatura y generalmente es de evolución fatal.

FUNCIÓN OVÁRICA EN PACIENTES TRASPLANTADAS DE MÉDULA ÓSEA

Romero P, Muñoz M, Palma J, París C.

Unidad de Ginecología. Unidad de Trasplante de Médula. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Pacientes con patología oncológica, hematológica e inmunológica que no responden a las terapias habituales son sometidos a Trasplante de Médula Ósea (TMO). Previo al TMO reciben acondicionamiento con Quimioterapia (QT) en altas dosis y radioterapia (RT). Esto puede causar falla gonadal que se manifiesta en retardo, o ausencia de desarrollo puberal, trastornos menstruales, e infertilidad. La criopreservación de tejido ovárico obtenido previo al acondicionamiento podría ofrecer esperanza de fertilidad en estas pacientes. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la evolución de la función ovárica que presentan las pacientes que han sido TMO en el Hospital Luis Calvo Mackenna. **Pacientes y Métodos:** Desde el 2003 se realiza seguimiento a las pacientes que han sido TMO. Se ingresan en una ficha de registro. Causa del TMO, edad, desarrollo puberal, antecedentes ginecológicos, terapia de acondicionamiento. Se controla evolución del desarrollo puberal, ciclos menstruales, gonadotropinas. **Resultados:** Se sigue a 40 pacientes sexo femenino; 34 prepuberales, una puberal y 5 postmenárquicas. El 75% requirió TMO debido a un tumor maligno; 82,5% recibió acondicionamiento con Ciclofosfamida (CFM), 47,5% busulfan. Diecinueve (47,5%) fueron irradiadas; once prepuberales y 4 postmenárquicas. Se controla a 5 pacientes TMO postmenárquicas. Una de ellas fue ooforectomizada. Tres presentan elevación de las gonadotropinas, requiriendo terapia de reemplazo hormonal. Una que se acondicionó sólo con CFM presenta ciclos menstruales normales. Dos pacientes TMO prepuberal; una presenta falla ovárica y la otra que recibió CFM y VP16 más RT total 12 Gy presentó menarquia espontánea y ciclos menstruales regulares. **Conclusiones:** El acondicionamiento con QT y RT puede causar daño ovárico definitivo, sobretodo, en pacientes TMO puberales o postmenárquicas. Es necesario desarrollar un proyecto que permita realizar criopreservación de tejido ovárico previo al TMO en estas pacientes.

EXPERIENCIA DEL POLICLÍNICO DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE COAGULACIÓN, UNIDAD DE HEMATO ONCOLOGÍA INFANTIL, HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, 2006-2007

Dossi MT, Claverie X, Bustos C, Becker A. Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.

Introducción: Las coagulopatías se manifiestan con baja frecuencia en pediatría, aunque es habitual su búsqueda en situaciones de riesgo como procedimientos quirúrgicos e historias clínicas de sangramientos frecuentes. **Objetivos:** Sistematizar el estudio y manejo de pacientes con sospecha de trastornos de coagulación y describir las características de esta población infantil consultante. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, agosto 2006 a agosto 2007. Pacientes menores de 15 años del SSMO, con sospecha de trastorno de coagulación, derivados a hematología, desde otras especialidades. Se realizaron Registros en ficha clínica especializada, según hallazgos de la anamnesis y examen físico se efectuaron: estudio enfermedad de Von Willebrand, factores específicos de Coagulación, función plaquetaria y trombofilia. **Resultados:** 70 pacientes. Promedio edad fue 7,5 años. La mayoría de pacientes fueron derivados de OTL (45) por exámenes preoperatorios alterados. El motivo de consulta más frecuente fue TSA (tiempo sangría alterado). El síntoma más frecuente fue la epistaxis a repetición. 9 pacientes tenían historia familiar de sangrado considerable. En 3/10 pacientes con TP menor 65 se encontró déficit factor VII. Sólo un paciente con TTPA anormal presentó estudio compatible con enf de VW. En 1/4 pacientes con TTPA prolongado y TSA, se encontró sd antifosfolípidos. 8/31 pacientes con TSA se les solicitó estudio de EVW y función plaquetaria, en 2 presentaron alteración de la agregación. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes presentaron historia clínica de epistaxis, hallazgo de un tiempo de sangría alterado y examen físico normal. Los antecedentes familiares estaban en la minoría de los pacientes. Los casos confirmados de coagulopatías fueron 12%, pacientes con EVW con historia de sangramiento significativa y pacientes con déficit factor VII sin historia sangramiento lo que se correlaciona con trastornos clínicos leves como esta descrito en la literatura.

USO DE VORICONAZOL EN ASPERGILLOSIS INVASIVA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. UN CASO CLÍNICO

Córdova M, Neira L, Carmona MC, Díaz P, Schuffeneeger P.
Unidad Hemato-oncología infantil, Hospital Gustavo Fricke.

Introducción: El voriconazol es un agente antifúngico sistémico de uso reciente. Ha sido demostrada su eficacia en el tratamiento de *Candida* spp, *C. albicans*, *C. krusei*, *Aspergillus* spp, *Aspergillus fumigatus* y patógenos emergentes como el *Scedosporium* spp y *Fusarium* spp. El objetivo de este trabajo fue mostrar la efectividad del uso de voriconazol en un paciente pediátrico inmunocomprometido, con diagnóstico clínico de aspergillosis invasiva. **Material y Métodos:** Revisión ficha de clínica de paciente hospitalizado en la Unidad de Hemato-oncología infantil del Hospital Gustavo Fricke. **Caso Clínico:** paciente varón de 9 años con diagnóstico en enero del 2006 de aplasia medular muy severa en tratamiento según protocolo PINDA 1998 (infoglobulina, ciclosporina, metilprednisolona). Presenta cuadro de neutropenia febril prolongado, manejado con diferentes esquemas antibióticos, sospechándose infección por hongos se asocia tratamiento con Anfotericina B. Dentro del estudio de infección fúngica se solicitan tomografía axial computada (TAC) de tórax, la que informa una imagen nodular de 1,8cm rodeada por infiltrado micronodular de lóbulo superior del pulmón derecho, TAC de senos paranasales informado como pansinusitis, TAC cerebral y de abdomen normales, fondo de ojo normal, búsqueda de hifas en orina negativo y anticuerpo galactomanano negativo (PUC). Por sospecha de invasión fúngica invasora posible por *Aspergillus* (según consenso EORTC y NIAID) sin respuesta al uso de anfotericina en dosis completa, se decide en conjunto con infectología, iniciar tratamiento con voriconazol. El paciente evoluciona satisfactoriamente desde punto de vista clínico, con disminución progresiva de imagen nodular en TAC de tórax de control realizado día 12 de tratamiento, las que desaparecen en TAC que se realiza al finalizar el tratamiento de 21 días con voriconazol. No presentó efectos adversos al uso de voriconazol, pero fue necesario ajustar las dosis de ciclosporina por interacción medicamentosa, como está descrito en la literatura. **Conclusión:** La aspergillosis invasiva es una infección grave con pronóstico potencialmente fatal en pacientes inmunocomprometidos. Mantener una alta sospecha clínica en relación a la infección por hongos, el estudio precoz y el tratamiento agresivo, considerando el uso de los nuevos antifúngicos, es indispensable para mejorar la sobrevida en este grupo de pacientes.

NEUROBLASTOMA CONGÉNITO DE EVOLUCIÓN ATÍPICA. CASO CLÍNICO

Amador M, Neira L, Díaz P, Carmona C.
Servicio de Hematología Infantil, Hospital Gustavo Fricke, Departamento de Pediatría, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Neuroblastoma (NBT) es un tumor maligno del Sistema Nervioso Simpático, derivado de la cresta neural embrionaria, los de tipo congénito, son aquellos que se detectan durante el embarazo o durante el primer mes de vida, generalmente de muy buen pronóstico con sobrevida mayor al 90%. Su incidencia a aumentado los últimos años debido a los adelantos en ecografía prenatal. **Caso Clínico:** RN de término, sexo masculino, sin antecedentes familiares, parto cesárea, con antecedentes de taquipnea transitoria y ptosis de ojo derecho al nacer, se solicita RX de tórax que es evaluada como normal, se da de alta al tercer día. Al mes, madre acude a control en consultorio donde destaca al examen físico aumento de volumen preauricular derecho, de aparición a los 15 días de vida, y mantención de ptosis de ojo derecho, además de 2 nódulos abdominales. Es derivado al hospital, donde se observa una multiplicación de nódulos por toda la piel, los cuales presentan aumento de volumen y equimosis, asociado a hepatomegalia y compromiso respiratorio en aumento, se decide realizar Rx de tórax, donde se observa una gran zona de condensación en el ápice del hemitorax derecho. Se solicita un Mielograma de urgencia además de una punción de nódulo cutáneo, con resultados sugerentes de neuroblastoma, además de catecolaminas en orina positivas. Se envía Biopsia a Santiago, y se comienza tto para NBT congénito, con quimioterapia ciclo N4 en UCIP, debido a necesidad de asistencia ventilatoria y riesgo de lisis tumoral. En esta unidad evoluciona en malas condiciones, presentando derrame pleural y neumotórax derecho en 2 oportunidades que fueron drenados y compromiso respiratorio progresivo necesitando apoyo ventilatorio máximo. Se solicitaron TAC de tórax, abdomen y cerebro que confirman el diagnóstico. Durante la hospitalización presenta súbitamente edema facial unilateral progresivo, desarrollando síndrome de vena cava superior. Su condición cumplidos los 8 días del ciclo de quimioterapia es gravísima, con hipotensión refractaria a volumen e inotropos a dosis máximas, luego de 2 semanas de hospitalización paciente muere por paro cardiorrespiratorio. A 2 días de su muerte llega confirmación histológica desde Stgo. de Neuroblastoma congénito poco diferenciado. **Conclusión:** Es importante el examen físico del paciente saber detectar los signos de alarma, en este caso, ptosis palpebral y la radiografía de tórax inicial, para un diagnóstico temprano y un tratamiento satisfactorio.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER INGRESADOS AL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA ENTRE 1997-2007

Pool C, Pietroboni P, Mundaca S, Muñoz M.
Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. Hospital Regional de Antofagasta.

Introducción: El cáncer es la segunda causa de muerte en el grupo entre los 5-15 años. La tasa de mortalidad por cáncer en 1999 fue de 3,4 por 100.000 niños. Estimando una incidencia de 12 casos nuevos de cáncer por 100.000 menores de 15 años de acuerdo a la población infantil deben aparecer aproximadamente 517 casos por año en nuestro país. La Región de Antofagasta no cuenta con estudios de prevalencia y/o incidencia de los distintos tipos de cáncer que afectan a menores de 15 años. **Objetivos:** Caracterizar los cánceres infantiles según grupo etario, sexo y tipo de cáncer. **Materiales y Método:** Estudio retrospectivo de prevalencia por revisión de 144 fichas clínicas de pacientes con cáncer infantil que ingresaron al HCRA entre los años 1997 y 2007. Muestreo universo de casos por conveniencia. Análisis de datos por Microsoft Excel. **Resultados:** De los casos el sexo masculino corresponde al 56%. Los tipos de cáncer infantil más frecuentes son la leucemias con 49%, seguido por Tumores del SNC con 17% y luego los linfomas con 12%. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio no difieren con estudios nacionales e internacionales en donde las leucemias son el cáncer infantil más común, seguido de los tumores del SNC. Cabe destacar que el porcentaje de leucemia en nuestro estudio, cercano al 50%, es mayor que en estudios nacionales en donde no sobrepasa el 40% del total de casos. Este estudio permite conocer la realidad de la región de Antofagasta y poder compararla con otros estudios similares. **Palabras claves:** Cáncer, Pediatría, Leucemias, Linfomas. Abreviaturas: INE: Instituto Nacional de Estadísticas. HCRA: Hospital Clínico Regional de Antofagasta. SNC: Sistema Nervioso Central.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI REGIÓN DE LA ARAUCANÍA 2003-2007

Martínez A, Soza G, Toledo MI, Molina N, Collipal J, Peldoza T.
Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco.

Introducción: La Enfermedad de Kawasaki (EK) es la principal causa de cardiopatía adquirida en niños. A partir de 1985, cuando se diagnosticó el primer caso en Temuco, se ha observado un aumento progresivo de su incidencia. Un diagnóstico precoz permite aplicar medidas que eviten las alteraciones de arterias coronarias (AAC). Esto es más difícil en las formas atípicas e incompletas de EK. Por lo tanto, es necesario conocerlas. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia clínica del Servicio de Pediatría del Hospital H. Henríquez A. en el diagnóstico y manejo de la EK entre los años 2003 - 2007. Ampliar la sospecha diagnóstica ante presentaciones no habituales de EK. Contraste esta experiencia con la casuística histórica regional y los reportes nacionales de EK. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo con información obtenida de fichas clínicas, registros ecocardiográficos y de laboratorio. Análisis de variables programa EPI INFO. **Resultados:** Se presentan 22 egresos de pacientes con EK en el período evaluado. Edad promedio 4,5 años (rango 10 meses - 13 años). 14/22 (63,63%) pacientes menores de 5 años. Hubo 11/22 (50%) varones y 11/22 (50%) mujeres 11 fueron hombres y 11 mujeres. Presentación clínica típica 18/22 (81,82%). Cuatro pacientes con presentación atípica. Elevación de transaminasas 14/22 (63,63%). Piuria aséptica 5/22 (22,72%). Trombocitosis 4/22 (13,63%). Hubo 3 pacientes con AAC y en 1 se detectó derrame pericárdico. Todos los pacientes con compromiso cardíaco tuvieron una presentación atípica o incompleta de EK. **Conclusiones:** En los últimos 4 años se ha visto un aumento del diagnóstico de EK, que supera la mediana de 3 casos anuales que mostraban mediciones anteriores. No se observa un predominio por género ni por estación del año a diferencia otras publicaciones. Además ha habido un aumento en el diagnóstico de EK atípica y/o incompleta en el período 2003 - 2007. En esta revisión, 3 de los 4 casos atípicos presentaban al momento del diagnóstico AAC, lo que demuestra que debe haber una sospecha diagnóstica más precoz en la EK, para así disminuir las alteraciones cardíacas secundarias a un diagnóstico tardío.

ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN NIÑOS, HOSPITAL LAS HIGUERAS, TALCAHUANO, DURANTE EL PERÍODO 2000-2006

Díaz E, Ibieta MA, Rojas D, Rojas P.
Hospital Las Higuieras, Talcahuano.

Introducción: *Streptococcus pneumoniae* causa enfermedades invasivas de alta morbimortalidad, especialmente en niños menores de 2 años. **Objetivo:** Conocer las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de la enfermedad invasiva por neumococo en la población pediátrica del SS Talcahuano. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, analizando las fichas clínicas de 41 niños hospitalizados con cultivo positivo a neumococo entre los años 2000-2006. **Resultados:** Un 58,5% correspondió a pacientes de sexo masculino, el 58,5% eran menores de 2 años. El 41,5% tenían patología de base. El neumococo se recuperó de un total de 48 materiales de cultivo, sangre 68%, líquido peritoneal 12,5%, LCR 10,4%, líquido pleural 8,3%. La forma clínica más frecuente (34,1%) fue la neumonía con o sin derrame. El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (80,5%). Leucocitosis se detectó en el 77,68%, PCR mayor a 100 mg/dl en un 53,65% de los casos. No hubo fallecidos. La resistencia global a la penicilina fue de 12,5%. La resistencia a cefalosporina de tercera generación fue del 6,25%, correspondiendo sólo a resistencia intermedia. El 97,56% recibió antibiótico desde el ingreso, de los cuales el 40,5% cefalosporinas de 3ª generación. De estos, el 81,25% de las cepas eran sensibles a penicilina. De las 48 muestras en 11 se logró obtener el serotipo siendo las más frecuentes el 4 y el 6B. **Conclusiones:** Las enfermedades invasivas por neumococo afectan mayoritariamente a niños menores de 2 años, por lo tanto, se beneficiarán con el uso de la vacuna heptavalente. La resistencia antibiótica a penicilina aun es baja en esta población lo cual permitirá su uso, como primera línea en vez de cefalosporina de tercera generación.

EVALUACIÓN NEFROLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VIH. INFORME PRELIMINAR

Chaparro X¹, Chávez A², Zambrano P³, Castañeda H¹, Rakela S², Eblen E¹.
¹Becario de Pediatría, Universidad de Chile, Campus Sur. ²Unidad de Infectología, ³Unidad de Nefrología, ⁴Unidad de Radiología, Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés.

La infección por VIH (i VIH), inicialmente enfermedad mortal, se ha transformado en una condición crónica gracias a la TARV, esto, ha permitido que se manifiesten complicaciones, entre ellas el compromiso renal. Este compromiso se está diagnosticando cada vez con mayor frecuencia aunque su incidencia exacta es desconocida. El objetivo de este trabajo fue evaluar la función renal de niños que viven con VIH. Se realizó un estudio prospectivo de la función renal en 17 niños infectados por VIH controlados en el Hospital Dr. E.G.C. Se analizaron características demográficas, etapa de la enfermedad y TARV. Se solicitó sedimento de orina, gases y electrolitos plasmáticos, calcemia, fosfemia, BUN, creatinina plasmática. Además calciuria, microalbuminuria, creatinuria en orina de muestra aislada y ecotomografía renal; se consideró: hipercalcemia al índice Calcio/Creatinina mayor 0,21 mg/dL; proteinuria al índice proteinuria/creatinuria mayor a 0,21 mg/dL; microalbuminuria al índice microalbuminuria/creatinuria mayor a 30mg/g de creatinina. **Resultados:** Se evaluaron 17 pcts; 9 de ellos de sexo masculino. La edad promedio al diagnóstico de la VIH fue 3,32 años (r: 0,17 -11,4 años); la edad a la evaluación fue 11,56 años (r: 2,3 a 25,56 años); todos los pacientes tuvieron PA normal.

Parámetro	Prom	Etapa	n
BUN	10,75	N2	4
Creatininemia	0,48	B3 (1)	3
Calcemia	9,4	N1	3
Fosfemia	4,97	C3	2
Magnesemia	0,9	N3	2
pH	7,34	A2	1
BE	-0,95	A3	1
Bicarbonato	25,15	B2	1
Cal/Creat	0,12		
Mic/creat	12,26		

Dieciséis pcts estaban TARV y 1 pcte sin tratamiento, 2 pcts presentaron microalbuminuria con proteinuria de 24 h normal alta; 2 hematuria monosintomática. La eco renal fue anormal en 2 pcts, un pcte presentó litiasis renal, un pcte mostró ecotomografía renal alterada con función renal alterada. La nefropatía por VIH ha aumentado en adultos, en niños no se conoce su incidencia exacta. Pendiente biopsia renal en pcts con exámenes alterados.

CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI DURANTE EL AÑO 2007 EN HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

Álvarez D¹, Martínez J¹, Suau T².

¹Becados Pediatría Universidad de Chile. ²Pediatra. Universidad de Chile. Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de etiología desconocida; de prevalencia poco conocida en Chile; habitualmente se presenta en serie de casos. Corresponde a la primera causa de cardiopatía adquirida en niños, con formación de aneurismas coronarios (AC). En los últimos años se observa un aumento de las presentaciones incompletas con AC. **Objetivo:** Describir las características clínicas de los casos de EK ingresados el 2007 en el HEGC. **Método:** Se revisó fichas de los casos con diagnóstico de EK entre enero y agosto del 2007. Con los datos (Sexo, Edad, signos clínicos, exámenes de laboratorio, Imágenes y tratamiento) se construyó tabla en EXCEL® y se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** Se presentaron 6 casos, siendo todos lactantes con una edad media 14 ± 6 meses. El 50% de sexo masculino. El 100% presentó fiebre y en el 66,7% por más de 5 días al momento del ingreso (Mediana: 7,5; Rango: 2 a 35 días). Se observó exantema polimorfo en 83,3%; alteraciones en extremidades en 50% (Eritema Palmoplantar, descamación, edema); alteraciones de mucosa oral en 66,7%; inyección conjuntival en 50% y adenopatía única en 33,3%. Sólo 1 paciente presentó BCGitis. El 66,7% de los casos presentó un cuadro incompleto (Presencia de fiebre mayor a 5 días con 2 ó 3 criterios asociado a AC). La media de consultas previa al ingreso fue de 4 (DE: ± 2). La mediana entre inicio de síntomas e ingreso fue de 11,5 días (Rango: 6 a 40 días). La mediana entre ingreso y tratamiento fue de 4,5 días (Rango: 0 a 9 días). El 66,7% de los pacientes presentó trombocitosis (Media: 720.000 ± 50.000 pqtas/cc); un 83,3% PCR mayor a 60; VHS mayor a 30 y leucocitosis. (Media: 16.800 ± 4.800 GB/cc) Se encontraron AC en 5 pacientes; de estos sólo 2 cumplían criterios clásicos de EK. Dos presentaron AC de más de 8,0 mm en su longitud mayor. Dos tenían ambas coronarias afectadas. El 100% recibió tratamiento con IgEV y Acido Acetilsalicílico. En 2 pacientes con aneurismas gigantes se indicó Abxicimab como remodelador vascular y antiagregante plaquetario. Un paciente presentó compromiso isquémico. (Infarto en Apex). **Conclusiones:** En nuestra serie se observó mayor frecuencia de EK incompleta. Destaca además, policonsulta previa, retraso en tiempo de ingreso y la alta tasa de compromiso coronario. El alto índice de sospecha a través de los criterios mayores y menores es la herramienta utilizada para lograr un tratamiento precoz y disminuir las complicaciones. Se debe hacer una revisión más extensa para poder caracterizar mejor la EK en nuestro medio.

FASCITIS NECROTIZANTE PARPEBRAL POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*: REPORTE DE UN CASO

Bustos R, Peñaloza G, Parra AM, Gutiérrez M.

Departamento de Pediatría Universidad de Concepción. UCI Pediatría Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción.

Introducción: Descrita por Fournier en 1883, la fascitis necrotizante (FN) es una infección severa de los tejidos subcutáneos localizada frecuentemente en extremidades, tronco y pelvis. El compromiso de la cara y la región parpebral es raro. Reportamos el curso clínico de un niño de tres años con una FN por *Streptococcus pyogenes* del párpado y órbita secundario a un trauma localizado. **Caso Clínico:** Niño de 3 años de edad sano, 24 horas previo a su ingreso sufre contusión en zona periorbitaria derecha, evoluciona con fiebre, compromiso del estado general, somnolencia y vómitos, por lo que consultó en emergencia. Al examen físico rectal: 37,8º aumento de volumen, eritema y calor en zona palpebral derecha e izquierda. Diagnóstico de ingreso: celulitis periorbitaria. Evolucionó con hipotensión arterial refractaria a volemicación por lo que es ingresado a UCI donde es intubado y conectado a ventilación mecánica iniciándose soporte con drogas vaso activas. Exámenes: Hb 7,6 gr% Hto 22,8% GB 4.300 mm³ plaquetas 125.000 mm³ PCR 164, Calcemia de 5,6 meq/l, protombina 21%, pH 7,2 EB -12,2 y ácido láctico de 3,2 mmol/l. Evoluciona con falla multiorgánica. Se inició tratamiento con penicilina más clindamicina y gamaglobulina EV (2 gr kg). El hemocultivo fue positivo para *Streptococcus Pyogenes*. A las 48 horas de ingreso aparición de áreas de necrosis palpebrales bilaterales y colección geniana por lo que se realizó aseo quirúrgico y debridamiento. Evolución favorable. Se mantiene con drogas vasoactivas por 4 días y ventilación mecánica por 5 días. Alta hospitalaria sin secuelas a los 20 días. **Comentario:** El reconocimiento precoz, la distinción entre FN y celulitis periorbitaria y el tratamiento médico quirúrgico agresivo son cruciales para limitar la morbimortalidad de esta condición.

COMPROMISO NEUROLÓGICO POR TRIQUINOSIS: PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Noemi I¹, Codoceo A¹, Jofré L², Viovy A¹, Cerva JL¹, Wolff A¹.
¹Hospital Luis Calvo Mackenna, ²Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La triquinosis es una zoonosis de notificación obligatoria, asociada al consumo de cerdos infectados con *Trichinella spiralis*, puede presentarse como caso único o en brotes. **Caso Clínico:** Escolar sexo masculino, 9 años, contacto con mascotas: un perro y dos catitas, padre trabajador de un criadero de cerdos. Vive en un sector rural de la VIII Región. Inicia cuadro de dolor en extremidades inferiores con limitación de sus actividades, acompañado de diarrea, dolor abdominal tipo cólico, fiebre de 40°C y compromiso del estado general, que evoluciona en malas condiciones generales. Se hospitaliza en el centro de referencia de lugar de origen. Presenta una convulsión tónica clónica generalizada, con estudio con TAC y EEG normal. Exámenes de laboratorio: leucopenia y desviación izquierda, sin eosinofilia, PCR elevada y VHS 11 mmHg. Posteriormente aparece edema palpebral, ojo rojo y exantema macular eritematoso de predominio en extremidades inferiores. Hace un estatus convulsivo, con conexión a VM, estudio de LCR: sin proteinorraquia ni hipoglucorraquia, leucocitos 111 de predominio MN. Se trata con penicilina y claritromicina, estudio para leptospirosis y *M. pneumoniae* negativo. RMN cerebral con impregnación meníngea y otomastoiditis bilateral, ecocardiografía con dilatación coronaria, por lo que se inicia tratamiento con IgG ev y aspirina ante eventual Kawasaki. Persiste febril, se plantea una PAN y se deja con bolos de metilprednisolona. Evoluciona con hemiparesia derecha y en TAC imagen de probable infarto parietal izquierdo. Se deriva a centro de referencias en Santiago, donde destaca compromiso de conciencia y hemiparesia descrita. Se solicita estudio inmunológico que sale normal, ecografía abdominal, ecocardiografía y fondo de ojo todos normales. RMN cerebral con signos sugerentes de encefalitis al igual que EEG. Por antecedentes epidemiológicos se solicita ELISA para triquinosis que sale positiva, y en aumento, hemograma con eosinofilia de 657 células/ml. Se complementa estudio con ecografía de partes blandas que muestra edema muscular con biopsia normal. Recibe nuevos bolos de corticoides, evoluciona con lenta mejoría del compromiso neurológico. No se indica tratamiento antiparasitario. La ELISA triquinosis del padre es negativa y la de la madre positiva. En control a los 2 meses después la serología se negativiza. Queda con daño neurológico. **Conclusiones:** El compromiso del SNC por triquinosis es poco frecuente, se asocia a morbilidad y mortalidad. Los antecedentes epidemiológicos ayudan a plantear el diagnóstico.

INCIDENCIA DE INFLUENZA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS, A DOS AÑOS DEL INICIO DE LA VACUNACIÓN

Szigethi M¹, Leiva P², Navia V³, Zarraga P³, Mena A^{3,4}.
¹Becada Pediatría Universidad de Chile (UCH), ²Interno Medicina UCH, ³Servicio Pediatría Hospital Exequiel González Cortés, ⁴Departamento Pediatría Sur UCH. Hospital Exequiel González Cortés – Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur, Universidad de Chile.

Introducción: El virus Influenza es responsable anualmente de un alto número de infecciones respiratorias. En 1997, se incorporó la vacuna anti-influenza en Chile con una campaña masiva de vacunación diseñada por el Ministerio de Salud (MINSAL); dirigida a adultos mayores de 65 años y enfermos crónicos. El año 2006, por primera vez el MINSAL incorporó a esta campaña nacional a los lactantes entre 6 y 23 meses, en una vacunación efectuada entre el 27 de Marzo al 2 de Abril. Este año, nuevamente se realizó la campaña, sin embargo, la vacunación se hizo en fechas posteriores. **Objetivo:** Describir la frecuencia de inmunofluorescencia indirecta (IFI) positiva en aspirados nasofaríngeos para Influenza (FLU), observados en los años 2006 y 2007 en pacientes atendidos en el Hospital Exequiel González Cortés (HEGC). **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron resultados de IFI correspondientes a los aspirados nasofaríngeos realizados en niños en los años 2006 y 2007 en el HEGC, correlacionándolos con las semanas epidemiológicas. **Resultados:** De 4.229 IFI realizadas en los años 2006 y 2007, 1.650 (39,02%) fueron positivas para algún virus respiratorio. De estas, 79,93% correspondió a Virus Respiratorio Sincicial (VRS), 3,21% a Adenovirus (ADV) y 6,48% a FLU. En cuanto a FLU, el año 2006 se observó un total de 29 casos, habiéndose detectado a la fecha el año 2007, 78 casos. El peak de FLU se registró entre las semanas 30-35 el año 2006 y entre las semanas 24-31 el año 2007. Resultados similares a los observados los años previos a la vacunación masiva en lactantes. **Conclusiones:** En esta serie, el virus más frecuentemente aislado es el VRS, seguido de FLU y ADV, al igual que lo descrito. En cuanto a la Influenza, se observó este año un aumento del número de casos y una aparición más precoz del peak del virus, lo que puede ser explicado por el retraso en la vacunación o por diferencia entre cepa de la vacuna y circulante.

¿CUAL ES EL ROL DE LA PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) EN SÍNDROME DIARREICO AGUDO (SDA) POR ROTAVIRUS?

Rojas N, Brethauer S, Christoph CG, Von Müllenbrock M, Daniels P, Díaz C, Cerda V.
 Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) – Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: La PCR es un marcador de fase aguda de inflamación ampliamente estudiado en diversos cuadros infecciosos, sin establecerse claramente su valor clínico en SDA en niños. **Objetivos:** Describir características clínicas y score de gravedad de gastroenteritis (Renners) y evaluar la importancia del Hemograma y PCR de niños hospitalizados con SDA. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de revisión de 123 fichas clínicas de niños con diagnóstico de egreso de SDA del Servicio de Pediatría del HPSB. Se aplicó score de gravedad clínica (SGG) Rango de 0 a 17. Análisis estadístico mediante t de student y regresión logística para valores de SGG, de PCR, recuento de glóbulos blancos (RGB), presencia de Rotavirus y días de hospitalización (DH). Se realizó análisis independiente cuando existió comorbilidad con otro cuadro infeccioso. (STATA 9.1). **Resultados:** Se identificó Rotavirus en 77 casos (68%) de 113 estudiados, 88% son menores de 2 años, con un promedio de SGG de 9,6 (valor de 2 a 17); en el grupo con Rotavirus (-) el promedio fue de 10,1. Sólo en 88 niños se estudio PCR, observándose un promedio de 27,86 (rango 0-220) y en 112 niños se dispuso del RGB, con promedio de 11.660; en cuadros Rotavirus (+) el valor promedio de PCR fue de 14,63, mientras que en Rotavirus (-) fue de 49,14 (p < 0,0008); excluyendo comorbilidad infecciosa, el valor de PCR fue de 20,41 para Rotavirus (+) y 42,19 en Rotavirus (-) (p < 0,01) y valor de RGB de 10.500 y de 13.443 (p < 0,002). El promedio de DH fue de 5,17 y 2,98 (p < 0,05), para Rotavirus (+) y Rotavirus (-) respectivamente. No hubo relación estadísticamente significativa entre gravedad y valor de PCR. Regresión logística de asociación entre PCR y Rotavirus apoya menor PCR con Rotavirus (+) con Odds Ratio de 0,98 (p < 0,007). **Conclusiones:** 1) El principal agente etiológico de SDA en población estudiada es Rotavirus; 2) PCR, RGB y DH son mayores cuando SDA es causado por agente distinto de Rotavirus; 3) No hay asociación entre el valor de gravedad al ingreso según score utilizado, y el valor de PCR durante la hospitalización.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE UROCULTIVO TOMADO POR RECOLECTOR VS CATETERISMO VESICAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN LACTANTES

Donoso P¹, Gaete E¹, Vergara R².
¹Laboratorio Bacteriología Hospital Carlos van Buren; ²Pediatra-Infectólogo H.C.V.B., Docente Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos van Buren.

Introducción: A partir de la modificación de la norma de diagnóstico de ITU en niños que no controlan esfínteres en la Unidad de Emergencia Infantil (UEI) del Hospital Carlos van Buren, que acoge indicaciones de guías internacionales y nacionales al respecto, realizamos un trabajo de investigación con el fin de observar el impacto de la aplicación de esta nueva norma en el servicio de urgencia pediátrica y evaluar en nuestro medio el rendimiento del urocultivo por recolector. **Hipótesis de trabajo:** La especificidad del urocultivo tomado por recolector en niños con sedimento de orina alterado será inferior al 70%. **Objetivo:** Evaluar el rendimiento de urocultivo tomado por recolector en lactantes con sospecha de ITU, considerando como patrón de referencia el urocultivo tomado por cateterismo vesical. **Método y Pacientes:** Se realizó un seguimiento entre Marzo del 2006 a Enero del 2007, registrando todos los urocultivos y sedimentos de orina, tomados por recolector o por cateterismo vesical, solicitados a menores de 3 años, que no regulaban esfínteres, que consultaba a UEI Hospital Carlos van Buren. Para evaluar el rendimiento del urocultivo tomado por recolector, se consideró los casos en que para un mismo paciente se obtuviera urocultivos por recolector y cateterismo. Se construyó una tabla 2 x 2, a partir de la cual se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para el método por recolector. **Resultados:** Entre Enero del 2006 y Enero del 2007 se solicitaron en la UEI 234 urocultivos, en el grupo estudiado, 139 (59,4%) fueron tomados por cateterismo y 95 (40,6%) por recolector. Un total de 34 casos ingresaron al estudio. La sensibilidad del urocultivo por recolector fue de 96% (Intervalo de confianza [IC] 95% = 88,3%-103,7%), la Especificidad de un 62% (IC 95% = 28,5% – 96,4%), el Valor Predictivo Positivo de un 89% (IC 95% = 77% – 100%) y Valor Predictivo Negativo de 83% (IC 95% = 53,5% – 113%). **Conclusiones:** 1) El método de toma de muestra de orina por cateterismo, es un método confiable y eficaz para el diagnóstico de ITU en el menor que no regula esfínteres, siendo el método por recolector no adecuado por presentar una baja especificidad (62%).

PREVALENCIA Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE LAS ENTEROBACTERIAS EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ DE ARICA

Aramayo X, Amaro S.
Clínica San José, Arica.

Introducción: Las infecciones por enterobacterias en la ciudad de Arica tienen alta prevalencia en la población en general; a causa del factor climático y ubicación geográfica como punto fronterizo con países vecinos de alta endemicidad bacteriana (Perú y Bolivia). El objetivo es mostrar la frecuencia de enterobacterias aisladas en coprocultivos tomados en la Clínica San José de Arica y determinar la susceptibilidad *in vitro* a diferentes antibióticos. **Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los coprocultivos tomados entre el 1 de julio de 2006 al 31 de julio de 2007 en la Clínica San José de Arica. Se obtuvo el antibiograma para: Amikacina (AK), cefotaxima (CFX), ceftriaxona (CTN), cefadroxilo (CFD), ciprofloxacino (CPX), cotrimoxazol (CTX), furazolidona (FD) y cloranfenicol (CAF). La ampicilina no fue estudiada porque por su alta resistencia. **Resultados:** De un total de 572 cultivos tomados en el período descrito 122 (21%) fueron positivos a distintas enterobacterias. De los cultivos positivos el 49% *Shigella*, el 22% *Salmonella*, 26% *E. coli*, 2% *Klebsiella* y el 1% *Enterobacter*. La *S. flexneri* es el 47%, el 35% *S. sp* y el 18% *S. sonnei*. La *S. enteritidis* 41%, 22%, *S. paratyphi* y 7% *S. grupo D*. La resistencia global de las enterobacterias fue 36,4% para CTX, 35,5% CFD, 27,3% FD, 20,7% CAF, 5,8% CPX y AK y 0,8% CFX. La resistencia de *Salmonella* es 55,6% a FD, 37% a CFD, 11% a CFX y CTX. La *S. flexneri* resistente en 53,6% a CTX, 50% a CAF, 25% a CFD, 17,9% a FD, 7,1% a AK y 3,1% a CFX. La *S. sonnei* resistente 32% a CTX, 26% a CAF, 16% a FD y CFD y 5% a AK y CPX. **Conclusiones:** La *Shigella* y *Salmonella* son altamente superiores a cifras descritas. La *S. flexneri* fue la más frecuente, mostrando que nos asemejamos más a los países vecinos que al resto de Chile. Concordamos con la alta resistencia de *Shigella* a CTX y CAF; pero encontramos aumento de la resistencia a furazolidona, alta resistencia a cefalosporinas de primera generación y presencia de resistencia a ciprofloxacino y cefalosporinas de tercera generación. Mientras que la *Salmonella* continúa aun sensible a cloranfenicol.

PERFIL CLÍNICO DE NIÑOS CON COPROCVULTIVO POSITIVO DURANTE LOS PRIMEROS 4 MESES AÑO 2007

Smith C, Castro F, Zuloaga N.
Hospital de Niños y Cunas, Universidad Andrés Bello.

La diarrea sigue siendo en la actualidad una causa importante de morbimortalidad infantil, en Chile todavía es motivo frecuente de hospitalizaciones y consultas pediátricas. Los agentes más frecuentemente aislados son Rotavirus y coli enteropatógenos, con un aumento de la frecuencia de *Salmonella* no typhi. *Shigella*, en cambio, es el agente causal de la diarrea con sangre en un 50% de los casos. **Objetivo:** Describir el perfil clínico de los pacientes con coprocultivo (CPC) positivo que consultaron al SU del Hospital de Niños durante los 4 primeros meses del año 2007. **Metodología:** Se revisaron los resultados de los exámenes de deposición solicitados entre Enero y Mayo 2007 identificando aquellos sugerentes de diarrea inflamatoria (DI) definido como la presencia de leucocitos fecales (LF) o LF y hemáticas (LFH). **Resultados:** se identificaron 256 exámenes con LF en un 62,5% y LFH 37,5%. Del total de pacientes con DI un 57% sexo masculino, 43% femenino, con un promedio de edad de 4,36 años. Se aislaron 32 CPC positivos (12,5%) del total de DI, de estos un 34% tenía LF positivos, mientras que un 66% tenía LFH. Los agentes que se aislaron son: *Salmonella* (68,75%), principalmente *S. enteritidis* paratyphi grupo B, *E. coli* (25%), predominio 0111, un solo caso de 0157, *Shigella* (6,25%), serotipo *sonnei*. Los casos de DI por *Salmonella* presentaban LFH (77,2%), los por *E. coli* destacaba predominio de LF positivo (75%). Del total de exámenes con LF, un 6,8% tuvieron CPC positivo, mientras que del total de exámenes con LFH, un 22%. Con respecto a los niños con CPC positivo (32 niños) el principal motivo de consulta fue diarrea (59%), fiebre (28,1%); dolor abdominal (21,8%) y vómitos (6,25%). Un 18,7% presentaba deshidratación, en todos los casos leve. Con respecto al manejo, un 25% se hospitalizó, del grupo manejado de manera ambulatoria, un 46,8% uso de antibióticos, en un 100% con Furazolidona; se uso Probiótico en un 40,6%. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos apoyan lo descrito en la literatura: promedio de edad 4 años, sexo masculino, diarrea y fiebre como síntomas principales. El manejo inicial fue con rehidratación oral, probióticos y Furazolidona, tratamiento recomendado actualmente. El principal agente aislado fue *Salmonella enteritidis* paratyphi grupo B, lo cual concuerda viraje epidemiológico en la última década, con aumento de *S. enteritidis* y disminución *S. Typhi*.

ESTUDIO EN 50 PACIENTES CON COQUELUCHE MENORES DE 6 MESES EN HOSPITAL DR. FÉLIX BULNES CERDA ENTRE LOS AÑOS 2002-2007

López H¹, Barraza P², Enríquez G¹, Isa N¹, Piña J², Zúñiga J², Zamora M², Denegri M².

¹Internos Medicina Universidad Mayor. ²Becados Pediatría Universidad Mayor, ³Médicos Servicio de Pediatría HFBC, Santiago-Chile.

Introducción: La coqueluche es una enfermedad infecciosa endémica en nuestro país a pesar de la cobertura nacional de vacunación. El grupo etario de mayor morbimortalidad son los lactantes menores de 6 meses quienes tienen su esquema de vacunación incompleta. **Objetivo:** Describir antecedentes clínicos y evolución durante su hospitalización de pacientes con coqueluche menores de 6 meses. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo de la muestra revisado retrospectivamente entre Enero 2002 y Agosto 2007. La información fue obtenida mediante la recolección de datos desde fichas clínicas en lactantes menores de 6 meses hospitalizados con Inmunofluorescencia Directa (+) para *Bordetella pertussis*. Los datos fueron analizados mediante SPSS. **Resultados:** Se analizaron 50 casos, distribuidos por igual según sexo, con edad promedio de 57 días (rango de 5 a 180 días). El 76% no tenía antecedentes mórbidos y el 94% recibía lactancia materna exclusiva. El tiempo de evolución del cuadro previo a su ingreso fue de 8,4 días en promedio y los síntomas más frecuentes fueron accesos de tos en un 84% y episodios de apneas y/o cianosis en un 76%. Al ingreso la leucocitosis estuvo presente en un 34% y el patrón radiológico fue de tipo intersticial en un 60%, el 5% tuvo Rx normal. En 34 pacientes (68%) se sospecha coqueluche al ingreso por antecedentes clínicos y/o laboratorio. El promedio de hospitalización fue de 17 días. El 56% se hospitaliza inicialmente en cama crítica y 18% de los restantes lo hace en su evolución posterior. Durante la hospitalización el 80% requirió oxígeno con un promedio de 10 días y el 24% VM con 2,5 días de promedio. Se utilizó monoterapia antibiótica con Eritromicina en el 42% de los pacientes y con Claritromicina en el 34%. En el resto se utilizó sucesivamente más de un macrólido o asociaciones de macrólidos con otros antibióticos. Seis pacientes fallecieron (12%) y 2 dentro de las primeras 24 hrs; 5 eran < de 2 meses. **Conclusión:** Si bien existe una elevada sospecha clínica al ingreso aún no existe el consenso unánime de hospitalizar en cama crítica. La mortalidad ocurre principalmente en aquellos no vacunados. Otros dos hechos nos llaman la atención: la nula protección de la lactancia materna y la escasa ayuda en la orientación diagnóstica del hemograma.

HIDATIDOSIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE

Cortés A, Castro L, Figueroa R, Pereira J.
Servicio de Pediatría Hospital Clínico Hermina Martín. Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Resumen: Hidatidosis es la infección parasitaria producida por el céstodo del género *Echinococcus*. El mecanismo de infección es la ingestión de huevos, con el consecuente desarrollo de la hidátide en cualquier órgano. **Objetivos:** Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes pediátricos portadores de Hidatidosis en la provincia de Ñuble. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la ficha clínica de cada paciente egresado con diagnóstico de Hidatidosis del servicio de pediatría del Hospital Hermina Martín en el período 2001-2006. **Resultados:** Durante el período, se encontró 35 pacientes con Quiste Hidatídico, fueron excluidos 3 pacientes, por no contar con registro clínico, de los 32 pacientes restantes 63% correspondió a sexo masculino y 37% a sexo femenino. La edad promedio fue de 8 años, rango de 4 a 14 años. La procedencia fue rural en un 75%. El motivo de consulta más frecuente fue fiebre, tos y dolor abdominal. La ubicación en un 49% fue pulmonar, predominando en el lado izquierdo, 22% Hepática, 29% coexistió ubicación hepática y pulmonar, no se reportaron otras localizaciones. Al momento de la consulta el 53% se encontraba complicado con sobreinfección y el 47% no presentaba complicaciones. Elisa IgG se encontró en 20 pacientes, en 18 fue positivo. El tratamiento fue quirúrgico en el 100%. Complicaciones del postoperatorio se presentaron en el 32%, siendo la atelectasia la más frecuente. **Conclusión:** Se observa un predominio en el sexo masculino, de ubicación pulmonar izquierda. Un porcentaje alto de pacientes el diagnóstico fue hallazgo. El antecedente de ruralidad juega un rol primordial en su sospecha. Elisa IgG constituye un buen método de apoyo diagnóstico.

SERIE CLÍNICA. ABSCESOS CEREBRALES SECUNDARIOS A INFECCIONES DE LA REGIÓN CEFÁLICA

Martínez J¹, Chaparro X¹, Chadid J².¹Becados Pediatría Universidad de Chile. ²Pediatría. Infectóloga. Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Los Abscesos Cerebrales (AC) son de baja frecuencia en la población pediátrica. Un 50% son secundarios a diseminación por contigüidad; la etiología principal son bacterias Gram (+) y anaerobias; e implican una urgencia neuroquirúrgica por el efecto de masa. Presentamos tres casos de AC secundarios a infecciones de la región cefálica. **Primer Caso:** Escolar 9 años previamente sano. Tres días de cefalea occipital, fotofobia, vómitos y fiebre. Al examen destaca sepsis oral y asimetría facial derecha. TAC cerebral → Proceso expansivo frontal izquierdo, compatible con AC. Drenado quirúrgicamente, recibió tratamiento antibiótico (ATB) biosociado (Ceftriaxona (CFX) y Metronidazol (MTZ)). Cultivos positivos para *S. anginosus* y *Fusobacterium sp.* Evolución favorable, completó 6 semanas de tratamiento endovenoso (EV) por persistencia de AC residual. Al alta estable, sin compromiso neurológico. **Segundo Caso:** Escolar de 10 años con antecedente de OMA recurrente. Presentó 3 días de decaimiento, otalgia izquierda, cefalea occipital, vómitos y fiebre. Ingresó como Meningitis viral, dándose de alta a las 48 horas por evolución favorable. Reinició síntomas y signos meníngeos, con parámetros de laboratorios bacterianos, se manejó como Meningitis Bacteriana, iniciando ATB biosociado. Evaluación neurológica constata signos vestibulares, latero pulsión y alteración de la marcha hacia izquierda. RNM cerebral → Absceso cerebeloso izquierdo y otomastoiditis izquierda. Se realizó drenaje e inició tratamiento ATB EV triasociado (Cloxacilina (CLX), CFX y MTZ) por 4 semanas. Cultivos negativos. Evolución favorable. Al alta sin síntomas neurológicos. **Tercer Caso:** Escolar de 9 años, previamente sano. 5 días de cefalea, secreción nasal y fiebre. Se trató con ATB vía oral por Sinusitis Maxilar Izquierda. Evolucionó con Absceso Parpebral Izquierdo, drenado, y se hospitalizó para tratamiento ATB EV. TAC de cavidades paranasales → colección yuxtadural frontal en línea media sin compromiso neurológico. Control seriado de TAC → aumento de colección frontal. Se drena quirúrgicamente y se trata con esquema ATB triasociado (CLX, CFX y MTZ). Cultivos negativos. Completó 4 semanas de tratamiento ATB EV. Alta estable sin alteración neurológica. **Conclusión:** Se expone serie clínica de pacientes que padecieron Abscesos Cerebrales secundarios a infecciones de la región cefálica ingresados en los últimos 2 años a la Unidad de Segunda Infancia del HEGC. Sólo en un caso se logró determinar agente etiológico, lo cual es concordante con la literatura. El manejo quirúrgico precoz y tratamiento ATB EV asociado y prolongado logró la remisión completa del cuadro clínico.

BACTERIEMIAS POR GRAM NEGATIVO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Delpiano L, Martínez P, Messenger K, Cifuentes M, Aravena M. Servicio de Pediatría y Laboratorio de Microbiología. Hospital San Borja-Arriarán.

Las infecciones invasoras por bacterias gram negativo, se asocian a un aumento de resistencia antimicrobiana, siendo frecuentemente de origen nosocomial. Se presenta aspectos microbiológicos y epidemiológicos de estas infecciones en niños hospitalizados (2003 a 2006), en los servicios de Pediatría, Neonatología y UCIP del Hospital San Borja Arriarán. Los datos de cepas y susceptibilidad, se extrajeron desde registros de Microbiología. Se definió multiresistencia como resistencia ≥ a 3 familias de antimicrobianos (AM) y se identificó aquellas cepas originadas en el ambiente intrahospitalario. El promedio de edad en Pediatría fue de 2,7 años y en Neonatología de 17,4 días. Se analizan 244 cepas, 18,3% del total de hemocultivos positivos durante los 4 años, con aumento de 11,9% (2005) a 24,8% (2006) ($p < 0,05$). Del total, se originaron 182 (74,6%) en Pediatría, 34 (13,9%) en UCIP y 28 (11,5%) en Neonatología. Respecto a la susceptibilidad global a AM destaca para *E. coli* un 89,6% y un 77,5% de susceptibilidad a amikacina y cefotaxima; y en *Klebsiella sp* un 81,3% de sensibilidad a amikacina. Al clasificar las 34 cepas multiresistentes, observamos en los períodos A) 2003-2004 y B) 2005-2006 un porcentaje de 17,3% y 10,2% respectivamente. Hubo identificación de 8 cepas BLEE 5 *Klebsiella sp* y 3 *E. coli*, mayormente en Pediatría. Del total, un 27,4% fueron de origen nosocomial, las bacteriemias por gram negativo ocuparon el 57,15% en UCIP, el 46,4% en Neonatología y el 21,9% en Pediatría. Para los períodos y los niños estudiados, existe una mayor incidencia de infecciones bacteriemias por gram positivos, con un significativo aumento de gram negativos en los últimos 2 años. Existe una alta susceptibilidad a amikacina y cefalosporinas de 3^o G, con un descenso de la multiresistencia; se observó escasa presencia de cepas BLEE a diferencia de cepas de origen urinario según datos locales. Existe un mayor porcentaje de bacteriemias nosocomiales en unidades críticas.

ANTIBIOTIC-LOCK THERAPY (ALT) EN MANEJO DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTERES DE LARGA DURACIÓN. ANÁLISIS DE 25 CASOS PEDIÁTRICOS

León C, Vivallos N, Parra ML, Maturana M, Cofré O, Gatica L. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Antecedentes: Catéteres vasculares de larga duración se han incorporado progresivamente en el manejo de pacientes pediátricos. Una de las complicaciones frecuentes es la infección relacionada a catéter y su eventual remoción. Se ha sugerido que ALT debe incorporarse al tratamiento, sin embargo, datos sobre experiencia pediátrica son escasos. **Objetivo:** Evaluar efectividad de la técnica de bloqueo antibiótico (ALT) en el manejo de las infecciones del torrente sanguíneo, asociada al catéter en pacientes pediátricos. **Métodos:** Se analizaron retrospectivamente, desde Enero/2004 a la fecha, todos aquellos casos correspondientes a infección del torrente sanguíneo, asociado a catéter de larga duración, en niños mayores de 1 mes hospitalizados en el Servicio de Pediatría, en los cuales se aplicó ALT como complemento a la terapia convencional. Se describen características clínicas, de laboratorio y se evalúa la permanencia de catéter luego de tratamiento. **Resultados:** 18 niños (55% género masculino), presentan 25 eventos de ITS. Las patologías de fondo corresponden a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) (36%), Raquitismo Vit D resistente (32%). El catéter tipo Groshong se utilizó en un 81% (17/21). Al iniciar el evento presentan en promedio: T^o 39,1°C, Proteína C reactiva: 96, Rcto. leucocitario: 11.209, P/A: 108/50, FC: 144x'. *S. aureus* (32%) y *S. coagulasa* negativa (28%) son los microorganismos más frecuentemente asociados, 100% susceptibles a Vancomicina. El bloqueo antibiótico con Vancomicina ocurrió en 60% (15/25), durante 12 hrs diarias y con una mediana de 7 días. Tiempo de permanencia del catéter fue < 1 mes (40%), 1 a 2 meses (24%), 3 a 4 meses (8%), > 6 meses (28%). En 28% (7/25) persiste infección con mismo germen. Fallecen 5 pacientes: Recaída LLA (3), Intestino corto (2), 4/5 (80%) fallece < 1 mes post tratamiento. **Discusión:** Los datos muestran concordancia con lo publicado, en relación al fracaso de tratamiento y el aislamiento de ciertos microorganismos. El número de fallecidos y los casos precoces de remoción del catéter, están probablemente asociados a criterios de inclusión muy amplios y/o, al inicio tardío de la terapia. Es una técnica bien avalada científicamente, que debe ajustarse a criterios estrictos, para evaluar con mayor certeza, su impacto en el manejo de infecciones asociadas a catéter de larga duración.

INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN SERVICIO PEDIATRÍA 2007

Barraza P, Piña J¹, López H², Denegri M³, Zúñiga J³, Zamora M³. ¹Becados Pediatría Universidad Mayor, ²Interno Medicina Universidad Mayor, ³Médicos Servicio Pediatría Hospital Félix Bulnes. Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, Santiago Chile.

Introducción: Las infecciones por virus respiratorios son la principal causa de consulta ambulatoria y motivo de hospitalización; entre estos el virus Influenza, para nuestro país, es el único prevenible, con vacunación, la que ha incluido desde el 2006 lactantes sanos mayores de seis meses. **Objetivo:** Descripción del perfil y evolución de pacientes hospitalizados con IRA por Influenza. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en nuestro servicio por IRA con IFI positiva para Influenza entre mayo y agosto 2007. Se confecciona ficha para recolección de datos. **Resultados:** Del total de IFI tomadas en este período, el 2,2% (n = 44) fueron positivas a Influenza (A y B), de estos el 47,7% (21) se hospitalizó en el Servicio Pediatría de nuestro hospital, correspondiendo el 71,4% a Influenza A. La edad fue entre 11 días y 10 años, con un 71,4% menores de 2 años. De estos últimos 53% (8) no recibieron vacuna por no pertenecer al grupo beneficiario durante la campaña de vacunación 2007. El 61,9% fue de sexo masculino. En 3 (14,2%) pacientes se encontró al ingreso asociación con otros virus y 3 casos correspondieron a contagio intrahospitalario. De los ingresos sólo 23,8% (5) fueron pacientes eutróficos y sin comorbilidad. Los diagnósticos de ingreso más relevantes fueron Bronconeumonía más SBO con un 61,9%, luego SBO 19%. El 85,7% recibió B2, 71,4% corticoides sistémicos, 66,6% requirió oxígeno y 33,3% antibióticos. Días de hospitalización fue entre 1 y 15 días, con un promedio de 6,4 días. Sólo el 9,5% (2) requirió cama crítica y un paciente portador de miopatía; VMNI. No hubo fallecidos. **Conclusión:** Es posible destacar que de los pacientes hospitalizados, principalmente correspondían a aquellos con comorbilidad. Ningún paciente evolucionó a grave, corroborado por el bajo requerimiento de cama crítica y ninguno fallece. Al revisar estudio previo similar realizado el año 2004 en nuestro Servicio, época en la cual la vacuna sólo incluía pacientes pediátricos con patología crónica, llama la atención la mayor cantidad de pacientes sin comorbilidad hospitalizados, la mayor gravedad de estos, además de mayor número de hospitalizaciones y estadía más prolongada. Podemos deducir que lo anteriormente dicho es fruto de la ampliación del universo a vacunar.

FACTORES ASOCIADOS A MAYOR MORTALIDAD Y SECUELAS EN MENINGITIS BACTERIANA AGUDA

Cea J, Díaz R, Cabrera F, Catalán S, Maturana M.
Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La Meningitis Bacteriana en pediatría es una de las patologías infecciosas más graves. Constituye un problema importante ya que a pesar de los avances en antibioticoterapia las secuelas y mortalidad siguen siendo considerables. Esto hace necesario conocer los factores asociados para disminuir la morbimortalidad que causa esta patología. **Objetivo General:** Describir factores asociados a mayor mortalidad y secuelas en los pacientes afectados por Meningitis Bacteriana Aguda entre los años 2000-2006 en el Hospital Guillermo Grant Benavente. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo-corte transversal, del período comprendido entre 01/01/2000 y 31/12/2006. Se utilizaron los registros computacionales del Hospital Guillermo Grant Benavente, en base a códigos de egreso para meningitis bacteriana. Se trabajó con universo de 109 casos revisando sus fichas clínicas. Para comparar medias utilizamos t-Student, para variables categóricas χ^2 o Fisher-Exact-Test, considerando estadísticamente significativo $p < 0,05$, mediante software SPSS® 15.0. **Resultados:** 109 casos. Sexo masculino 55%. Edad promedio 50,1 meses (DS 58,1). Letalidad de la serie 13,8%. Pacientes con secuela 11,9% siendo la más frecuente el compromiso motor. Factores asociados a mayor mortalidad: Sexo (NS), edad (NS), número días de fiebre antes de la consulta (NS), número de días de fiebre post inicio tratamiento (NS), convulsión precoz ($p 0,042$), convulsión tardía (NS), proteinorraquia elevada ($p 0,009$), glucorraquia (NS), celularidad LCR (NS), PCR (NS), etiología Neumocócica ($p 0,039$). Factores asociados a mayor presencia de secuelas: Todas las variables estudiadas (NS). **Conclusión:** Las convulsiones precoces, etiología Neumocócica y proteinorraquia elevada se asociaron a mayor mortalidad, en cambio no se encontraron variables asociadas a secuelas, lo que podría deberse a la falta de estudio posterior de los pacientes y a un subregistro de estas.

TBC CONGÉNITA: UN CASO CLÍNICO

Ledezma P, Erskine J, Rojas J, Cárdenas Z.
Hospital Juan Noé Crevani, Arica.

RNT 38 sem AEG, con antecedentes de parto vaginal, sin incidentes, PN = 2.900 grs, TN = 48 cm y PC = 33 cm, Apgar 9-10. Al cuidado de su madre y con lactancia materna exclusiva, fue dado de alta al 3º día de vida. Su primer control post alta fue al 5º día, sin problemas. Su segundo control, al 11º día evidencia mal incremento ponderal y leve distensión abdominal que cede fácilmente con estimulación rectal, sin fiebre, ni otros síntomas. Dos días después evoluciona nuevamente con distensión abdominal, persistente y de mayor intensidad, sin fiebre, pero mal profunda. Evaluado en Serv Urgencia, se realiza Rx toracoabdominal que evidencia signos de perforación intestinal, y de bronconeumonía. Se hospitaliza con Diagnóstico de sepsis connatal + ECN grado III, ingresando a UTI Neonatología con gravedad extrema, taquicárdica, polipneica, sathb 75% (FIO₂ 0,21), con PAm límite, mala perfusión periférica, irritable. Queda conectada a VMI inmediatamente, y requiere reposición de volumen + apoyo vasoactivo con dopamina y cobertura antibiótica con cefotaxima+metronidazol. En los exámenes destaca: hgma sin leucitosis, pero con desv izq + compromiso de las pruebas de coagulación. Una hora y media después estando ya más estabilizado, es intervenido quirúrgicamente, evidenciándose en la laparotomía perforación colónica + peritonitis secundaria con abscesos múltiples granulomatosos que comprometen hígado, bazo y páncreas, realizándose Bp de epilón. Algo más estable en, en el contexto de su gravedad, es sometida al día siguiente a nuevo aseo abdominal evidenciándose signos claros de peritonitis granulomatosa + adenopatías. Paralelamente, llama la atención madre tosedora y enflaquecida, con antecedentes de TBC familiar al ser interrogada dirigidamente, la cual es estudiada. Madre resulta con Bk y Rx compatible con TBC. Bp de epilón de neonato, concomitantemente, es informada como proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante de tipo TBC. Las BK de cont. gástrico también resultan (+). LCR obtenido (N). Pese a todas las medidas empleadas (VM, Alpar, vasoactivos, ATB, quimioterapia para TBC y soporte general), el neonato evoluciona sin mejoría de su sepsis, cayendo en falla renal y respiratoria progresiva. Fallece a los 29 días de vida, dos semanas después de su ingreso. Familia informa posteriormente la existencia de dos tíos adictos, con tratamiento antiTBC inconcluso, no informados oportunamente.

DISEMINACIÓN BCG EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA CELULAR DEL RECEPTOR B1 DE INTERLEUKINA 12 (IL 12 RB1): ESTUDIO POR IMÁGENES Y CORRELACIÓN ANATOMO-CLÍNICA

Ferrón S, Macho L, Díaz V, Díaz C, King A, Codoceo A, Lucero Y, Cofré J, Santolaya ME, Latorre JJ, Olavarría C, Casanova JL¹, Wolff E.
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile. ¹Pediatric Immunology and Hematology Unit, Necker Hospital, París, Francia.

Introducción: La deficiencia de IL 12 RB1 esta principalmente asociada con enfermedades por micobacterias. El diagnóstico de deficiencia del receptor de IL 12 debe ser considerado en pacientes con formas severas e inusuales de diseminación BCG. **Objetivo:** Describir la presentación clínica y su correlación anatómica e imageneológica en un lactante con diseminación post vacunación BCG. **Caso clínico:** RNT AEG, sano, recibe vacuna BCG al segundo día de vida, evolucionando a las 6 semanas, con adenitis axilar izquierda, de crecimiento progresivo y supuración espontánea. A los 3 meses de vida, aparecen nuevas adenopatías, manteniéndose en observación hasta los 6 meses. Se realiza biopsia ganglionar, que muestra fragmento de tejido fibroso con intensa infiltración histiocitaria, los que tienen citoplasma de aspecto granuloso y con pequeños acúmulos basófilos. Tinción de Kenyon para bacilos ácido alcohol resistentes, positiva, que demuestra presencia de bacilos intra-citoplasmáticos. Compatible con proceso inflamatorio reactivo histiocitario por micobacterias. Se inicia tratamiento anti-BCG a los 7 meses de vida, cambiando esquema según sensibilidad. Se confirma en Francia por métodos de biología molecular, Deficiencia completa de receptor de interleukina 12 (IL12RB1), mutación 169-DA-C62G. En ecografía y tomografía computada se observa importante compromiso de adenopatías cervicales, axilares, mediastínicas, abdominales e inguinales, confluentes en la región abdominal dando el aspecto de masa. Durante su evolución se observa también compromiso infiltrativo del parénquima pulmonar y del bazo, a pesar del tratamiento con interferón gama y anti-BCG. Hace una respuesta inflamatoria sistémica secundaria al uso de interferón, tratado con corticoides. El paciente permanece hospitalizado durante 11 meses, evolucionando con cuadros febriles intercurrentes y compromiso respiratorio progresivo. Fallece a los 25 meses por descompensación respiratoria aguda. **Conclusión:** En pacientes con BCG deseminada es importante sospechar esta inmunodeficiencia para lograr un manejo oportuno y evitar complicaciones. El estudio histológico, inmunológico y seguimiento por imágenes jugaron un rol fundamental en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este paciente.

PRUEBAS CUTÁNEAS DE HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA (PCHI) EN MENORES DE 15 AÑOS. HOSPITAL MILITAR AÑO 2005

Enríquez G¹, Parra C², Isa N¹, López H¹, Fariás P².
¹Internos de Medicina. Universidad Mayor, Santiago - Chile.

Introducción: La prevalencia de las enfermedades atópicas se ha incrementado en los últimos años, lo cual hace relevante el diagnóstico temprano de estas enfermedades en pacientes sensibilizados y establecer oportunamente un tratamiento. **Objetivo:** Describir los alérgenos inhalantes que con mayor frecuencia producen sensibilización en menores de 15 años. **Material y Método:** Estudio observacional de prevalencia realizado en niños menores de 15 años que fueron derivados al Laboratorio de Función Pulmonar por sospecha de atopia, durante el año 2005. El examen fue realizado por Tecnólogo Médico entrenado. Se utilizó un total de 25 alérgenos inhalantes (10 de interior y 15 de exterior), se midió la reacción a los 15 min y se consideraron positivas aquellas con una pápula ≥ 3 mm. Los datos fueron analizados mediante SPSS. **Resultados:** Se incluyeron a 166 niños, con una edad promedio de 8,13 \pm 3,14 años. El rango de edad fue de 3 a 14 años. El 53% correspondió al sexo masculino y el 47% al femenino. La muestra se estratificó en 3 grupos, GI: 21 niños < 5 años; GII: 85 niños entre 5 y 9 años y GIII: 60 niños entre 10 y 14 años. El promedio de la pápula de histamina fue de 7,38 \pm 1,45 mm, sin diferencias significativas entre los grupos. Se obtuvo respuesta positiva a uno o más alérgenos en el 69,3% de la muestra, a dos o más en el 59,6% y a 10 o más en el 22,3% de la muestra. El 48,2% de la muestra fue sensible a *Dermatofagoides pteronyssinus* siendo más prevalente en todos los grupos etáreos. Se encontraron 14 pacientes sensibilizados al Látex, distribuidos entre los GII y GIII. **Discusión:** Se observó que la pápula de histamina fue semejante en los distintos grupos etáreos, lo que sugiere que la reactividad cutánea es también comparable. La prevalencia de sensibilización a alérgenos revela un predominio de inhalantes intra sobre extradomiciliarios. En Chile existe escasa información en relación a las PCHI en poblaciones infantiles. **Conclusión:** Debido a su simpleza, menor costo y disponibilidad inmediata de los resultados, el uso de las PCHI ayuda en el diagnóstico y permite un manejo ambiental. Es difícil comparar los estudios clínicos disponibles en la literatura por la heterogeneidad en sus diseños, las muestras muy discrepantes y los diferentes alérgenos utilizados.

LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. REVISIÓN DE 7 CASOS

González P, Benavides P, Lagos M.
Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El LES es una enfermedad inflamatoria multisistémica de base genética, origen autoinmune y evolución crónica. Predomina en mujeres y su presentación no es infrecuente en niños, aproximadamente el 15% de todos los casos se inicia en la niñez. **Objetivos:** Mostrar un análisis descriptivo de los casos de LES controlados en servicio de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke. **Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de casos LES en menores de 15 años, diagnosticados entre Marzo 2004 y Marzo 2007, en lo que se refiere a sexo, edad de presentación, manifestaciones clínicas, de laboratorio y complicaciones. El diagnóstico de LES se realizó según los criterios de la Academia Americana de Reumatología, el paciente debía reunir 4 o más criterios simultáneos o sucesivos. **Resultados:** Se diagnosticaron y controlaron 7 pacientes, de los cuales el 86% eran mujeres. La edad de presentación osciló entre 4 años 9 meses y 13 años 7 meses. El 86% de los pacientes eran mayores de 10 años. Todos eran de raza blanca. En un paciente existía antecedentes familiar de LES. La forma de presentación en 71% de los pacientes fue fiebre prolongada y marcado compromiso de estado general. Dentro de los criterios diagnósticos destaca: Fotosensibilidad 4/7; eritema malar 1/7; artritis 6/7; compromiso renal 2/7; anemia hemolítica 3/7; ANA positivo 7/7; Ac anti DNA 5/7, Ac anti SM 4/7. Además podemos destacar que la fracción C4 se encontraba disminuida en 5/7 pacientes, todos con VHS y PCR elevada. Como tratamiento se usó Prednisona en todos los pacientes, 3/7 recibieron inicialmente bolos de metilprednisolona. A todos se asoció otro inmunosupresor; 4/7 Azatioprina, 2/7 Metotrexato, 1/7 ciclofosfamida y 1/7 Hidroxicloroquina. Los dos pacientes con compromiso renal se encuentran en tratamiento con Micofenolato. Las complicaciones que se presentaron fueron; 3/7 Varicela Zoster, una paciente presentó rash tipo Eritema polimorfo menor probablemente secundario a droga, 6/7 pacientes Cushing iatrogénico. **Conclusión:** El LES es una patología a considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de las pacientes mujeres púberes con cuadros febriles prolongados y marcado compromiso de estado general. Los ANA, tienen alta sensibilidad para sospechar diagnóstica de esta patología. El tratamiento aplicado es individual, considerando como terapia de inicio los corticoides y requiriendo asociar en todos dos ellos otro inmunosupresor.

VASCULITIS URTICARIAL HIPOCOMPLEMENTÉMICA REPORTE DE UN CASO

González P, Araos G, Lagos M.
Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Entidad clínica descrita por McDuffie en 1973. Se considera un cuadro poco frecuente en niños, caracterizado por lesiones urticariales recurrente asociado a una disminución de los niveles de complemento sérico, como manifestaciones principales. Desde el punto de vista histológico corresponde a una vasculitis leucocitoclastica. Se desconoce su etiopatogenia. Las lesiones se distribuyen por cualquier zona cutánea, con predominio de la cara, extremidades superiores y el tronco. En ocasiones, los habones alcanzan varios centímetros y, son más dolorosos que pruriginosos. Coincidiendo con los brotes de urticaria es frecuente que exista fiebre, poliartitis simétrica no deformante de las pequeñas articulaciones de la mano y dolor abdominal inespecífico. También puede asociarse a glomerulonefritis, obstrucción bronquial y compromiso ocular del tipo de uveítis. El diagnóstico se establece por la coexistencia de vasculitis leucocitoclastica con urticaria crónica e hipocomplementemia y la exclusión de otras enfermedades inflamatorias sistémicas del sistema inmunitario, especialmente lupus eritematoso sistémico. Reportamos a un escolar de 6 años de sexo masculino, con historia de 4 días fiebre, habones urticariales generalizados, confluentes, que compromete principalmente extremidades inferiores, artritis de tobillos, eritrodermia palmo-plantar y dolor abdominal intermitente. Dentro del laboratorio inicial destacó leucopenia moderada, anemia leve, trombocitopenia, aumento de VHS y PCR. Ex. de orina normal, C3 normal y C4 repetidamente bajo. El mielograma fue normal. No se identifica germen asociado en hemo, uro y coprocultivos. La serología para VEB y Parvovirus fueron negativas. ASLO normal y el estudio de autoinmunidad ANA, ENA, Ac anti DNA fueron negativos. La cuantificación de Inmunoglobulinas fue normal. Ante la sospecha de cuadro infeccioso gatillante se decide iniciar antibiótico (Cefotaxima EV) difiriendo uso de corticoides. Se mantuvo tres días con fiebre y luego comenzaron a desaparecer las lesiones cutáneas, el compromiso articular y el dolor abdominal. Se han realizado controles seriados, manteniéndose asintomático. Los valores de complemento, recuento de blancos y plaquetas han sido normales. **Conclusión:** A pesar de no lograr diagnóstico histológico pero considerando las lesiones urticariales asociadas a disminución de los niveles de complemento serico reversibles en corto tiempo es que se considero el diagnóstico de vasculitis urticarial. Inicialmente dentro de los diagnósticos diferenciales se consideraron otras patologías autoinmunes, especialmente LES.

DERMATOMIOSITIS JUVENIL. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS (HEGC)

Pérez de Arce E¹, Szigethi M², Norambuena X³, Quezada A^{3,5}, Fischer C⁴.
¹Interna Medicina Universidad de Chile (UCH), ²Becada Pediatría UCH, ³Unidad Inmunología HEGC, ⁴Unidad Dermatología HEGC, ⁵Departamento Pediatría Sur UCH. Hospital Exequiel González Cortés – Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur, Universidad de Chile.

Introducción: La Dermatomiositis juvenil (DMJ), enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica infrecuente, compromete predominantemente piel, musculatura estriada, y tracto gastrointestinal. **Objetivo:** Describir sus manifestaciones clínicas y de laboratorio, que contribuyan a su pesquisa. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro de fichas clínicas de pacientes con DMJ controlados en el HEGC entre 1992 y 2007. Se consignaron variables sexo, edad de presentación, secuencia de aparición de signos y síntomas, complicaciones, enzimas musculares, electromiografía (EMG) y biopsia muscular. **Resultados:** Se analizaron 11 pacientes con diagnóstico de DMJ según criterios de Bohan - Peter. La relación mujer: hombre fue de 2,6: 1. La edad promedio de inicio de enfermedad fue a los 8,2 años (R: 2 - 14 años). El tiempo de evolución previo al diagnóstico fue de 7,7 meses (DS de \pm 8,2) (R: 1 - 29 meses). El compromiso cutáneo fue la primera manifestación en 8/11 pacientes (72,7%), siendo más frecuente el eritema heliotropo (75%). El compromiso muscular fue manifestación inicial en el 27,2%. Durante su evolución el 100% desarrolló debilidad muscular proximal, 63,6% alteración de la marcha, 90,9% pápulas de Gottron y 45,4% calcinosis. Manifestaciones sistémicas al diagnóstico destacan fiebre (45,4%), astenia y adinamia (36,3%) y baja de peso (45,4%). Aumento de enzimas musculares CPK y LDH se presentaron en 63,6% y 100% de los pacientes, respectivamente; aminotransferasas aumentaron en 8 de ellos al momento del diagnóstico (72,7%). La EMG fue compatible con DMJ en 9/11 pacientes (81,8%). 2/11 tuvieron EMG no concluyente pero su biopsia muscular permitió el diagnóstico. Complicaciones se presentaron en 5/11 pacientes: calcinosis infectada (3/11), infecciones respiratorias recurrentes (2/11), alteraciones en la deglución (2/11), vasculitis intestinal (1/11), absceso de la pared torácica (1/11), retracciones musculares (1/11), hipovolemia (1/11) y paresia velopalatina (1/11). **Conclusiones:** La DMJ debe incorporarse en el diagnóstico diferencial de las miopatías juveniles con compromiso cutáneo. El diagnóstico y tratamiento tardíos afectan su calidad de vida. Manifestaciones clínicas y de laboratorio son similares a lo descrito en la literatura.

SÍNDROME DE GRISCELLI: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Kabalan P, Navarrete C, Rizzardini C
Hospital de Niños Roberto del Río.

El síndrome de Griscelli es un trastorno autosómico recesivo de baja incidencia, cuyas manifestaciones clínicas son pelo "gris plata", hepatoesplenomegalia y pancitopenia, acompañado de alteraciones neurológicas y/o inmunológicas. Forma parte de los síndromes de albinismo parcial. La microscopia del pelo muestra acúmulos de melanina distribuidos en forma irregular y la biopsia de piel revela melanosomas en el citoplasma de los melanocitos, y ausencia de ellos en los queratinocitos. La evolución clínica y tratamiento varían según el subtipo. Se describen 3: tipo 1 con alteración neurológica severa sin inmunodeficiencia, tipo 2 asociado a inmunodeficiencia severa, y que es la causa de muerte, y tipo 3 compromiso cutáneo exclusivo. Reportamos el caso de un paciente de 17 meses, primer hijo de padres consanguíneos, que inicia cuadro caracterizado por lesiones máculo-papulares generalizadas, catalogado como prurigo. Recibe tratamiento con antibióticos tópicos y corticoides locales y sistémicos sin respuesta. Evoluciona con cuadros febriles de 4-5 días de duración, autolimitados y sin otros síntomas asociados. Madre evidencia pérdida de algunos hitos del desarrollo psicomotor. Biopsia de piel compatible con granuloma TBC. Por deterioro clínico y fiebre de difícil manejo consulta en el Hospital Roberto del Río donde destaca lesiones cutáneas antes descritas, esplenomegalia y pancitopenia (Hb 7,9 g/dL, leucocitos 3.600 x mm³, RAN 972, plaquetas 49.000 x mm³). Al examen físico destaca coloración plateada del cabello. Exámenes: mielograma normal, hipertrigliceridemia (375 mg/dL), hipalbuminemia (3,3 mg/dL), estudio inmunológico normales y VIH no reactivo. Con la sospecha Síndrome de Griscelli, se realiza microscopia del pelo que demuestra escasa cantidad de gránulos de melanina (compatible con albinismo parcial). Se extrae ADN de linfocitos del paciente y sus padres para estudio genético realizado en Francia y se demuestra delección intragénica homocigota del gen Rab27a en los exones 2,3 y 4, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Griscelli tipo 2. El tratamiento curativo para esta enfermedad es el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Es presentado a la Unidad de Trasplante para estudio HLA, actualmente en proceso de evaluación.

EXPERIENCIA EN INTOXICACIÓN POR PLOMO EN ANTOFAGASTA

Tchernitchin AN, Bustamante RA, L Gaete L, Villagra, Benítez H, Gent R, Durán J, Leiva MA, Seguel R, Zazopulos M.
 Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consejo Regional Antofagasta, Colegio Médico de Chile; CENMA, Universidad de Chile; Universidad Santa María, Valparaíso.

El plomo es un metal tóxico que afecta a quienes residen o trabajan en zonas contaminadas o que ingieren dicho elemento. Los efectos de su exposición durante la adolescencia o edad adulta son reversibles, al menos parcialmente, al disminuir la plumbemia. Los efectos de la exposición perinatal o infantil son causados por el mecanismo del imprinting o reprogramación celular y persisten de por vida. Con anterioridad a 2000 las fuentes principales de exposición humana a plomo en Chile eran gasolina adicionada con plomo y pinturas de uso habitacional. En Antofagasta ocurrió una contaminación masiva con plomo que afectó numerosas personas, por almacenaje a la interperie de concentrados de mineral de plomo en polvo. Se presentan valores de plumbemias en residentes vecinos a copio de minerales en la Estación de Ferrocarriles y su relación con manifestaciones neurológicas. Se muestra la evolución de la plumbemia y del daño neurológico en una familia residente cerca de la Playa Carboncillo. Se informan los niveles de plomo en el polvo que cubre el suelo o edificios en Portezuelo, Refimét, Puerto de Antofagasta, Playa Blanca, Coviefi y Jardines del Sur. Se comparan instalaciones y las consecuencias del acopio y embarque sin protección en Antofagasta con las de una moderna empresa en Mejillones que ha realizado considerables inversiones en medidas de seguridad y control para evitar daño ambiental y a personas. Se sugiere que el plomo debe ser embarcado a través de las modernas instalaciones de Mejillones en vez del puerto de Antofagasta, para evitar las consecuencias sobre la salud de sus habitantes. **Financiado en parte por:** (a) Consejo Regional Antofagasta del Colegio Médico de Chile, (b) Consejo General del Colegio Médico, (c) CENMA, y (d) Instituto de Salud Pública (ISP), Ministerio de Salud.

REVISIÓN POR PARES

Duffau G, Concha M.
 Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios.

La revisión por pares de artículos que postulan a ser publicados por órganos de diseminación de la información biomédica, es considerada indispensable y requisito ineludible que deben satisfacer quienes dirigen tales órganos. Con el fin de conservar la integridad del proceso de revisión por pares, muchas publicaciones prefieren mantener, para los árbitros, desconocida la identidad de los autores, aspecto que no es simple de alcanzar en nuestro medio. El cuerpo de revisores o árbitros, normalmente es dado a conocer, como grupo, en un número de la revista cada año. **Objetivos:** 1) Establecer la prevalencia de rechazo de artículos por una importante revista nacional, del 2003 al 2007; 2) Informar como ha operado la revisión por pares en una muestra de artículos que postularon en igual periodo. **Material y Método:** Del año 2003 hasta el primer trimestre del 2007, postularon a publicación 332 artículos. Se estimó una prevalencia de rechazo de 20%, con una variación de 3,75%, con lo que se requería una muestra representativa de 188 artículos. Del conjunto de 332, se tomaron 188 al azar utilizando Epitabable de EpiInfo 6.04 b. Los artículos fueron revisados por 1, 2 ó 3 árbitros, uno de ellos encargado de los aspectos metodológicos del escrito. Todos fueron vistos también por los editores. **Resultados:** El árbitro metodológico revisó sólo o con 1 ó 2 árbitros adicionales, 95 escritos de la muestra de 188, es decir 50,53%. El árbitro metodológico propuso la cifra más elevada de rechazo, 45%. Con la participación adicional de otros revisores esta proporción bajó a 30,52% (29/95). La proporción general de rechazo fue 25 de 188, es decir 13,29%, ya que de un total de 47(25%), 22 artículos rechazados en primera instancia, fueron finalmente publicados. Se destaca como opinión mayoritaria el dar la oportunidad a los autores de corregir el trabajo según sugerencias, con o sin revisión ulterior de los cambios introducidos, 69,6%. Lo menos común fue estimar que el artículo podía ser publicado sin cambio alguno en un 7,5%. **Conclusiones:** 1) La prevalencia de rechazo encontrada fue de 47/188, es decir 25%, que se redujo a 25/188, es decir 13,29% porque 22 rechazos fueron aceptados definitivamente; 2) El proceso que conduce a decidir si publicar o no un artículo que postula a la revista debería estar más claramente normado en sus tiempos, principalmente para revisión por pares y para corrección por los autores; 3) La totalidad de los artículos deberían contar con revisión formal de sus aspectos metodológicos y no solo una parte de ellos; 4) La posición de revisor de una revista médica debería estar bien definida, con exigencias muy claras que tendrían que satisfacer aquellos interesados en participar desde esa función.

SD MUNCHAUSEN POR PODERES (SMPP): CASO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN POR CLORPROMACINA

Madrid R, Guevara R, Pacheco S, Jaramillo Y.
 Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Introducción: El SMPP, una forma de maltrato de difícil diagnóstico, en el que uno de los padres, induce una enfermedad en el niño. Se desconocen sus motivaciones. **Objetivo:** Presentar un caso, debido a los pocos casos reportados en Chile, y mostrar lo difícil de su diagnóstico. **Caso clínico:** Escolar, femenino de 7 años 4 meses, con apoyo social en casa del SENAME. Cuadro clínico de 15 días evolución caracterizado por otalgia, rinorrea y fiebre, con tratamiento sintomático para rinofaringitis aguda, ingresa por 3 días de fiebre hasta 40 °C, CEG, vómitos, trastorno de la marcha e inestabilidad, compromiso de conciencia fluctuante con períodos de agitación psicomotriz, lenguaje mal articulado. Se descartó meningitis y se inicia tratamiento antibiótico para celulitis de CAE. Durante la hospitalización presenta ocho episodios de compromiso agudo de conciencia con inicio y recuperación rápidos, que requieren ingreso a intermedio y una crisis convulsiva requiriendo ingreso a UCI para manejo de vía aérea con VM. Durante 44 días se estudia en conjunto con 8 diferentes subespecialistas, requiriendo practicar múltiples exámenes de laboratorio e imagenología, descartándose diversas patologías, planteándose como etiología más probable crisis epilépticas parciales complejas. El día 44 estando asintomático presenta compromiso de conciencia y paralelamente a esto se encuentra en el bolso de la madre tabletas de clorpromazina. Se toma examen toxicológico que resulta positivo para clorpromazina en contenido gástrico y orina. Se da aviso a carabineros, fiscalía, equipo de maltrato, se envía a hogar de fundación regalo. **Conclusiones:** Este caso de SMPP fue una patología de diagnóstico difícil. En este paciente el diagnóstico se fundamentó en: 1) la evidencia de la droga en contenido gástrico y orina, no indicada por médico; 2) la presencia de sintomatología cuando la madre estaba en contacto con la niña y 3) síntomas discordantes que no se ajustaban a una enfermedad clásica.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA (PFEP): OPINIÓN DE LOS ALUMNOS CON INGRESO Y EGRESO 2006. UNIVERSIDAD DE CHILE

Millán KT, Jiuan LA, Acuña NC, Vargas CA.
 Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Universidad de Chile.

Evaluar los programas docentes, en especial desde la visión de los alumnos, es un proceso necesario, que debe ser permanente para retroalimentar la excelencia y calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. **Objetivo:** Conocer el perfil biodemográfico, razones de preferencias de postulación y evaluación del PFEP de los ingresados y egresados el año 2006, en la Universidad. **Personas y Método:** Se aplicó una encuesta semi estructurada, validada, confidencial y con consentimiento informado al total de médicos ingresados (n = 36) y egresados (n = 41) de cuatro de los cinco campus donde se impartió el programa. Los datos se procesaron en EpiInfo 2002, con análisis cuanti y cualitativo. **Resultados:** Perfil ingresados: mujeres (80,6%); solteras (75,9%, sólo 57,1%, en hombres); edad promedio: 28 años. Razón de ingreso: vocación por la Pediatría para 86,2% (mujeres) y 85,7% (hombres). Opción para postular a un campus en especial: 1ª opción al postular: 48,1% mujeres para Oriente, 2ª Norte, 29,6%, y Sur, 18,5%. Estos tres centros tienen hospital de niños. Razones para preferir un campus: prestigio nacional e internacional; existencia de derivación nacional y de especialidades; capacidad resolutiva; centro formador de excelencia y experiencia; tener hospital pediátrico. El perfil de los egresados fue similar salvo mayor edad y mayor proporción de casados. Las egresadas habían postulado en 1ª opción (61,5%) a Oriente, siguiendo Norte y Centro (7,7%, cada uno). Los hombres habían optado por Oriente (n = 3), Norte (n = 2) y Sur (n = 1). Las razones para su preferencia fueron similares a las de los ingresados. Evaluación al PFEP: las principales falencias señaladas fueron: desequilibrio entre el cumplimiento de las actividades asistenciales y docentes propiamente tales; déficit de tutoría docente; criterio de evaluación subjetivo; déficit en recursos humanos, físicos e insumos; excesiva carga asistencial. Además, señalaron déficit en la docencia de pediatría ambulatoria, medicina de urgencia y control de salud. Se destaca la excelencia docente en los centros formadores que son Hospitales Pediátricos. **Conclusiones:** Tanto en ingresados como egresados hubo una gran declaración de vocación por la pediatría y mayoría de mujeres. Los Departamentos ubicados en hospitales pediátricos tuvieron las primeras preferencias en ambos grupos. Se detectaron falencias que se concentran en la docencia y que son subsanables con un esfuerzo de la Universidad; así como se identificó áreas que requieren ser reforzadas. Se considera que una sugerencia importante es la creación de clínicas de seguimiento de niños enfermos post alta durante sus tres años de formación. Se continuará evaluando el PFEP desde la visión de los docentes y se considerará las propuestas entregando estos resultados a los niveles pertinentes de decisión en la Facultad.

HIPOTERAPIA Y NEUROREHABILITACIÓN UN CAMBIO EN LA VIDA DE LA FAMILIA DE CARABINEROS DE CHILE

Valenzuela P, Ulloa A, Huaquín M, Vásquez J.
CRICAR (Centro de Rehabilitación Integral de Carabineros de Chile).

Carabineros de Chile, convencido de la validez científica de la hipoterapia y de la motivación que el Caballo genera en los niños, a través de su innovador Centro CRICAR, el 5 de Octubre de 2006, da inicio al Programa de Hipoterapia con el fin de intervenir en niños con compromiso sensoriomotor, atendiendo hasta la fecha 25 pacientes. Para ello se han destinado recursos de alta calidad, dentro de los que se consideran 20 Carabineros, 19 caballos de raza Chilota, infraestructura adaptada para discapacitados. A lo expuesto anteriormente se suman Hipoterapeutas formados en la Universidad de Chile, todo enmarcado dentro de un trabajo sistemático y estructurado, analizando cada sesión los objetivos y logros de cada niño. Esto ha permitido hacer de ésta terapia un pilar sólido, clave en el marco de atención transdisciplinaria de nuestro centro. **Materia:** 2 Hipoterapeutas, 20 Carabineros y un Sub-Oficial Mayor a cargo, Caballos chilotos, chilenos e ingleses a disposición con su atalaje, Picadero, 1 Ambulancia, 1 Sala adaptada para discapacitados. **Método:** Intervención directa entre profesionales y técnicos, Evaluación de casos mediante fichas de ingreso, seguimiento y alta, Registro visual video-cámara. **Resultados:** Mediante observación clínica se han observado logros cualitativos fundamentalmente en el control postural, estado de alerta y comunicación de los niños, sumado a un fuerte impacto a nivel familiar debido al estado de relajación que se logra en los niños y al intercambio de experiencias entre padres. **Discusión y Conclusión:** Si bien aún no existen pautas de evaluación validadas a nivel nacional e internacional, la seriedad y sistematización del trabajo realizado por CRICAR nos ha permitido conformar una mesa técnica con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con el fin de comenzar estudios serios y acabados, generación de instrumentos de evaluación y seguimiento, con el fin de consolidar un modelo de atención en el área siendo referencia a nivel nacional.

EFECTOS DIFERIDOS SOBRE LA SALUD CAUSADOS POR EXPOSICIÓN PRENATAL, PERINATAL O INFANTIL A CONTAMINANTES AMBIENTALES O ADITIVOS DE LOS ALIMENTOS, GENERADOS POR EL MECANISMO DEL IMPRINTING, RESPONSABLES DEL DESARROLLO DE ENFERMEDADES MÁS TARDE EN LA VIDA

Tchernitchin A^{1,2}, Bustamante R¹, Gaete L¹, Villagra R¹.
¹ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
²atchemi@gmail.com

El imprinting es un efecto diferido causado por exposición a perinatal a diversas sustancias químicas, incluyendo contaminantes ambientales. Consiste en alteraciones irreversibles de la diferenciación y programación celular, que pueden ser consideradas malformaciones bioquímicas o funcionales, y que favorecen el desarrollo de diversas enfermedades en el transcurso de la vida. Inicialmente el imprinting ha sido descrito como "efectos diferidos causados por exposición prenatal a niveles anormales de hormonas, que se traduce como alteraciones en diversos tipos celulares que persiste de por vida". Estudios posteriores efectuados por diversos científicos, algunos de ellos en nuestro Laboratorio, nos permitieron extender la hipótesis del imprinting al efecto causado por la exposición a compuestos no hormonales, tales como contaminantes ambientales, fármacos, aditivos de alimentos, componentes naturales de los alimentos y aún el stress, los que pueden causar alteraciones irreversibles en la diferenciación normal (o programación) de diversos tipos celulares del organismo. Estas se manifiestan como modificaciones cualitativas y cuantitativas en diversos receptores hormonales y enzimas de estos tipos celulares, que se evidencian como cambios morfológicos, bioquímicos y funcionales de estas células, las que, al igual que en el caso de la exposición a compuestos hormonales, puede originar el desarrollo de diversas enfermedades más tarde en la vida. Se describen algunas de las alteraciones causadas en forma diferida por exposición perinatal o infantil a plomo, cadmio, arsénico, mercurio, benzopireno, ozono, humo de tabaco y dioxinas, y también aquellas causadas por exposición a algunos aditivos de alimentos y a condiciones nutricionales y metabólicas de la madre, por ejemplo, hiperglicemia gestacional que se traduce en un mayor riesgo de obesidad infantil.

ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS

Moreno R^{1,2}, Soto C¹, Ojeda ME¹.
¹Hospital Regional Rancagua, ²S.S. Metropolitano Sur y Universidad de Chile.

La enfermedad de Chagas (ECH) es endémica en el norte de Chile, hace más de 9000 años; siendo su distribución hasta la Región de O'Higgins. El control de los vectores de transmisión colocan en importancia considerar la transmisión madre-hijo en los recién nacidos (RN). **Objetivo:** Describir consideraciones epidemiológicas genéticas de la enfermedad de la ECH en la Región de O'Higgins. **Materia y Método:** Se describe el análisis de la información de los RN y donantes del Banco de Sangre del Hospital Regional Rancagua (HRR). Se obtienen las frecuencias génicas de grupos sanguíneos ABO, alelos A (p), B (q) y O (r), y grupo Rh, alelo Rh negativo (d). **Resultados:** Entre 2005 y 2006, hubo 8.559 donantes, con 34 casos ECH+, o sea 0,40%, y nacen 8517 RN, de los cuales 13 RN, 0,15%, son identificados como de madre con ECH+. Estos datos son independiente entre sí, y de otros casos ECH+ diagnosticados. Ningún caso de RN con ECH+ ha sido confirmado hasta el momento. Existe diferencias significativas entre las frecuencia génicas de donantes con $p = 0,1621$; $q = 0,0565$; $r = 0,7814$ y $d = 0,2623$ y de 54 casos ECH+ con $p = 0,2202$; $q = 0,0982$; $r = 0,6815$ y $d = 0,3333$. **Discusión y Conclusiones:** La frecuencia de donantes ECH+ es similar a las descritas en Bancos de Sangre de la Región Metropolitana (RM). Un porcentaje alto de casos es sospechado en RN, casi el 50% que entre los donantes. La baja confirmación de transmisión madre-hijo, esta subestimada por problemas de seguimiento. Las frecuencias génicas del HRR son similares a la RM, en cambio, los casos ECH+, presentan frecuencias más europeas de los grupos sanguíneos. Confirmando la posible protección dada por factores genéticos heredados de los pueblos originarios. La enfermedad de Chagas, sigue siendo un antiguo problema de salud, vigente en las zonas chagásicas de Chile.

EFECTOS DE EXPOSICIÓN AGUDA A CADMIO EN LA ACCIÓN DE ESTRÓGENOS EN ÚTERO DE RATA IMPÚBER

Tchernitchin A^{1,2}, Olivares F¹, Aranda C¹, Bustamante R¹, Gaete L¹, Villagra R¹, Vera J¹, Iturbe R¹, Kim Y¹, Hernández N¹, Bizjak T³, Novsak S³
¹ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile;
²atchemi@gmail.com; ³Estudiante de intercambio, Universidad de Graz, Austria.

Existe poca información sobre los efectos del cadmio en el útero. En animales hembra causa infertilidad y cambios patológicos en el útero. En mujeres altera la actividad miométrial, el ciclo menstrual, y causa dismenorrea, infertilidad, abortos espontáneos y mortinatos. Los tóxicos que afectan el tracto genital femenino suelen interactuar con receptores estrogénicos. Estudios realizados en nuestro Laboratorio permitieron descubrir un segundo mecanismo de acción de los estrógenos – mecanismo no genómico, en el cual participan los leucocitos eosinófilos, y detectar diferencias entre los receptores estrogénicos "clásicos" de los diferentes tipos celulares uterinos. En consecuencia, era posible que el cadmio interactuara con los estrógenos en forma diferente en cada tipo celular. El propósito del presente trabajo era investigar esta posibilidad. Ratas hembra de 21 días de edad fueron expuestas a 4 mg Cd/kg p.c. s.c. y dos h después tratadas con 0,3 mg estradiol-17 b/kg p.c., s.c. Los úteros, obtenidos bajo anestesia a las 6 y 24 h del tratamiento hormonal, fueron procesados histológicamente para la cuantificación de diversas respuestas estrogénicas en cada tipo celular por separado. La exposición a cadmio potencia la eosinofilia uterina y edema endometrial (respuestas no genómicas) a las 24 h del estímulo hormonal. El cadmio inhibe parcialmente la hipertrofia celular en miometrio circular (respuesta genómica) a las 24 h del tratamiento hormonal, y en ausencia de hormona causa una leve hipertrofia celular. El cadmio inhibe, en forma importante, la respuesta proliferativa a los estrógenos en epitelio luminal y glandular uterino, estroma endometrial y miometrio. Se concluye que la exposición aguda a cadmio afecta de manera diferente las respuestas estrogénicas en los diferentes tipos celulares uterinos, lo que puede explicar la infertilidad causada por exposición a cadmio. *Financiado por Proyecto de Investigación de la Sociedad Chilena de Pediatría.*

CANOTERAPIA, UNA MIRADA DESDE DIFERENTES DISCIPLINAS TERAPÉUTICAS

Bustos B, Escobar AM, Ramos E, Rodríguez G.
CRICAR (Centro de Rehabilitación Integral de Carabineros de Chile).

La Canoterapia es una de las terapias complementarias que se realizan en el Centro de Rehabilitación Integral de Carabineros de Chile (CRICAR), donde se atiende población infantil de 0 a 14 años, hijos de funcionarios activos que presenten algún tipo de déficit motor, cognitivo o social. Se trata de una estrategia terapéutica innovadora que integra las acciones de un equipo transdisciplinario, conformado por una Terapeuta Ocupacional, Kinesióloga, Educadora Diferencial y Fonoaudióloga, en conjunto con Técnicos en Terapias Asistidas con Animales (TTAA) capacitados específicamente en el entrenamiento y manejo de perros de terapia. Esta modalidad de intervención pretende el logro de objetivos terapéuticos incorporando la participación de un perro entrenado siendo éste una herramienta altamente motivadora que entrega múltiples inputs sensoriales permitiendo al niño vincularse emocionalmente y proporcionándole una retroalimentación constante aportando a la terapia un contexto lúdico donde el niño y el perro son los protagonistas. Metodológicamente el proceso consiste en la aplicación de una pauta de evaluación inicial basada en la observación clínica transdisciplinaria posterior a la cual se establecen objetivos terapéuticos para la intervención, definiéndose el tratante, el TAA y el perro adecuado para el logro de estos objetivos. El desarrollo de las terapias implica la planificación, coordinación y evaluación sesión a sesión por el equipo tratante. El programa se desarrolla durante 12 sesiones para la modalidad de atención individual y 10 sesiones en modalidad de atención grupal. Una vez finalizada las sesiones nuevamente se aplica la pauta de observación clínica transdisciplinaria. Actualmente, CRICAR es el único centro del país que cuenta con la infraestructura e implementación necesarias para que profesionales y técnicos desarrollen de manera sistemática esta terapia complementaria en búsqueda de una validación científica.

PÉRDIDAS PROTÉICAS PERITONEALES EN NIÑOS PORTADORES DE SÍNDROME NEFRÓTICO EN DIÁLISIS PERITONEAL

Dinamarca H, Rodríguez E, Azócar M, Lillo AM, Delucchi A, Guerrero JL, Emilfork M, Cano F.
Unidad de Nefrología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Clínica Santa María, Santiago.

La evolución de los pacientes portadores de Síndrome Nefrótico (SN) en diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DP), se caracteriza por severo compromiso nutricional debido a la persistencia de la enfermedad activa, a lo cual se agrega la pérdida de proteínas a través del peritoneo. El impacto de la pérdida de proteínas vía peritoneal en los pacientes nefróticos en DP ha sido escasamente estudiado en la literatura pediátrica. **Objetivo:** Evaluar las pérdidas proteicas vía peritoneal en niños portadores de síndrome nefrótico en diálisis peritoneal crónica ambulatoria. **Pacientes y Método:** Estudio observacional, retrospectivo. Se analizaron 9 pacientes con SN en DP, comparando su evolución clínica y bioquímica con un grupo control de 11 pacientes en DP sin SN. Los grupos fueron pareados por edad, sexo y tiempo en diálisis. El volumen de dializado se calculó en 1.100 ml/m²/ciclo DP. Se analizaron para un tiempo de seguimiento de 12 meses las siguientes variables en plasma: creatinina, nitrógeno ureico, gases, electrolitos, serie roja, calcio, fósforo, paratohormona, proteínas totales, albúmina y colesterol. En orina y dializado: proteína y nitrógeno ureico de 24 hrs, expresado en g/m²/día. Se calculó el KtV residual y peritoneal, y el test de equilibrio peritoneal (PET) al inicio y fin del período. **Resultados:** Se estudiaron 3 varones/6 mujeres en el grupo con SN, y 5 varones/6 mujeres en el grupo sin SN. La edad promedio del grupo en estudio y grupo control fue 7,01 y 7,4 años (p: n.s.); el peso (kg)/talla (cm) promedios fueron 23,8/109 y 21,5/112 respectivamente (p: n.s.); la paratohormona y albuminemia mostraron diferencias significativas entre los niños con SN/sin SN: 198/512 pg/ml y 2,4/3,8 gr/dl respectivamente. La proteinuria mostró diferencias significativas entre ambos grupos, 5,2/0,23 gr en 24 hrs, al igual que la pérdida de proteínas en dializado: 4,79/1,82 gr/m²/día respectivamente. No hubo diferencias entre el KtV peritoneal ni residual de los grupos estudiados. **Conclusión:** Los pacientes portadores de SN en diálisis peritoneal suman a sus pérdidas proteicas vía renal, una significativa pérdida de proteínas por peritoneo, fenómeno no explicado en la literatura pediátrica hasta ahora, y que puede representar un riesgo nutricional adicional a la enfermedad de base.

MEDICIÓN DEL COMPLEJO INTIMA MEDIA CAROTÍDEO (CIMc) DE PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS EN DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL VS GRUPO CONTROL, COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Dinamarca H, Gainza H, Delucchi A, Whittle C, Torrealba I, Iñiguez G.
Unidad de Nefrología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile. Unidad de Imágenes. Clínica Alemana.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbi-mortalidad en adultos jóvenes con enfermedad renal crónica (ERC) sometidos a diálisis (Dx) y trasplante (Tx). La aterosclerosis (AE) precede en varias décadas la manifestación clínica. Cambios estructurales ateroscleróticos precoces son detectados por ecografía modo-B de alta resolución. La medición del CIMc esta siendo utilizado como marcador de aterosclerosis temprana. Factores de riesgo clásicos, y "factores emergentes" como insulinorresistencia, stress oxidativo favorecen la aterosclerosis en el paciente urémico. **Objetivos:** Determinar el CIMc en niños asintomáticos en diálisis y trasplante renal en relación a un grupo control sano. Evaluar los parámetros clínicos y de laboratorio con impacto sobre CIMc. **Pacientes y Método:** Estudio prospectivo en 40 niños, prom 13,4a (r: 8-18); 8 Dx, 12 Tx y 20 controles sanos, normotensos, eutrofos pareados por edad y sexo. CIMc fue evaluado en forma ciega, usando transductor lineal multidimensional 13.5 MHz en múltiples proyecciones y en ambas carótidas en cada sujeto. A igual tiempo se evaluó PA, creatinina, calcemia, fosfemia, PTH, perfil lipídico y HOMA. Se registró el tiempo acumulado de Dx y de ERC. Análisis estadístico: Los resultados fueron analizados utilizando SPSS versión 11.0; para variables con distribución normal se usó prueba de T test, si la distribución no fue normal, Mann Whitney, en las correlaciones Spearman. $p < 0,05$ se consideró significativo. **Resultados:** El promedio de CIMc: controles 0,380 mm \pm 0,009, Tx 0,467 mm \pm 0,033 y Dx 0,450 mm \pm 0,042 ($p < 0,03$). El valor de HOMA promedio fue Tx 1,8 \pm 0,62, Dx 2,45 \pm 0,98 ambos significativamente mayores respecto al grupo control 0,8 \pm 0,09. Producto Ca x P fue mayor en grupo de Dx vs Tx 63,0 \pm 10,0 vs 46,2 \pm 2,2 ($p < 0,03$) al igual que PTH 120,2 \pm 15,2 pg/ml vs 666,7 pg/ml \pm 276,7 ($p < 0,008$). LDL-C fue mayor en grupo de dializados vs trasplantados 129,0 mg/dl \pm 23,1 vs 80,8 mg/dl \pm 10,6 ($p < 0,01$). CIMc se correlacionó positivamente con tiempo de Dx y ERC. **Conclusiones:** El aumento del CIMc, signo precoz de AE se observa desde la infancia en los pacientes urémicos. Su etiología es multifactorial, es posible actuar en forma oportuna tratando los factores relacionados y disminuir en riesgo cardiovascular.

PERFIL DE ATENCIÓN EN EL POLICLÍNICO DE NEFROLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA DR. JUAN NOÉ CREVANI

Tobar J, Inzulza A.
Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Regional de Arica.

Introducción: Desde 1998 existe en nuestro Hospital un policlínico de nefrología infantil, que con dos horas médicas diarias atiende pacientes derivados desde atención primaria, alta hospitalaria y de la unidad de emergencia. Se revisa la casuística acumulada en el período 2002-2007. **Materia y Método:** Revisión de fichas y tarjetas de registro de pacientes y de exámenes de imágenes en el período enero 2002 – julio 2007. **Resultados:** En el período analizado que corresponde a 5 años y 6 meses, se controló un total de 937 pacientes, de los cuales 652 (69%) corresponde a estudios de seguimiento por infección urinaria. De los pacientes con ITU estudiados con ecotomografía y uretrociatografía radiológica (216 casos) se pudo confirmar en 43 (19,9%) la existencia de reflujo vesicoureteral, destacando 7 casos con grados IV y V, y 6 casos bilaterales. El segundo grupo diagnosticado en frecuencia con un total de 72 casos (7,6% del total) corresponde a los trastornos de la función vesical con 24 casos de enuresis, 19 de incontinencia, 10 casos de trastornos urgencia-incontinencia y vejiga neurogénica no neurogénica y 19 casos de mielomeningocèle con cateterismo a permanencia, estos últimos con un rango de edad de 2 a 17 años. El tercer grupo en importancia corresponde a los pacientes nefrourológicos con 47 casos (5%), destacando 21 uropatías obstructivas: 11 altas (estenosis pieloureterales) y 10 bajas (megaureter obstructivo y ureteroceles en doble sistemas) y 5 divertículos vesicales entre otros. El resto de los diagnósticos en orden de frecuencia corresponden a pielectasias no obstructivas de hallazgo prenatal (29), monorrenos (24), litiasis de vía urinaria (19), hipercalcemias idiopáticas (15) y hematurias de diverso origen (17). La patología renal crónica se desglosa en 7 casos de Insuficiencia renal crónica (2 de ellos trasplantados), 7 acidosis tubulares y 6 síndromes nefróticos. Patologías agudas con necesidad de control de largo plazo: 9 casos de SHU, 8 glomerulonefritis postestreptocócicas y 11 púrpuras de Schönlein-Henoch. **Conclusiones:** La incidencia de patología nefrológica en edades pediátricas en la región de Arica es similar a la descrita en la literatura nacional, lo que es particularmente cierto para el reflujo vesico-ureteral.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ASOCIADO A UROSEPSIS POR E. COLI. A PROPÓSITO DE UN CASOFuertes P¹, Martínez J¹, Corta B², Zambrano P².¹Becados Pediatría HEGC – Universidad de Chile. ²Unidad Nefrología HEGC. Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: El Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) es una de las principales causas de falla renal aguda en la población pediátrica. En Chile, la incidencia estimada es de 4/100.000 en menores de 4 años. Puede ser secundario a diferentes causas, destacando una mayor asociación a infecciones entéricas producidas por Shiga toxina de *E. coli*. Se ha descrito pocos casos de SHU asociado a infección tracto urinario por *E. coli*. Se presenta un caso ocurrido en nuestro servicio durante este año. **Caso Clínico:** Escolar de 7 años previamente sana. Inicia cuadro de 5 días de fiebre, dolor lumbar derecho irradiado a hipocondrio ipsilateral, sin diarrea ni síntomas urinarios. Por sospecha de apendicitis aguda, se realizó exploración quirúrgica que descartó este cuadro. Pese a urocultivo negativo, TAC de abdomen mostró imágenes compatibles con pielonefritis aguda. Evolucionó séptica, requiriendo apoyo vasoadictivo 2 días. Durante hospitalización presentó palidez intensa, oliguria, hipertensión arterial, anemia hemolítica microangiopática (Hb = 6 mg/dl), trombocitopenia (70.000 plaquetas) y falla renal (nitrógeno ureico = 81 y creatinina = 4,29). Se planteó SHU asociado a urosepsis, con 3 hemocultivos positivos para *E. coli* no enterohemorrágica multisensible. Se trató con cefotaxima, requiriendo hemodiafiltración durante 72 horas, más hemodiálisis trisemanal 3 semanas. Evolución estable, con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio, presentando al alta Creatinina 2,58. Ecodoppler renal mostró nefropatía médica bilateral, aumento de ecogenicidad del parénquima cortical e índice de resistencia de 0,5. Por presencia de microabscesos, se cambió tratamiento a ciprofloxacino oral, con buena respuesta. Actualmente en buenas condiciones generales, ecografía renal normal y creatinina 0,55. **Conclusión:** *E. coli* productora de Shiga toxina requiere de estricta vigilancia epidemiológica. En Chile, no hay un protocolo uniforme de estudio que incluya búsqueda de toxinas y cultivos especiales de *E. coli* en deposiciones, lo que hace que muchos casos de SHU secundarios a ésta sean catalogados como SHU D (-). Además, cabe destacar que la bacteremia secundaria a infección gastrointestinal por *E. coli* es poco común, por lo que un diagnóstico eficaz y oportuno es fundamental en el manejo de estos pacientes.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE SANTIAGO DE CHILE

Díaz C, Bancalari R, Rojas N, Garbin F, Cerda V, Bloomfield J, Zambrano J, Muñoz P, Fernández M, Cavada G, Marchant M, Valenzuela MT, Zambrano P, García H.

Universidad de Los Andes. Clínica Santa María. Santiago, Chile.

Introducción: La HTA constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Se desconoce su prevalencia actual en niños chilenos. El objetivo es establecer la prevalencia de HTA en escolares de educación básica y correlacionarla con su estado nutricional. **Material y Métodos:** Se seleccionaron 2.980 alumnos mediante muestreo aleatorio estratificado según sexo y curso, de los colegios de la Sociedad de Instrucción Primaria, constituyendo una muestra representativa de los aproximadamente 310.840 escolares de clase media baja de la ciudad de Santiago (seguridad 95% y error estimado 0,03). De ellos un 21%, 24% y 53% se catalogó como obesos, sobrepeso y normales respectivamente, utilizando epiinfo cdc 2000. Las mediciones fueron realizadas por 8 pediatras y 16 internos de medicina entrenados. La presión arterial (PA) se obtuvo en posición sentada en 2 oportunidades previo reposo, utilizando esfigmomanómetro de mercurio debidamente calibrado, con manguito adecuado al diámetro del brazo, promediándose ambas cifras. Se definió HTA según PA sistólica y/o diastólica > p95 según edad, sexo y talla (Taskforce Pediatrics 2004; 114: 555-576). Los resultados se correlacionaron con el estado nutricional y sexo utilizando χ^2 y modelo de regresión logística mediante programa estadístico STATA 9.1. **Resultados:** La prevalencia de HTA fue de 13,59%, (hombres y mujeres 12,26% y 14,82% respectivamente (ns)), y de 8,91%, 13,61% y 26,05% normales, sobrepeso y obesos respectivamente ($p < 0,0001$). HTA se relaciona con obesidad con un odds ratio (OR) de 4,4 (IC95% 2,78-4,65) y con sobrepeso con un OR de 1,6 (IC95% 1,21-2,13). Asimismo se relaciona directamente con la edad, con un OR de 1,22 (IC95% 1,17-1,29) controlando por estado nutricional. **Conclusiones:** 1) La población estudiada presenta una prevalencia aumentada de HTA en comparación con la referencia norteamericana; 2) Estos resultados se correlacionan positivamente con el mayor índice de masa corporal; 3) Nuestros resultados proyectan un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en chilenos de clase media baja que viven en Santiago y establece la urgente necesidad de medidas preventivas; 4) Se requieren de nuevos estudios que evalúen el rol que tiene el consumo de sodio en la HTA. Financiamiento med004/2006 U Andes.

INFECCIÓN URINARIA: REALIDAD LOCAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA. PERÍODO 2005-2006

Venegas P, Arias R, Leiva M.

Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Servicio de Pediatría.

Describir la epidemiología de la ITU en menores de 2 años que se hospitalizaron en pediatría entre los años 2005 y 2006. **Método:** Análisis retrospectivo de historias clínicas de 138 lactantes menores y mayores hospitalizados en un período de 2 años. **Resultados:** 84,1% sector urbano y 15,9% rural. Consulta directa al SUI del Hospital 102 pacientes, 36 derivados desde consultorio, hospital periférico o particular. 60,2% afectó a lactantes menores y 39,8% a lactantes mayores. Motivo de consulta: fiebre 126, rechazo alimentario 37, vómitos 31, decaimiento 29, diarrea 27, orinas mal olor 20. En 81% la fiebre duró 4 días. Laboratorio: exámen de orina realizado en SUI (99) y pediatría (16). En 110 pacientes fue tomado por cateterismo, 4 chorro directo, 2 punción vesical, 2 recolector y 19 no anotado. Leucocituria en 127, bacterias regular 96, placas de pus 63, glóbulos rojos 59, nitratos 39 y pociotos 27. Hemograma: leucocitosis sobre 15.000 en 60,1% y PCR sobre 40 mg/dl en 90 pacientes. Urocultivo: 107 positivos a *E. Coli*, 4 *klebsilla oxytoca*, 1 *proteus mirabilis*, 1 *citrobacter freundii*, 1 polimicrobiano. ECO R-V: realizada a 98 pacientes; 62 normales, 9 nefromegalia, 7 ectasia piélica, 9 asimetría renal, 7 doble sistema renal, 1 riñón en herradura, 1 riñón en esponja. DMSA: a 107 pacientes; 34 normales y 61 con daño parenquimatoso real. Uretrocistografía: a 19 pacientes; 10 normales, 5 RVU G3-4, 2 RVU G1-2, 1 disfunción vesical y 1 duplicidad del sistema excretor. Cistografía isotópica a 12; 8 normales y 4 RVU larga duración. Tratamiento antibiótico: cefalosporina 3ª generación en 135 niños, amikacin en 2 y cefadroxilo en 1. Tratamiento profiláctico con macrodantina indicado a 123 niños al alta, citados a control nefrológico 73 niños. **Conclusión:** La ITU es causa importante de hospitalización en menores de 2 años, la clínica y exámenes se correlacionan con la literatura. La falta de recursos, horas nefrólogo y exámenes por imágenes hacen insuficiente el estudio y seguimiento del paciente.

FUNCIÓN TIROIDEA EN NIÑOS CON SÍNDROME NEFRÓTICO

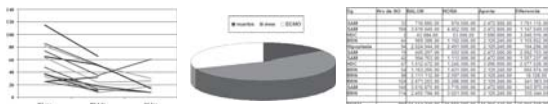
Nardiello A, Lizama M, Cattani A, Lagomarsino E, Martínez A, Vogel A. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Síndrome Nefrótico (SN). **Material y Método:** Estudio prospectivo durante 1 año. Incluye pacientes con SN, con índice Proteinuria/Creatinuria en muestra aislada de orina (I P/C) > 2, albúmina sérica < 2,5 g/dl, creatinina sérica < 1 mg/dl, sin antecedente de enfermedad tiroidea o ingesta de fármacos que alteren su función. Se controló, previo inicio de esteroides, T3, T4 libre, TSH y Anticuerpos Antitiroideos. Los pacientes con alteración de alguno de estos parámetros se controlaron en forma seriada hormonas tiroideas, concomitante con I P/C. **Resultados:** Se enrolaron 13 pacientes, edad promedio 59 meses, 75% sexo masculino, 58% de los pacientes estaban en debut de SN. El 83,3% presentó algún grado de alteración de los niveles de hormonas tiroideas. Al comparar el grupo con alteraciones de las hormonas tiroideas (Grupo 1) versus los sin alteraciones (Grupo 2) encontramos diferencia significativa en BUN, I P/C en muestra aislada de orina y colesterol plasmático. Albúmina y proteínas totales fueron más bajas en los pacientes con alteraciones tiroideas, pero no fue significativo. En relación a las pruebas tiroideas, en el grupo 1 la TSH estuvo elevada en el 40% y la T3 y T4 baja en el 80% sin embargo no necesariamente en los mismos pacientes en los que se alteró la T3. Se suplementaron con levotiroxina, 6 pacientes que tenían T3 y T4 baja simultáneamente. **Conclusiones:** El SN puede presentar en un 83,3% alteraciones en los niveles de hormonas tiroideas. Este compromiso es independiente de si se trata de debut o recaída del SN. Creemos sumamente importante el control y seguimiento de la función tiroidea de los pacientes con SN, ya que la evolución habitual incluye recaídas de la enfermedad, lo que puede someter a los pacientes a estados de hipotiroidismo prolongado.

TERAPIA CON ÓXIDO NÍTRICO. UN AÑO EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ, COSTOS Y BENEFICIOS, ¿QUÉ MÉTODO DE COMPRA ES MÁS CONVENIENTE?

Mühlhausen G, **González A**.
Servicio de Neonatología Hospital San José.

Introducción: Desde Julio del 2006, el síndrome de dificultad respiratoria se incorporó como garantía AUGE-GES en todo el país, para lo cual existe una red de centros de derivación, siendo el hospital San José uno de ellos. Nuestro hospital cuenta con la terapia de óxido nítrico, la cual es de alto costo y tiene 2 opciones de pago: la primera incluye costo de balón más arriendo mensual y la segunda arriendo por hora. Nuestro Hospital optó por la primera alternativa en este primer año de uso. En las canastas del AUGE-GES se le asigna distinto valor al uso de óxido nítrico dependiendo de cada patología. **Material y Método:** Se analizan los costos versus beneficios del uso del óxido nítrico en 13 pacientes (junio 2006-Junio 2007), la diferencia con lo aportado por la canasta y el gasto teórico si se hubiese elegido la alternativa de arriendo por horas. **Resultados:** Se usó óxido nítrico en 13 recién nacidos, utilizando en este año 11 balones que corresponden a \$ 15.495.975, sumado al arriendo mensual de \$ 467.929 (12 meses) son \$ 5.615.148, lo que hace un total de \$ 21.111.123 (\$ 1.623.932 por paciente). El aporte de Fonasa fue \$ 31.306.440 (diferenciado por patología), con un excedente de \$ 10.195.318, (\$ 784.255 por paciente). Si hubiésemos elegido el arriendo por hora (50 dólares por hora) el costo total sería de \$ 25.970.000 y en promedio \$ 1.997.692 por paciente, es decir, un excedente menor \$ 5.336.440 (\$ 410.495 por paciente), claramente un mayor gasto para el Hospital. Por otra parte, el beneficio del óxido nítrico dada la respuesta y sobrevida de estos pacientes tan graves, justifica su uso en nuestro medio, a pesar de tan alto costo



Conclusiones: 1) El beneficio del óxido nítrico es evidente, dada su respuesta y mortalidad; 2) El alto costo de esta terapia obliga a buscar la mejor alternativa de pago; 3) La alternativa más atractiva sigue siendo el costo por balón más arriendo mensual.

ANÁLISIS DE LA ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA (HCRA) 2000-2005, IMPLICANCIAS

Velásquez A, Villalobos F, Díaz C, López L.
Hospital Regional de Antofagasta.

Introducción: La eficacia del surfactante pulmonar ha sido corroborada en la disminución de la mortalidad neonatal secundaria a SDR. En el Servicio de Neonatología del HCRA el surfactante es usado desde Julio de 1998, residencia exclusiva neonatal existe desde 2004. **Objetivos:** Conocer la aplicación del surfactante y sus características epidemiológicas, durante los años 2000 a 2005. Determinar momento de aplicación y el número de dosis de surfactante, relación con antecedentes, complicaciones y mortalidad. **Método:** Se revisó protocolos de administración de surfactante de RN ingresados a Neonatología durante período descrito. Se obtuvo: patologías y corticoide prenatal, EG, peso nacimiento, dosis, número y momento de aplicación de surfactante, complicaciones (displasia broncopulmonar = DBP; ductus persistente = DAP; hemorragia intraventricular = HIV; neumotórax = NT; hemorragia pulmonar = HP), ventilación mecánica y mortalidad. Datos significativos se corroboraron con la revisión de fichas clínicas. En el análisis de corticoterapia se excluyeron RNT. Se utilizó χ^2 como método estadístico, con significancia 0,005, cálculo de OR y RR **Resultados:** 355 casos analizados, 96,9% fue < 37 semanas. 63,9% RNV < 1.500 g requirió surfactante, mayor en grupo 751-1.000 g. Sexo masculino 54,1%. 22,3% recibió 1 dosis de surfactante, 76,1% 2 dosis, 1,7% 3 dosis. Distribución por peso: 500-1.000 g 25,3%; 1.000-1.500 32,4%. Primera dosis aplicada posterior 2 hrs de vida 49,3%, antes de 2 hrs 32,1% y después de 8 hrs 18,6%; con mejora a través de los años. Corticoterapia: 39,2% nula, 45,05% completa y 15,69% incompleta. Sin diferencias entre corticoterapia y número de dosis administradas, DAP y HP. No hubo relación entre Apgar y complicaciones con número y tiempo de aplicación de 1° dosis. Sólo 63,9% tiene ecografía cerebral que concluyen en 14,9% HIV GI y II, 5,4% G III y IV. Diferencia significativa entre número de dosis utilizadas y DBP OR (1/2) 9.226 RR para no DBP (1/2) 1.208. No hay correlación entre causas de parto prematuro y número de dosis. Falleció un 21,7% de RN estudiados, con disminución de 36% el 2000 a 15,9% el 2005. No hubo relación entre mortalidad, tiempo de aplicación de 1° dosis ni su número. El NT conlleva mayor mortalidad con p 0,009 y RR de 0,51. Mayor mortalidad según grado de HIV, sin diferencia estadística. **Conclusiones:** La aplicación del protocolo ha ido mejorando a través de los años, que se refleja en una disminución de la mortalidad significativa. Sin embargo, las complicaciones derivadas de la prematuridad no presentan cambios importantes, por lo que aun debe mejorarse el cuidado intensivo neonatal, permitiendo una optimización de los resultados a largo plazo.

CRISIS DE CIANOSIS EN RECIÉN NACIDOS. APLICACIÓN DE UN ALGORITMO DE ESTUDIO

González A, Guerrero AM, Parodi C.
Servicio Neonatología Clínica Dávila.

Introducción: El recién nacido responde con apnea y/o cianosis frente a distintas noxas, debido a su respuesta paradójica e inespecífica frente a la hipoxia y retención de CO₂. Puede obedecer a distintas patologías asociadas o no encontrar asociación causal. El estudio debe ser ordenado y por sistemas, para investigar las distintas causas. **Objetivo:** Nuestro objetivo fue describir la aplicación del algoritmo para estudio y comparar los resultados de factores asociados, indicación de monitor y el seguimiento a un año, con el período anterior a dicho algoritmo. **Metodología:** Se analizaron fichas en forma retrospectiva 1999 al 2003, con el diagnóstico de ingreso de crisis de cianosis y apneas. Se aplica un algoritmo desde el año 2004 y se comparan los resultados con un nuevo período (2005-2006) con el mismo diagnóstico. Se realiza una encuesta telefónica para conocer la persistencia de apneas a un año. **Resultados:** Los recién nacidos analizados tanto en el primer (74,5%) como en el segundo (88%) período son RNT (> 37 sems). En un 66,7 y 79% la crisis ocurrió antes de los 3 días de vida en ambos períodos.



Conclusiones: 1) La crisis ocurre en los primeros tres días de vida, en ambos períodos; 2) La polisonografía se realizó en 52% y 60% al aplicar el algoritmo, destacando el gran porcentaje (> 80%) normal en el segundo período; 3) Las patologías asociadas son diversas, sin poder establecer causa-efecto; 4) Sólo un tercio se van de alta con monitor, lo que no se modificó a pesar de aplicar el algoritmo; 5) El seguimiento es insatisfactorio (61,5% y 53,5%), a pesar de grandes esfuerzos; 6) La aplicación de un algoritmo, no cambió mucho el estudio (sólo aumentó la frecuencia de PSN) ni el manejo de estos recién nacidos, así como no nos permitió conocer mayor patología asociada al evento.

PERFIL DE SALUD DEL PREMATURO MENOR DE 1.500 GRAMOS Y/O MENOR DE 32 SEMANAS A LOS 2 AÑOS DE EDAD GESTACIONAL CORREGIDA. QUINQUENIO 2000-2004

Díaz A¹, Migone S¹, Gutiérrez C¹, EU González Y¹, EU Duarte X¹.
Servicio Neonatología Hospital Regional Rancagua.

Introducción: El Programa de Seguimiento del Prematuro implementado a nivel nacional desde el año 2000, ha permitido establecer estándares de control y precisar perfil de salud de los prematuros que egresan vivos desde la Unidad de Neonatología. Dado que nuestra cobertura de seguimiento a los 2 años de edad corregida alcanzó un 89,2%, decidimos hacer un análisis de las variables que representan el estado de salud como son el estado nutricional, estado neurosensorial, estado respiratorio, mortalidad y hospitalizaciones con sus respectivas causas desde el inicio del Programa hasta la última cohorte que cumplió los 2 años de Edad Gestacional Corregida en el año 2007. **Material y Método:** Del total de niños nacidos entre el 1° enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2004 egresaron vivos 324 prematuros menores de 1.500 g y/o menores de 32 semanas. El 100% ingresó al policlinico de seguimiento. Se evaluaron las 324 fichas clínicas y se confeccionaron planillas Excel para el análisis de los datos. **Resultados:** A los 2 años de edad corregida de un total de 324 pacientes: se controlaron 289 niños correspondiendo a una cobertura global de un 89,2%; 22 pacientes (pac) abandonaron el control (6,8%); 5 pac fallecieron (1,5%). 13 pac se trasladaron a otra Región (4,0%). Estado nutricional según OMS P/T: normal 178 pac (62,7%); Riesgo de desnutrición 45 pac (15,8%); desnutrición 9 pac (3,7%); sobrepeso 44 pac (15,5%); obesidad 8 pac (2,8%); Talla Baja T/E 19 pac (6,7%). Estado neurológico: retraso simple lenguaje 23 pac (8,1%); Parálisis Cerebral (PC) no invalidante 20 pac (7,0%); PC invalidante 20 pac (7,0%); retraso desarrollo sicomotor 13 pac (4,6%). Estado audiológico: hipoacusia moderada 12 pac (4,4%); hipoacusia severa 4 pac (1,4%). Estado visual: estrabismo 26 pac (10,7%); ceguera cortical 3 pac (1,2%). Estado respiratorio: Síndrome bronquial obstructivo recidivante 77 pac (27,1%). Hospitalizaciones: total 136 pac (47,9%); con 1 hospitalización 76 pac (55,9); con 2 o más hospitalizaciones 60 pac (44,1%); causas de hospitalización: bronconeumonía 44,5% (105 eventos); síndrome bronquial obstructivo 22,1% (51 eventos); causas neurológicas 7,4% (17 eventos). **Conclusiones:** La prematurez es una condición de riesgo que predispone a un handicap negativo en el perfil de salud de un porcentaje importante de niños y niñas. Es fundamental mantener una buena cobertura de seguimiento, la que nos permita intervenir precoz y eficazmente a través de un equipo multidisciplinario que posibilite su mejor pronóstico.

REANIMACIÓN NEONATAL: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Bancalari A, Cleveland C, Kraunik D, Venthur C, **Abásolo A**.
Hospital Guillermo Grant Benavente. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

La adecuada reanimación neonatal es un importante factor en el descenso de la morbilidad neonatal, al evitar y/o disminuir la asfixia neonatal. La Unidad de Neonatología del HGGB, por ser centro de derivación de toda la VIII región, concentra gran cantidad de partos prematuros, que potencialmente pueden requerir maniobras de reanimación. **Objetivo:** Conocer las maniobras de reanimación neonatal (MRN) requeridas durante un año. **Material y Métodos:** Se revisaron las fichas de 3.976 RN vivos en el HGGB durante el año 2006, seleccionándose aquellos que recibieron MRN. Se analizaron las siguientes variables: edad gestacional, peso al nacer, sexo, tipo de parto y tipo de MRN requeridas. No se consideró dentro de MRN la administración exclusiva de oxígeno a flujo libre. **Resultados:** Los RN reanimados fueron 112 (2,8%) del total de RN vivos (3.976 neonatos). El 46,4% correspondieron RN de pretérmino. Respecto al peso al nacer, el 22,4% fue de muy bajo peso y el 12,5% de extremo bajo peso. Predominó el sexo masculino (63,1%). El parto fue vaginal en 49,5% y cesárea de urgencia en 42,3%, cesárea electiva en 5,4% y fórceps en 2,8%. La MRN más utilizada fue la Ventilación a Presión Positiva (VPP) en el 69,6%, seguida de la intubación endotraqueal en el 28%. Sólo el 1,8% de las MRN correspondieron a masaje cardíaco y administración de drogas. El Apgar del 1er min fue < 7 en el 91% de los RN; recuperando el 72% el Apgar a los 5 minutos (≥ 7). El 97,3% (109/112), de los reanimados sobrevivieron; de los cuales el 61,1% requirió hospitalización. Un 36,1% se hospitalizó en UCI. **Conclusiones:** El porcentaje de reanimados fue bajo. La maniobra más usada fue la VPP. Es excepcional el uso de masaje cardíaco y la administración de drogas, similar a lo descrito por la American Heart Association y Academia Americana de Pediatría. La mortalidad en sala de RN inmediato fue mínima. El alto porcentaje de recuperación del Apgar a los 5 min sugiere que las MRN fueron efectivas.

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN PREMATUROS MENORES DE 1.500 GRS AL NACER, EXPERIENCIA HOSPITAL BASE LOS ÁNGELES

Soto JC, **Martínez B**.
UCI Neonatal Hospital Base Los Ángeles, Chile.

Material y Método: Estudio prospectivo y descriptivo, en 15 recién nacidos (RN) menores de 1.500 grs (MBPN) con diagnóstico de ductus arterioso persistente (DAP), según protocolo neonatal, nacidos entre Julio 2004 y Diciembre 2006, en UCI Neonatal Hospital base Los Ángeles, Chile. **Resultados:** Durante el período estudiado nacieron 109 RN MBPN, con un 27,7% menores de 1.000 grs, y un 75,2% entre 1.000 y 1.500 grs. Pesquisa ecocardiográfica en 15 (13,7%) de ellos con DAP (1 el 2004, 3 el 2005 y 11 el 2006); 7 eran menores de 1.000 grs (25% de este grupo) y 8 (9,7%) mayores de 1.000 grs. El diagnóstico se hizo antes de los 3 días de vida en 10 (66%); 10 (66%) estaban en ventilación mecánica invasiva; 6 cursaban una sepsis neonatal. En 12 se indicó cierre farmacológico con indometacina endovenosa en 3 dosis cada 12 horas, 2 (16,6%) requirieron segunda cura y 1 (8,3%) no responde, requiriendo ligadura quirúrgica. En 2 (16,6%) acontecen complicaciones que podrían atribuirse a la indometacina: dos hemorrágicas, una asociada a falla renal transitoria. Un RN (8,3%) fallece por la complicación hemorrágica. **Conclusiones:** Destacamos una incidencia global baja (13,7%), pero en aumento (20,3% el 2006), probablemente por subdiagnóstico de los primeros años, subsanado por un protocolo de pesquisa precoz de DAP desde Agosto del 2005. El éxito del cierre farmacológico es comparable a lo descrito en la literatura (83,3%), con un alto porcentaje (83%) de responderse a la primera cura. Tenemos un 16,6% de complicaciones que podrían asociarse al uso de indometacina y un 8,3% de mortalidad, en el contexto de una sepsis asociada.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES CONNATALES EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ, SANTIAGO, CHILE

Rojas C¹, Mühlhauser M¹, Orfali JL², Mühlhausen G².
Servicio Neonatología Hospital San José, ¹Medicina Universidad Mayor.

Introducción: La mayoría de las infecciones que ocurren durante el período neonatal se producen dentro de la primera semana de vida, cerca de un 85% de los casos se presentan dentro de las primeras 24 horas de vida. Las infecciones perinatales tempranas se adquieren antes o durante el momento del parto con una tasa de 1 a 2 por 1.000 RN de término. La sepsis connatal se asocia a una alta mortalidad entre un 15 a 50%. El objetivo del estudio es analizar la incidencia, causas, factores predisponentes y complicaciones de las sepsis de inicio temprano y verificar si se ha producido un cambio etiológico en la población chilena. **Materiales y Métodos:** Estudiamos RN de término que nacieron consecutivamente en la maternidad del Complejo Hospitalario San José desde Enero 2004 hasta Diciembre 2006. Se analizaron los registros computacionales de los recién nacidos y las fichas clínicas maternas de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de infección connatal, sepsis temprana, sepsis precoz, y sospecha de infección. También se recolectó la información de hemocultivos positivos y la sensibilidad. Para comparación de promedios se usó el χ^2 o la prueba exacta de Fisher y se registró la media y DE para cada salida. **Resultados:** Un 3,52% de recién nacidos de término recibieron antibióticos al momento de nacer. La edad gestacional promedio de nuestra población fue 39,34 \pm sem, PN Prom 3.436 grs, sexo masculino 56,46%. Incidencia de diagnósticos según tipo de infección, sepsis demostrada 0%, probable 9,78%, posible 32,22% y descartada 58,76%. No se encontraron hemocultivos positivos. No hubieron gérmenes aislados. Los signos clínicos maternos que más se asociaron a infección fueron la fiebre materna 24,82% y la RPO mayor a 18 hrs 30,3%, y cultivo rectal (+) 9,87%. Los días de tratamiento promedio fueron 5 días y el esquema más usado ampicilina/gentamicina en el 90,0% de los casos. N.º días hospitalización Media 6 \pm . **Conclusiones:** El promedio de días de antibióticos en sepsis descartada es innecesariamente largo. Deben mejorar los métodos diagnósticos dado que positividad de los hemocultivos es muy baja o nula con el uso masivo de profilaxis antibiótica. Llama la atención que no se aislaron gérmenes en hemocultivos de infecciones tempranas en el período estudiado.

TUBERCULOSIS CONGÉNITA EN UN PREMATURO DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO. CASO CLÍNICO

Núñez S¹, **Gutiérrez C¹**, Casar C², Hernández M³.
¹Servicio Neonatología, Hospital Rancagua, ²Servicio Broncopulmonar, Hospital Roberto Del Río, ³Microbiología, Universidad de Chile.

Introducción: La tuberculosis congénita (TBC) es una condición muy rara. Sólo hay 300 casos reportados hasta Diciembre del 2005. El diagnóstico es particularmente difícil, se utiliza Rx tórax, TAC, aislamiento y cultivos de secreciones, PCR, y recientemente el Método Quantiferon Gold. TB. Nos parece importante la presentación de este caso por cuanto la TB congénita es difícil de diagnosticar, el pronóstico es malo y el tratamiento debe iniciarse tan pronto sea sospechado, aún sin la confirmación de laboratorio. Además es el primer caso en Chile con Quantiferon TB Gold positivo en prematuro. **Caso Clínico:** Madre 23 años, embarazo con cuadro respiratorio y fiebre interpretado como Corioamnionitis y Bronquitis. Cesárea por infección ovular. 2 dosis de corticoides. RN prematuro de 28 semanas, adecuado para la edad gestacional, Peso nacimiento 1.132 gramos Apgar 7-8. Contacto fugaz con su madre estando en UCIN en VM. M Hialina, 1 dosis de Survanta y VM por 12 horas, DAP cerrado a las 48 horas, posteriormente con O₂ a permanencia, destacando compromiso radiológico parenquimatoso e intersticial difuso severo y progresivo y VHS de 45 mm/h, contrastando con el buen estado general del paciente. A los 29 días de vida se diagnóstica TBC pulmonar activa materna, baciloscopias positivas. Se solicitaron exámenes para confirmar TBC congénita. Eco abdominal inicial normal. Baciloscopias en contenido gástrico (-) RN sintomático. Inicia tratamiento triasociado a los 36 días de vida, sin confirmación bacteriológica. TAC toracoabdominal a los 51 días de vida mostró hepatomegalia, edema peripartal, pleiectasia izq. Signos de neumopatía multifocal extensa y atelectasias bilaterales. A los 28 días de iniciado tratamiento llega Cultivo Koch contenido gástrico positivo. A los 29 días Quantiferon TB Gold (+). Actualmente en fase bisemanal de tratamiento. Se mantiene con requerimientos de O₂ y polipepa por el extenso compromiso pulmonar alveolointersticial más atelectasias. TAC tórax actual: a los hallazgos anteriores se agregan múltiples nódulos bilaterales de aspecto granuloma de aprox 8 mm. TAC abdomen actual: Normal. **Discusión:** La TBC no es común porque la placenta actúa como barrera protectora del feto. Se asume que la infección ha sido adquirida en útero por: 1) edad del niño; 2) ausencia de contacto con TB bacilífera; 3) TB materna y 4) enfermedad generalizada diseminada. Puede ocurrir como resultados de 3 modos de infección: hematogena vía vena umbilical; aspiración fetal de líquido amniótico (LA) infectado y la ingestión fetal del LA infectado. Existen criterios diagnósticos definidos por Beitzki y Cantwell. Los signos y síntomas son inespecíficos. Sin terapia precoz existen devastadoras consecuencias y aumento de mortalidad. **Conclusiones:** La TBC sigue estando presente en nuestro país y ahora asociado a casos de VIH (+) por lo que debemos mantener un alto grado de sospecha e iniciar terapia precozmente en el recién nacido, aún antes de la confirmación.

EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Menadier D, León del Pedregal J, Yzoard M.
HGGB Concepción, Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología.

Introducción: El uso de antibióticos en las unidades de neonatología constituye un procedimiento frecuente e indispensable pero muchas veces innecesario. **Objetivo:** Analizar las condiciones clínicas que generan el uso de antibióticos, así como determinar si la indicación, esquema y duración son los indicados. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal de 284 ingresos a Neonatología entre diciembre 06 a febrero 2007, se analizaron 84 fichas con indicación de antibiótico. **Resultados:** Un 30% recibió uno o más de los 122 esquemas, el 75% ingreso antes de las 24 horas de vida siendo menores de 1500 gramos el 31% y de estos un 100% recibió atb. Los esquemas más utilizados son Ampicilina-Amikacina 57%, Cefotaxima-Vancomicina 20%, Vancomicina-Cefotaxima-Metronidazol y Vancomicina-Meropenem un 3% cada uno. Analizada la justificación: fue incorrecta en la indicación 11%, en el esquema 4% y duración del tto 28% lo que significó un costo excesivo. Los esquemas iniciados antes de los 7 días de vida fueron 68%, Ampicilina-Amikacina en el 84%, de los indicados después de los 8 días de vida (32%) lo más utilizado fue Cefotaxima Vancomicina con el 43%. Diagnósticos en los menores de 7 días fue SDR en el 49% y en los mayores de 8 días sepsis cen 48%. La toma de hemocultivos fue de 93% y 85% respectivamente, positivos el 5% antes de los 7 días y 30% después de los 8 días con una diferencia estadísticamente significativa. Los valores de PCR fueron significativamente diferentes. Analizada la duración del tratamiento este fue inadecuado en el 14% del primer grupo y en el 8% del segundo. **Conclusiones:** En neonatología son numerosos los factores que conllevan a la decisión de iniciar un tratamiento antibiótico, si bien no hay abuso en la indicación existe carencia de protocolos en cuanto a esquema y oportunidad de la suspensión, lo que determina un gasto innecesario y el riesgo de resistencia.

ANÁLISIS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN TERCIARIA DE SANTIAGO DE CHILE

Jiménez E¹, Alegría A¹, Tobar P².
¹Médico, ²Matrona. Hospital Dr. Sótero del Río (HDSR).

La mejoría en las técnicas en medicina ha llevado a mejorar la sobrevivencia de recién nacidos (RN) muy inmaduros (RNMBPN) y de RN con defectos congénitos. Pero se necesita intervenciones y procedimientos invasivos que favorecen las infecciones nosocomiales (IH) definiendo como tal a las de presentación con ≥ 72 horas de hospitalización. La incidencia es variable según el centro con una variación de 10-20%. **Objetivos:** Primario: Conocer incidencia y tipo de IH en la Unidad de RN del HDSR. Secundario: Describir factor asociado, germen identificado, edad de presentación y su impacto en mortalidad. **Pacientes y Método:** Seguimiento prospectivo a todos los RN hospitalizados desde el 1º enero 2004 hasta el 31 de diciembre del 2005 (2.663 RN). Los datos se recolectaron en una planilla manual y luego traspadados a planilla Excel. Los datos fueron analizados por Stata 9.2. **Resultados:** a) El 9,2% de los hospitalizados (247 RN) presentaron 265 episodios de IH con tasa: $8,7 \times 1.000$ días de hospitalización, y una tasa de $11,9 \times 1.000$ días de hospitalización en RN < 1.500 g en período 2004-2005; b) Los diagnósticos más frecuentes corresponde a Sepsis 46%, ITU 18,6%, Bronconeumonía (BRN) 12,5% (asociada a: VM 51%, a CPAP 15%), Enterocolitis necrotizante médica 8,3% y quirúrgica 3,4%; c) En 30% de los episodios IH tiene hemocultivo positivo, destacando que ¾ de las Sepsis IH se aísla germen siendo los más frecuentes: St coco epidermidis 55% y otros coagulasa negativos 22,5%, luego S. Aureus 12,5% Bacilos Gram negativos 8,8%; d) La mediana de presentación es 30 días para el global de IH y de 23 días en IH asociada a muerte; e) La mediana de PN: 1.597 grs para el grupo global y 1.094 grs en subgrupo con IH que fallecen; f) 53% de las Sepsis IH se asociaron a catéter; h) Mortalidad asociada a IH fue de 8,7% (78% son < 1.500 grs). **Conclusión y Comentario:** Nuestra incidencia de IH 9,2% está dentro de lo esperable, coincide con la literatura. Se concentra especialmente en el RNMBPN y malformados. Sepsis es la presentación más frecuente seguida de BRN. Destacamos que el CPAP nasal juega un rol por lo que pensamos debería ser vigilado. ITU es más frecuente a lo descrito y se presenta sin el riesgo de catéter urinario. Los gérmenes coinciden con otras unidades de alta complejidad donde se utilizan catéteres endovasculares; 1º St. coagulasa negativa resistentes a vancomicina, 2º St. Aureus, 3º bacilos Gram negativos.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 2000-2005

Villalobos F, Varas M, López L, Díaz C.
Hospital Regional de Antofagasta.

Introducción: La DBP es la enfermedad pulmonar crónica más frecuente en la infancia. El riesgo de desarrollar DBP depende en gran medida del peso de nacimiento y la edad gestacional. Es importante conocer la realidad local para mejorar manejo de estos pacientes. **Objetivos:** Determinar la población de RN displásicos, relacionar posibles causas y complicaciones. **Método:** Se utilizó protocolo de surfactante y displasia broncopulmonar para complementar datos, para seguimiento se revisaron fichas de los RN y protocolo de oxigenoterapia domiciliaria. Se consignó edad gestacional, sexo, peso de nacimiento, tiempo de oxigenoterapia, uso de VM, complicaciones durante hospitalización (infección, DAP, HIV, etc) edad y peso al alta, oxigenoterapia domiciliaria, hospitalizaciones posteriores al alta, mortalidad. Análisis con χ^2 de Pearson y cálculo de OR y RR. **Resultados:** El total de pacientes diagnosticados como DBP fue 54. Estos corresponden a 8,44% del los RNPT hospitalizados. 15,98% de < 1.500 g. 14,82% del total de RNPT ventilados. 37% se concentró en el grupo de peso de 751-1.000 g. Existe correlación entre DBP y parto gemelar, con OR 3,85 RR 3,45, otras patologías prenatales no se correlacionaron. Mayor número de días de VM se relacionó con DBP, siendo la mediana de 4 días para quienes no presentaron DBP y 32 para los con DBP. No hubo relación estadísticamente significativa entre patología durante período de hospitalización y DBP. No hubo RN al alta con Oxigenoterapia domiciliaria, sin embargo, los pacientes displásicos tuvieron una mediana de días de hospitalización de 88 vs 31 los sin DBP. Posterior indicación de Oxigenoterapia domiciliaria por descompensación de cuadro de base ($< 5\%$) por traslado a zona de altura (Calama) y/o cuadros respiratorios que requirieron hospitalización de diversa magnitud. La mortalidad es de 13% (7) durante el período de hospitalización, más frecuente a menor peso ($4 < 750$ g) y días de ventilación mecánica, 3 nunca lograron desconexión. La mayor causa de mortalidad posterior a alta se debió a bronconeumonías principalmente asociadas a VRS, en período invernal. **Conclusiones:** La DBP es un problema relevante en la región, son pacientes de alta labilidad principalmente posterior al alta, por lo que debemos mejorar el manejo pre y posnatal, y seguimiento óptimo para lograr mejor calidad de vida en nuestros prematuros.

INCIDENCIA DE CANDIDIASIS NEONATAL EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN TERCIARIA NEONATAL DE SANTIAGO DE CHILE

Jiménez E¹, Alegría A¹, Tobar P².
¹Médicos, ²Matrona. Hospital Dr. Sótero del Río (HDSR).

La Candidiasis neonatal ha cobrado progresiva importancia en las dos últimas décadas. Puede presentarse como infecciones menores de piel o mucosas hasta infecciones fúngicas invasivas (IFI) definiendo como tal a la presencia de *Candida* sp en cualquier medio estéril. Tiene alta morbimortalidad asociada. Su incidencia es inversamente proporcional al Peso de nacimiento (PN). La transmisión es de tipo vertical con predominio de *Cándida Albicans* u Horizontal para *Cándida Parapsilosis*, *Tropicales* u otras según el lugar. **Objetivos:** Primario: Conocer incidencia y tipo de Candidiasis en Unidad de Recién Nacido (RN) del HDSR. Secundario: Caracterizar a población afectada, conocer edad de presentación y su impacto en mortalidad. **Pacientes y Método:** Seguimiento prospectivo de todos los RN hospitalizados desde el 1º enero 2004 hasta el 31 de diciembre del 2005 (2.663 RN). Los datos se recolectaron en una planilla manual y luego vaciados a planilla excel. Los datos fueron analizados por stata 9.2. **Resultados:** La incidencia de IFI fue 0,55 por 100 RN egresados. Catorce episodios en 12 pacientes. El tipo de *Cándida* fue en un 100% *Albicans*. Se presentó como *Candidemia* 7%, ITU en 85%. La muerte asociada fue de 25%. No hubo EBSA ni complicación renal. El 66,6% tiene PN < 1.000 grs y 58% < 800 grs. Cuatro pacientes tuvieron PN > 1.600 grs todos con Sd. Malformativos. Nacen por cesárea 83,3%, con mediana de: PN 760 grs rango: (440-4.390), EG 26s (24-41), los días ventilación mecánica med: 19 (1-43), transfusión GR med: 8 (3-11). El 83% son hombres. En 66,6% existe antecedente de uso de antibiótico de 2º línea, 75% recibe Vancomicina, edad episodio med: 32,5 días (21 -377). **Conclusión y Comentario:** Se concuerda con la literatura con una $>$ concentración de IFI en RNMBPN. Nuestras incidencia de 0,55 por 100 egresos es $<$ y sólo por *Cándida Albicans*. Esto puede ser debido a el uso racional de antibióticos, especialmente cefalosporinas de 3ª generación, resolución preferente de partos de RNMBPN vía cesárea. Para nuestra realidad, es igualmente válido iniciar tratamiento con Anfotericina o Fluconazol para las IFI dado a la alta sensibilidad de la *Cándida Albicans* a los Azoles.

PRINCIPALES CAUSAS DE SUPLEMENTACIÓN DE RN SANOS CON SUERO GLUCOSADO (SG) O FÓRMULA EN PUERPERIO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DESTETE AL PRIMER MES Y TERCER MES DE VIDA

Cardoso I, Kuncar S, Manríquez V, Paiva G, Kirsten K, Toso P, Neira S, Cabezas V.
Hospital Militar y Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Hay fuerte evidencia que la introducción precoz de fórmulas tiene un impacto negativo en la LME. En el puerperio inmediato se debe intervenir adecuadamente en la causa que determina la necesidad de suplementar. Nuestro objetivo es determinar las causas de indicación de SG y fórmula en puerperio y causas de destete al primer y tercer mes de vida. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y de seguimiento. Se evaluó la población atendida en la maternidad del Hospital Militar (HM) y Hospital Clínico de la Universidad Católica (HCUC) desde Octubre 2006 a mayo 2007. Con consentimiento informado de los padres. Se evaluó sólo recién nacidos de término (RNT), sanos, que recibieron algún suplemento (SG y/o Fórmula). Excluyendo los que quedaron hospitalizados. La indicación de suplementación fue determinada por el médico tratante del RN. Se evaluó causa de destete al primer y tercer mes de vida a través de un seguimiento telefónico. **Resultados:** Se evaluaron 197 niños nacidos en el HM y 132 niños nacidos en el HCUC. Promedio de edad de la madre 29 años, 68% tenía estudios superiores y 60% estaba casada. Esta muestra proviene de todas las comunas de la región Metropolitana. Principales causas de suplementación en puerperio fue percepción de poca calostro (43,4%), RN demandante (10%), madre imposibilitada para amamantar (8,5%) y presencia de grietas (7,5%). Principales causas de destete al primer mes de vida fue RN demandante (36%), percepción de poca leche (21%) y mal incremento de peso (20%). Y al tercer mes fueron RN demandante (31,5%), percepción de poca leche (16,6%), Trabajo (11%) y sin leche materna (9%). **Discusión:** Los problemas habituales en puerperio están relacionados a angustia materna, y más del 50% de las razones de suplementación podrían corregirse con un equipo de salud preparado. Asimismo las principales causas de destete al primer y tercer mes pueden ser guiadas en forma anticipada por el pediatra y obtener mejores resultados de LME.

MANEJO DE LA ATRESIA ESOFÁGICA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ SANTIAGO DE CHILE

Utreras J, Mühlhausen G.
Hospital San José, Santiago de Chile.

Antecedentes: Atresia esofágica tiene una incidencia de 1 x 3.500 n. vivos y una prevalencia de 3,53 x 10.000 n. vivos Con fistula traqueo esofágica un 85% y un 50% con otras malformaciones congénitas. **Material y Método:** Se analizan en forma descriptiva 25 pacientes hospitalizados entre el período 2º semestre 1999 al 1º semestre 2007. Se revisaron retrospectivamente las fichas clínicas, la epicrisis al alta y registros del seguimiento del comité de LIH. **Resultados:** Antecedentes maternos dentro de lo normal, el 28% < 2.500 grs. al nacer, el 25% de prematuros. Un 48% provenía de la 3era y 4ta región. Un 28% tenía diagnóstico prenatal de atresia esofágica y todos se confirmaron por stop de la SNG al nacer + sialorrea. Un 81% se operó en los 4 primeros días. Se diagnosticó fistula en el 84% de los casos no siendo unidos los cabos en el 12% de los casos. El 60% usó v. mecánica por 5 días (un promedio 5,6 y un rango de 1-16 días). El promedio de días de drenaje pleural fue 8,54 y un rango de 4-13 días. El uso de CVC lo hicieron en promedio 13,4 días con un rango de 1 a 54 días. Se presentaron 6 casos de sepsis a cvc. Con Enterobacter como principal m.o. El 96% uso ALPAR con un promedio de 17,9 días y un rango de 9 a 54 días. Las complicaciones más frecuentes fueron cardíacas y parénquimas. Los días de hospitalización son de 37,28 de promedio con un rango de 11-134 días. No tuvimos fallecidos y al alta se fue a su casa un 44%, otros al Hosp. Roberto del Río por otras patologías asociadas y el resto a sus Hospitales. **Conclusiones:** Recibimos 1 x 4.000 n.v. desde la 3ª región y 1 x 9.000 n.v. tanto de la 4ª como desde nuestra maternidad. Se trasladó oportunamente desde regiones y su manejo requirió cupo UCI con cirugía, v. mec, caterización, drenajes, alpar y alto riesgo de LIH. Se nos complican a nivel cardíaco y de parénquimas. Nuestro servicio esta capacitado e implementado para el manejo de estos complejos pacientes con una buena sobrevida.

EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO (RNT), EN EL PUERPERIO INMEDIATO, CON SUERO GLUCOSADO (SG) AL 5% Y/O FÓRMULAS LÁCTEAS, Y DURACIÓN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL PRIMER Y TERCER MES DE VIDA. ESTUDIO PRELIMINAR

Cardoso I, Kuncar S, Manríquez V, Paiva G, Kirsten K, Toso P, Neira S, Cabezas V.
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En Chile, según la encuesta Nacional de LM del 2002, el 80% iniciaría LME y disminuiría a un 60% al tercer mes. Hay fuerte evidencia que la introducción precoz de fórmulas tiene un impacto negativo en la LME. Nuestro objetivo es determinar si la suplementación de niños sanos, en el puerperio inmediato, con SG y/o fórmulas lácteas, influye en la duración de la LME al primer y tercer mes de vida. **Material y Métodos:** Estudio Caso y control, prospectivo, observacional y de seguimiento. Se evaluó la población atendida en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad Católica (HCUC) desde Octubre 2006 a mayo 2007. Con consentimiento informado de los padres. Se evaluó RNT sanos. Se excluyeron los que quedaron hospitalizados. Los casos fueron los RN que recibieron algún suplemento en el puerperio inmediato y los controles (niños que sólo recibieron LM) se obtuvieron pareando por fecha de nacimiento con niños a los cuales se le indicó un suplemento. La indicación de suplementación fue determinada por el médico tratante del RN. Se evaluó LME al primer y tercer mes a través de un seguimiento telefónico. **Resultados:** Se evaluaron a 262 niños nacidos en el HCUC. Promedio de edad de la madre fue 29 años, destacando un 71% con estudios superiores, 60% casada y 30% con pareja estable. De los casos el 75,7% recibió sólo SG y 15% recibió SG más Fórmula. Al comparar LME entre niños no suplementados versus los suplementados se encontró 80% versus 60% al primer mes ($p > 0,01$), diferencia que se mantuvo al tercer mes. No encontrándose diferencias significativas entre las características de estas poblaciones (edad, experiencia previa, nivel educacional, estado civil, trabajo). Los niños que recibieron más de 4 suplementos en puerperio se encontró LME de 38% y 42% al primer y tercer mes de vida respectivamente ($p > 0,01$). **Discusión:** Los resultados de este trabajo muestran una disminución significativa de la LME al primer y tercer mes de vida cuando el RN ha recibido algún suplemento en puerperio, disminuyendo en forma más notoria cuando recibieron más de 4 suplementos. Por lo que se debe intervenir más activamente en corregir las causas de suplementación en puerperio.

GASTROSQUISIS Y SU EVOLUCIÓN SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA. VEINTIDÓS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA

Valdés MV¹, Morán J², Roizen J¹, Cienfuegos G¹, Osorio W¹, Venegas G¹.
¹Unidad de Neonatología Hospital Luis Calvo Mackenna, ²Servicio Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.

La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal adyacente a la inserción del cordón umbilical y generalmente a la derecha, con una herniación del contenido abdominal preferentemente intestino delgado y a veces estómago, colon y ovario. El tamaño del defecto es relativamente pequeño comparado con los intestinos eviscerados y según su tamaño es el tipo de cirugía que se realiza, lo que significa diferencias en su manejo, morbilidad, pronóstico y mortalidad. Basado en esto, se compararon los pacientes con gastrosquisis con cierre primario (CP) con los recién nacidos (RN) que tuvieron cierre en etapas (CE) para ver su evolución y pronóstico. **Material y Método:** Es un trabajo retrospectivo con 79 pacientes hospitalizados en RN del H. Luis Calvo Mackenna, desde 1985 hasta Agosto del 2007, referidos de otros hospitales. A 36 RN se les realizó cierre de su pared por etapas y a 40 RN cierre primario, 2 sin antecedentes y uno no se le realizó cirugía por la magnitud del defecto. **Resultados:** Los RN tenían un promedio de peso de 2.446 g, y de edad gestacional de 36 semanas; el promedio de edad de sus madres era de 20 años, el 70% de los RN con CE nacieron por cesárea y el 63% de los con CP tuvieron parto eutócico. Los pacientes con CE estuvieron en promedio 14 días (DS: 10) en ventilación mecánica, versus 2 días de los con CP. Los RN con CP recibieron en promedio 57 días (DS: 54) Nutrición parenteral (NP) versus 21 días de los con CE. Los con CE estuvieron sin alimentarse en promedio 29 días y los con CP en promedio 16 días (DS: 1). El tiempo de hospitalización de los con CP fue en promedio 45,6 días versus 79 días de los con CE. Los con CP el 47% no tuvieron complicaciones versus el 19% de los con CE. Fallece el 5% de los con CP versus el 16% de los con CE. **Conclusiones:** Los pacientes con cirugía con CP tienen mejor pronóstico que los pacientes con CE porque tienen menor tiempo de conexión a VM ($p: 0,002$), menor tiempo de NP ($p: 0,000$), menos complicaciones y menos mortalidad.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES CONNATALES EN PREMATUROS < 32 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ, SANTIAGO, CHILE

Muhlhauser M¹, Rojas C¹, Pérez P¹, Orfali JL², Mühlhausen G².
¹Medicina Universidad Mayor, ²Servicio Neonatología Hospital San José.

Introducción: Se estima que un 80% de los partos prematuros no son por causa materna. Un gran número de estos RN recibe antibióticos al momento de nacer. Sin embargo, la incidencia de sepsis connatal es bastante baja, con incidencias que varían entre 1,5 y 2,7%. Lamentablemente la sepsis de inicio temprano se asocia aun a una alta mortalidad, bordeando el 30%. El objetivo del estudio es analizar la incidencia, causas, factores predisponentes y complicaciones de las sepsis de inicio temprano y verificar si se ha producido un cambio etiológico en la población chilena. **Material y Métodos:** Estudiamos RN prematuros menores a 32 semanas y/o menores a 1.500 grs que nacieron consecutivamente en la maternidad del Complejo Hospitalario San José desde Enero 2004 hasta Diciembre 2006. Se analizaron los registros computacionales de los recién nacidos y las fichas clínicas maternas de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de infección connatal, sepsis temprana, sepsis precoz, y sospecha de infección. También se recolectó la información de hemocultivos positivos y la sensibilidad. Para comparación de promedios se usó el Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher y se registró la media y DE para cada salida. **Resultados:** La tasa de RN prematuros < a 32 sem y/o < a 1.500 grs. fue 1,5% de los RNV. De éstos tuvieron sepsis precoz demostrada 2,7 por 10000 RN vivos. Un 44,9% de los PT < a 32 sem y/o < a 1.500 grs recibieron antibióticos al momento de nacer. La edad gestacional promedio de nuestra población fue 28,8 ± sem, PN Prom. 1264grs, sexo masculino 49,08%. Incidencia de diagnósticos según tipo de infección, sepsis demostrada 3,6%, probable 17,17%, posible 21,14% y descartada 58,11%. El porcentaje de hemocultivos positivos fue un 3,6%. Los gérmenes aislados fueron SGB, acinetobacter, Haemophilus influenza, Klebsiella, Stafilo coagulasa (-). Los signos clínicos maternos que más se asociaron a infección fueron la corioamionitis 16,48%, síntomas de parto prematuro 18,35 y la RPO mayor a 18 hrs 21,43%. El 34,8% de las madres recibieron antibióticos como tratamiento y un 21% recibieron profilaxis completa. Los días de tratamiento promedio fueron 5,47 días y el esquema más usado ampicilina/gentamicina en el 78% de los casos. N° días hospitalización Media ± 46,02. Complicaciones neonatales ECN 6,07%, DBP 17,87%, ROP 13%, HIV graves (III-IV) 6%. **Conclusiones:** El promedio de días de antibióticos aun en sepsis descartada es muy largo, casi 6 días. Deben mejorar los métodos diagnósticos dado que positividad de los hemocultivos es muy baja. No hay razón para cambio de esquema antibiótico actual dado que la sensibilidad de los gérmenes sigue siendo muy alta.

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EN PREMATUROS ≤ 1.250 GR, NACIDOS EN EL HOSPITAL BARROS LUCO ENTRE 2000-2006

Pérez de Arce E¹, Szigethi M², López MT^{3,4}.

¹Interna Medicina Universidad de Chile (UCH), ²Becada Pediatría UCH, ³Neonatóloga, ecografista Hospital Barros Luco (HBLT) ⁴Departamento Pediatría Sur UCH. Hospital Barros Luco – Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur, Universidad de Chile.

Introducción: La hemorragia intraventricular (HIV) es la hemorragia cerebral más frecuente en el prematuro, asociándose a una mayor morbimortalidad y secuelas neurológicas. El diagnóstico se efectúa a través de ecografía cerebral, examen sin riesgo y de bajo costo. **Objetivo:** Describir la frecuencia de HIV observadas entre los años 2000 al 2006 en prematuros ≤ 1.250 gr atendidos en el Hospital Barros Luco (HBLT). **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron resultados de ecografía cerebral, realizadas entre 2000-2006 a prematuros ≤ 1.250 gr en HBLT. Se consignaron variables sexo, edad gestacional, peso nacimiento, vía resolución del parto, presencia de HIV. Las ecografías fueron realizadas por un único operador, en un ecógrafo LG 400 MD. **Resultado:** Se analizaron 426 prematuros ≤ 1.250 grs. Un 71,2% se los nacimientos se produjo vía cesárea. El 51% fue de sexo femenino. La edad gestacional promedio fue de 27 semanas. Se observó un peso de nacimiento promedio de 940 gr (R: 430-1250 gr). Del total de prematuros ≤ 1.250 gr, 272 (68,8%) presentaron algún grado de HIV. De estos, un 29,4% fue HIV grado I, un 33,4% grado II, un 23,5% grado III y un 13,5% grado IV. **Conclusiones:** En esta serie se observó que la mayoría de los prematuros ≤ 1.250 gr presentaron algún tipo de hemorragia. Al igual que lo descrito en otras series, la HIV grado I y II, son las más frecuentes, encontrándose en el 62,8% de los casos. Grandes esfuerzos deben efectuarse a fin de prevenir la HIV y las secuelas que pueden traer.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR G III-IV, EN PREMATUROS ≤ 1.250 GR NACIDOS EN HOSPITAL BARROS LUCO 2005-2006. IMPACTO DE USO INDOMETACINA

Szigethi M¹, Pérez de Arce E², López MT^{3,4}.
¹Becada Pediatría Universidad de Chile (UCH), ²Interna Medicina UCH, ³Neonatóloga, ecografista Hospital Barros Luco (HBLT), ⁴Departamento Pediatría Sur UCH. Hospital Barros Luco – Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur, Universidad de Chile.

Introducción: La hemorragia intraventricular (HIV) es un problema frecuentemente observado en prematuros. Se ha visto que los niños con hemorragia presentan mayor morbimortalidad y secuelas neurológicas. Numerosos estudios han demostrado que la Indometacina reduce la incidencia de HIV G III y IV en prematuros. Desde el año 2006, los prematuros ≤ 1.250 gr, que nacen en el HBLT reciben 3 dosis de Indometacina de 0,1 mg/kg cada una. **Objetivo:** Describir la frecuencia de HIV grado III-IV observadas en el año 2005 previo al uso de 3 dosis de Indometacina y 2006 posterior al uso de Indometacina en prematuros ≤ 1.250 gr atendidos en el Hospital Barros Luco (HBLT). **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron resultados de ecografía cerebral realizadas en prematuros ≤ 1.250 gr, nacidos en el HBLT en el año 2005 previo al uso de 3 dosis de Indometacina y en el año 2006 posterior a la implementación de esta medida. Se consignaron variables sexo, edad gestacional, vía resolución del parto, peso nacimiento y presencia de HIV. **Resultados:** Se analizaron 130 prematuros ≤ 1.250 gr, nacidos entre 2005-2006. Un 74,6% de los nacimientos se produjo por cesárea. El 52,3 % de los recién nacidos vivos (RNV) fueron de sexo masculino, con edad gestacional promedio de 28 semanas y peso promedio 970 gr (494-1248 gr). En cuanto a las HIV, el año 2005 40/65 (61,5%) RNV presentaron algún grado de HIV y en el año 2006 40/65 (61,5%) lo hicieron. De estos, el año 2005 un 35 % presentó HIV GI, un 42,5% G II, un 15% G III y un 7,5% G IV. En el año 2006, de los RNV con HIV, un 30% fue G I, un 30% G II, un 22,5% G III y un 17,5% G IV. **Conclusiones:** A diferencia de los descritos en otras series, no se observó una disminución de la incidencia de HIV G III y IV luego de iniciar protocolo profiláctico con Indometacina. Sin embargo, hace falta un mayor número de casos para valorar la real efectividad de esta medida.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN RN EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL DEL COBRE, CALAMA 2005-2006

Moscoco P, Araya N.
 Unidad del Niño, Hospital del Cobre Salvador Allende G. Calama.

Introducción: El uso de antibióticos es frecuente en las unidades de RN, principalmente como profilaxis de sepsis neonatal. En el dg. de la Infección connatal es fundamental el análisis de los factores de riesgo, la clínica y la interpretación de los exámenes de laboratorio. **Objetivos:** Realizar un análisis del uso de ATB en RN ingresados a nuestra Unidad los años 2005 y 2006 con diagnóstico de Sospecha de Infección Connatal, Sepsis Neonatal o Prematuros menores de 35 semanas. **Método:** Estudio Descriptivo. Se analizan 43 de un total de 44 fichas informatizadas de RN (se excluye 1 por estar incompleta). Se analizó EG, Peso nacimiento, Cultivo de Estreptococo materno, uso ATB prenatal, screening infeccioso, Hemocultivos, día inicio y duración del tto. **Resultados:** En el período estudiado ingresaron a nuestra unidad un total de 164 RN, de los cuales 43 recibieron ATB durante su evolución (26,2%). De éstos, 23 (53,4%) fueron RN prematuros < de 35 sem que en nuestra unidad por norma iniciamos ATB de amplio espectro desde su ingreso (excepto los embarazos interrumpidos por causa materna). Del total estudiado, 14 pacientes (32,5%) fueron RN > de 35 sem con dg. de sospecha o infección connatal. De los > 35 semanas, 6 pacientes recibieron ATB sin dg. de sospecha de infección connatal, 4 de los cuales tenían como diagnóstico asfisia neonatal y 2 Neumotórax. De los 23 RN < de 35 semanas, 7 (30,4%) tenían cultivo de estreptococo materno tomado, siendo negativo en el 100% de ellos. En 6 casos recibieron ATB antenatal. El 60,8% de los partos fue cesárea. La EG promedio fue de 31 sem y peso promedio 1.684 grs. En 19 casos 82,6% se trataron con ATB desde el ingreso. 9 (39,1%) tenían screening infeccioso positivo (Hgma, PCR, Índice I/T compatible con infección bacteriana) y clínica sugerente, todos con hemocultivos negativos. De estos 9, la duración del tto fue de 7 días en dos casos, 10 días en 3 casos y 4 días en un caso. No se pudo precisar la duración del tratamiento en 3 RN por traslado de éstos a otro centro asistencial. De los 20 RN > de 35 semanas, 12 (60%) tenían cultivo de estreptococo materno tomado, positivo en 3 de ellos (25%). En seis casos (30%) recibieron ATB antenatal. El 55% de los partos fue cesárea. La EG promedio fue de 38 sem y peso promedio 2.940 grs. En 17 casos 85% se trataron con ATB desde el ingreso. Once (55%) tenían screening infeccioso positivo (Hgma, PCR, Índice I/T compatible con infección bacteriana) y clínica sugerente, todos con hemocultivos negativos. De estos 11, la duración del tratamiento fue de 7 días en cuatro casos, 10 días, 3 días, 2 días en un caso, 5 días en dos casos. No se pudo precisar la duración del tratamiento en 2 RN por traslado de éstos a otro centro asistencial. Un RN se trató por 7 días sin tener laboratorio sugerente de infección bacteriana. **Comentarios:** La cobertura de toma de muestra para estreptococo en pacientes con embarazo > 35 sem fue de un 60%. No hubo uniformidad en la duración del tto una vez que se decide el inicio de éste en RN con screening positivo para infección bacteriana. Todos los hemocultivos tomados fueron negativos. Es necesario la revisión del tema en nuestra Unidad, para unificar criterios de uso y duración del tto de acuerdo a Guías del MINSAL 2005.

TRASLADO AÉREO DEL PACIENTE CRÍTICO CONECTADO A ÓXIDO NÍTRICO INHALADO. FACTIBILIDAD TÉCNICA

Casanueva P, Adarme R, Romero JE, Martínez A. TEVEUCI

El avance en cuidado crítico pediátrico muchas veces requiere la mantención de terapias durante los traslados, incluyendo el óxido nítrico (iNO). El iNO provoca vasodilatación pulmonar selectiva, sin disminuir el tono vascular sistémico y disminuye la necesidad de ECMO. En pacientes en que se descontinúa su uso puede producirse un deterioro agudo con riesgo vital, debido a rebote del fármaco. **Objetivo:** Plantear la factibilidad de desarrollar traslados aéreos pediátricos con iNO de acuerdo a las necesidades, recursos físicos y profesionales actualmente disponibles en el país. **Traslado con iNO:** Se han reportado traslados de pacientes graves conectados a iNO desde el año 1999 en USA. Las principales patologías que lo requieren son: Hipertensión pulmonar persistente (HTPP), síndrome de aspiración de meconio, hernia diafragmática, SDR, cardiopatías congénitas, pulmón hipoplásico y neumonía grave. Por otro lado, la regionalización del cuidado neonatal y pediátrico requiere muchas veces traslados aéreos de pacientes críticos, especialmente desde regiones apartadas del país. **USO iNO durante traslado:** Pacientes en VAF o VMC más iNO que deban ser trasladados a centro ECMO. Estabilización de pacientes con HTP que deban ser trasladados a un centro con iNO. **Traslado de paciente conectado a VAF,** para evitar descompensación en VMC. **Factibilidad traslado aéreo con iNO:** 1) Equipo y cilindros: Se ha reportado la seguridad de su uso en traslados aéreos (Schmidt & Griebel, Kinsella). Se utilizará el sistema iNOvent para entrega de iNO. El sistema puede utilizar un cilindro tipo D de iNO; 2) equipo profesional: Debe ser conformado por un Médico, un Terapeuta Respiratorio y una Enfermera; 3) aeronaves: Los traslados se realizarán en jets presurizados acondicionados como ambulancias aéreas. **Conclusión:** Se dispone actualmente de las condiciones técnicas y profesionales en nuestro país para la realización de traslados aéreos con iNO en un futuro próximo. Chile se transformaría de esta manera en el primer centro en Latinoamérica que realice este modelo de traslado.

COMPARACIÓN ENTRE LA BILIRRUBINOMETRÍA TRANSCUTÁNEA Y LA BILIRRUBINEMIA SÉRICA EN RECIÉN NACIDOS CON ICTERICIA

Bancalari A, Carrasco P, Larena E, Saldías A. Unidad de Neonatología, Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción - Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La hiperbilirrubinemia es uno de los problemas más frecuentes en el Recién Nacido y según su valor depende o no la hospitalización de éste. En los últimos años han emergido métodos no invasivos para la determinación de la bilirrubina; uno de estos métodos es el *BiliCheck* que mide la intensidad del color amarillo de la piel y tejido celular subcutáneo usando la reflectometría. La correlación de este método con la medición tradicional de la bilirrubina ha demostrado ser buena. **Objetivos:** Comparar la medición transcutánea de bilirrubina con la medición sérica de bilirrubina en el laboratorio, a través de la correlación entre ambos métodos. **Material y Métodos:** Se estudiaron prospectivamente 92 recién nacidos de término y cercano al término que permanecieron hospitalizados con sus madres en Puericultura, los cuales requirieron medición de su bilirrubinemia por presentar ictericia clínica a consideración del neonatólogo tratante. Se efectuaron determinaciones simultáneas de bilirrubinemia sérica en laboratorio (BiliLab) y transcutánea (BiliCt) antes de las 96 horas de vida de los RN. La medición de la bilirrubina transcutánea se realizó con un *BiliCheck* midiéndose en cinco partes diferentes de la facie y obteniéndose un promedio. La medición de la bilirrubinemia sérica se efectuó a través del método tradicional. Se realizó un estudio de correlación entre ambos métodos y se aplicó t student para evaluar los promedios entre ambos. **Resultados:** De los 92 RN de término y pretérmino, el estudio de correlación entre los dos métodos, mostró un coeficiente de correlación de 0,77. El promedio y DS de la BiliCt fue de $11,7 \pm 2,5$ y el de BiliLab de $12,8 \pm 3,6$ ($p < 0,01$). El 15,2% (14/92) de los RN presentó ictericia por incompatibilidad ABO, obteniéndose un coeficiente de correlación de 0,71 entre ambos métodos. De la BiliCt el menor valor fue de 3,6 y el mayor de 17, y en la BiliLab de 2,9 y 21,9 mg% respectivamente. Dieciséis RN presentaron un valor de BiliCt mayor de 14 mg lográndose un coeficiente de correlación de 0,61. **Conclusiones:** La bilirrubinometría transcutánea tiene una aceptable correlación con la bilirrubinemia tradicional de laboratorio; disminuyendo esta correlación a medida que aumentan los valores de bilirrubinemia (> 14 mg%). Los niveles de BiliCt son consistentemente menores que los proporcionados por la medición sérica de bilirrubina.

MORTALIDAD DE PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS EN LA CIUDAD DE VALDIVIA. ANÁLISIS DESDE EL 2000

Barría RM¹, Santander G¹.

¹Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: En los últimos años la mortalidad infantil en Chile ha disminuido fundamentalmente por reducción del componente postneonatal. A pesar del incremento de niños con menor edad gestacional (EG) y peso al nacer (PN), la mortalidad neonatal ha permanecido estable gracias a intervenciones como el uso de corticoides prenatales (CPN), surfactante y nuevas modalidades de ventilación mecánica (VM), entre otras. **Objetivo:** Determinar la mortalidad de prematuros < 32 semanas (s) y sus factores relacionados. **Material y Método:** Se analizó la cohorte 2000-2005 (n: 266) de neonatos < 32 s ingresados a la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional de Valdivia. Se exploraron los datos con estadística descriptiva. La condición al egreso (vivo/muerto) se consideró el evento resultado principal analizándose el efecto de covariables mediante regresión logística usando técnica backward stepwise, agregando al modelo inicial todas aquellas variables en base a plausibilidad biológica y asociación univariada a un valor $p < 0,25$. **Resultados:** La EG y PN (media \pm DS) fueron $28,7 \pm 2,1$ y $1.171 \text{ g} \pm 362$ respectivamente, sin variación significativa en los distintos años. La proporción de prematuros < 28 s, < 1.000 g y niños PEG fue respectivamente 24,8, 35,7 y 33%. Fueron varones 54,5%. La puntuación media del Apgar al minuto fue $6,1 (\pm 2,6)$ y a los 5 minutos de $7,6 (\pm 1,9)$. Se constató uso de CPN en 68%. 81% evolucionaron con SDR y 77,3% de ellos requirieron VM. Se empleó surfactante en 55,3% de los neonatos. El uso de 2 dosis se redujo significativamente de 72% en 2000 a 32% en 2005 ($p: 0,006$). La mortalidad global alcanzó 18%, siendo mayor en los años 2001 y 2003 (25,6% y 24,4%, respectivamente). Fue significativamente mayor en los < 28 s (37,9 vs 11,5%; $p: 0,000$). Al dividir el grupo en 3 períodos bianuales, la mortalidad evidenció tendencia a disminuir 23,7, 17,8 y 13,5%. Las principales causas de muerte fueron: prematuridad extrema (18,8%) y hemorragia pulmonar (16,7%). Los factores asociados significativamente a mortalidad en el análisis multivariado fueron: uso de CPN (OR 0,39; IC_{95%} 0,17-0,88), PN por cada 100 g (OR 0,74; IC_{95%} 0,64-0,86) y Apgar al minuto por cada punto adicional (OR 0,80; IC_{95%} 0,69-0,92). **Conclusión:** A partir del año 2000 las características de los prematuros han permanecido estables en términos de PN y EG, no obstante, se ha observado una tendencia a la reducción de la mortalidad en los últimos años. El PN, puntuación Apgar y uso de CPN siguen mostrando su importante capacidad como predictores de sobrevivencia en la última década. *Financiado por Proyecto DID UACH S2007 - 59. Resultados Preliminares.*

FIBROSIS QUÍSTICA DE DEBUT NEONATAL

Boisier R, Tapia L, González A.

Unidad de Neonatología Hospital San José, Santiago de Chile.

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad hereditaria letal más común en la raza blanca. El inicio neonatal es poco frecuente, debiendo sospecharse en pacientes: 1) Parientes de portadores o enfermos de FQ, 2) Con hallazgo ecográfico prenatal de polihidroamnios, ausencia de meconio y/o persistencia de asas intestinales dilatadas e hiperecogénicas, 3) Con prematuridad extrema, ictericia neonatal prolongada de tipo colestásica, síndrome de edema-anemia-desnutrición, esteatorrea, síndrome de malabsorción, incremento ponderal inadecuado, vómitos recurrentes e lleo meconial (LM). Ésta última ocurre en un 10 a 27% y corresponde a la manifestación más temprana de la FQ. Si bien se ha descrito una tendencia familiar, se relaciona básicamente con mutaciones que se caracterizan por determinar insuficiencia pancreática y afectación severa. Los métodos de screening ideales moleculares deben ser capaces de identificar al menos un 90% de las mutaciones más frecuentes a nivel local recomendándose estudiar a todo RN con sospecha de FQ. En la actualidad no existe en Chile un plan de screening molecular a todo RN, y los métodos existentes no logran identificar más de un 66% de las mutaciones prevalentes. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un recién nacido hijo de madre adolescente con historia de RCIU severo, oligohidroamnios severo con doppler fetal con flujo diastólico reverso. Nacido a las 31 semanas, siendo PEG asimétrico presentando un distrés respiratorio transitorio. Tuvo hiperbilirrubinemia de 9,8mg/dl el primer día. Evolucionó precozmente con distensión abdominal, requiriendo de estimulación rectal/lavado intestinal con suero fisiológico para obtener deposiciones. Inicialmente el estudio radiográfico sólo objetivaba distensión de asas, descartando neumatosi o neumoperitoneo. Posteriormente, por ecografía se demostró presencia de contenido meconial espeso en asas, asas fijas, engrosadas y dilatadas, con un peristaltismo hacia distal disminuido. En laparotomía exploradora se descartó obstrucción mecánica, evidenciándose dilatación de yeyuno e ileon, éste último hipofuncionante. Presencia de meconio muy espeso. Biopsias sugirieron fibrosis quística, realizándose estudio genético que confirmó ser heterocigoto para mutación I138T. **Conclusión:** Siendo una enfermedad prevalente, donde el manejo precoz influye en gran medida en el pronóstico, el clínico debe tener un gran índice de sospecha para iniciar estudio y tratamiento oportuno en estos pacientes.

EMBARAZO ADOLESCENTE (EA) Y SU IMPACTO EN INDICADORES BIOMÉDICOS EN PREMATUROS EXTREMOS (PE)

Salas R.

Servicio de Neonatología. Hospital Barros Luco.

Introducción: EA es toda gestación hasta los 19 años, es un problema gravitante y creciente en la salud pública mundial, su prevalencia es inversa al desarrollo de los países, en Chile alcanza el 16%. Influyen factores como pubertad y sexualidad cada vez más precoces, escasos programas preventivos y educativos, genitalización de la sexualidad, deficiente formación o relación familiar y/o escolar, aspectos culturales, etc. El mayor riesgo materno-infantil está más influenciado por factores psico-sociales que biológicos, los cuales afectan la gestación, crecimiento y desarrollo del futuro hijo (Ej: pobreza). La menor escolaridad pre y postgestacional limita las oportunidades académicas y laborales; habitualmente la paternidad es irresponsable empeorando la situación de abandono afectivo y socio-económico de la madre y el niño; todo lo anterior origina un espiral de pobreza, discriminación e injusticia social que se reproduce en las nuevas generaciones. El EA conlleva mayor riesgo de prematuridad extrema (18-20%) y problemas a largo plazo. **Objetivos:** Conocer el porcentaje de EA entre los PE. Comparar PE de EA con los de embarazadas de 20-34 años: sobrevida, indicadores perinatales y de seguimiento a los 18 meses de edad corregida. **Pacientes y Método:** Se recolectó la información acorde a los objetivos de todos los PE nacidos en el Hospital Barros Luco del 2001 al 2005, y se analizaron estadísticamente los datos. **Resultados:** Del total de PE (601) el 23,6% correspondió a madres adolescentes con una sobrevida de 69,0%; y el 59,6% eran hijos de madres entre 20-34 años con un 72,6% de sobrevida. No hubo diferencias en los porcentajes de maduración pulmonar completa, cesáreas, Apgar bajo a 1 y 5, peso de nacimiento, edad gestacional, HIV extensa, fallecimientos ≤ 7 días, custodia materna, adhesión a controles y desnutrición. En favor de los EA fue significativa ($p < 0,05$) la menor frecuencia de niños pequeños para la edad gestacional y retinopatía del prematuro; en cambio en su contra fueron significativos los indicadores de EMH, DBP 36 sem de EC, fallecimiento post alta, tasa de rehospitalización y parálisis cerebral a los 18 meses. **Conclusiones:** Uno de cada cuatro PE es producto de un EA y su sobrevida es inferior pero no significativa con respecto a PE de madres de 20-34 años. Los resultados adversos en EMH y DBP se relacionan con la calidad del manejo perinatal, y en el seguimiento los indicadores con mayor fallecimiento post alta, rehospitalización y parálisis cerebral hacen sospechar una menor red de apoyo que el grupo control. Políticas de atención integral al adolescente podrán disminuir las causas del EA o mejorar su atención.

APLICACIÓN DE SCORE DE RIESGO DE MORIR SEGÚN NEOCOSUR EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. AÑOS 2005-2006

Moreno R^{1,2}, Soto C¹, Rey E¹.¹Hospital Regional Rancagua, ²S.S. Metropolitano Sur y Universidad de Chile.

Entre 2005 y 2006 un 2% de los recién nacidos vivos (RNV) en el Hospital Regional Rancagua (HRR) se hospitalizaron con peso 500 a 1500 gramos (RNMBP), con mortalidad global de 3,750/oo RNV y 18,39% RNMBP. **Objetivo:** Para evaluar nuestro rendimiento se aplica el Score de NEOCOSUR (2005) a nuestros RNMBP, con el objeto de comparar nuestra mortalidad. **Materia y Método:** Al total de 174 RNMBP nacidos HRR dicho período se aplicó el Score de NEOCOSUR (2005), obteniendo las muertes observadas (O), esperadas (E), razón O/E con su intervalo de confianza (IC 95%) y la significancia estadística $p < 0,05$ (SE). **Resultados:** Muertes O = 32, muertes E = 49,71, razón O/E = 0,644 con IC 95% de 0,44 a 0,91, resultado que tiene SE. La mortalidad ajustada por riesgo es inferior al promedio de NEOCOSUR. **Discusión y Conclusiones:** Según lo esperado por el NEOCOSUR, el Servicio de Neonatología HRR, debió tener un mortalidad global de 5,830/oo con 28,68% RNMBP, ambos valores muy superiores a los observados. Si bien parece muy bien posicionado nuestro Servicio. Un análisis crítico nos dice que hay diferencias importantes en la comparación, ya el estudio de NEOCOSUR es con pacientes de los años 1997 y 1998 de 11 Servicios de Neonatología de diferentes países de Sudamérica. Por otro lado, en el HRR, del 25% con menor riesgo no muere ninguno y del 25% con más riesgo la razón O/E = 0,647 IC 95% 0,39 a 1,00, nuevamente con SE. Pudiendo observarse que pacientes con alto riesgo sobreviven y las malformaciones con riesgo vital tienen el mayor valor predictivo de morir. Concluimos que efectivamente se mueren menos pacientes en HRR, que los esperados por el Score de NEOCOSUR. Por ello, consideramos que para el HRR este parámetro de riesgo tiene un valor limitado, y debe ser mejorado a nivel local, y posiblemente esto refleja indirectamente que el Score de NEOCOSUR debe ser actualizado o adaptado para la realidad nacional.

DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO Y CERCANO AL TÉRMINO

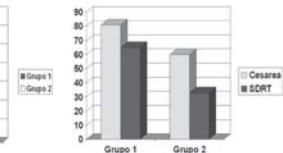
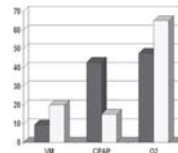
Mendoza S, González A.

Servicio de Neonatología Clínica Dávila.

Introducción: El Distrés respiratorio (SDR) se define como la presencia de dos o más signos clínicos como la taquipnea, quejido espiratorio y retracción. El SDR es un serio problema clínico asociado a gran morbilidad. Muchos estudios muestran que la cesárea tanto en el RNT y en los cercanos al término está asociada con aumento de riesgo de los trastornos respiratorios. **Metodología:** Se realizó una revisión de los recién nacidos de 34 semanas o más que ingresaron al Servicio de Neonatología de Clínica Dávila, en el período de Enero a Julio del 2007, con el diagnóstico de SDR. Se describen las características demográficas de la muestra, divida en dos grupos; Grupo 1, cercanos al término (34-36 sem) y Grupo 2, de término (37-41 sem). Se describe la magnitud del problema, las distintas causas del SDR, necesidad de apoyo ventilatorio, la aparición de hipertensión pulmonar (HTPP) y la relación de la vía del parto con el SDR transitorio (SDRT). **Resultados:** De los 3.667 niños nacidos en la Clínica con 34 sems o más, se hospitalizan el 11% (400), de los cuales el 10,2% (41) lo hacen por SDR.

TABLA 1

	GRUPO 1 (n=21) PE 34 - 36 sem	GRUPO 2 (n=20) PE 37 - 41 sem
SEXO MASC	13 (62%)	15 (75%)
PESO X	2796 (1700-3270)	2864 (2150 - 4280)
CESÁREA	17 (81%)	12 (60%)
PATOLOGÍA MATERNA	6 (29%)	6 (30%)



Conclusiones: 1) El SDR fue la causa de hospitalización en un 28% en el grupo 1 y 6% del grupo 2; 2) De las causas destaca el SDRT en ambos grupos, la Membrana hialina en el grupo 1 y las BRN en el grupo 2; 3) El compromiso respiratorio fue variable; 15% requirió ventilación mecánica, (grupo 1 9,5% y grupo 2 un 20%), el 29% requirió CPAP (43% en el grupo 1 y 15% en el grupo 2) y el 61% requirió sólo oxígeno, (57% en el grupo 1 y 62% en el grupo 2); 4) La HTPP, se presentó en el 22% de la muestra, 14% y 30% en el grupo 1 y 2 respectivamente, desconociendo la incidencia real ya que la ecocardiografía se realizó sólo en un 41,5%, de la muestra; 5) Encontramos una clara relación entre los RN nacidos por Cesárea y la presencia de un SDRT, especialmente en los niños del grupo 1.

RESULTADOS PERINATALES EN MADRES ADOLESCENTES

Ximena M, Gallardo Z.

Universidad de Antofagasta.

Introducción: El embarazo adolescente es una condición que se observa cada vez a menor edad. Aunque se presenta en todos los estratos socioeconómicos, se encuentra en mayor proporción, en los más bajos. Las pacientes adolescentes con buen control perinatal, no presentarían mayor riesgo obstétrico. Existe una mayor frecuencia de indicación de cesáreas lo que es relevante en apgar < 7. **Objetivos:** Evaluar las condiciones perinatales de hijos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional y una clínica privada de Antofagasta. **Materia y Método:** La muestra consistió en los resultados perinatales de hijos y madres menores de 16 años, entre 15 de Diciembre del 2004 y 31 Marzo del 2007. La fuente de información fue libro de registro de partos y se procesó con χ^2 y t-student. RCIU se evaluó con curva de crecimiento MINSAL y para RNPT se agregó curva de Juez-Pittaluga. La muestra está constituida por 168 madres adolescentes < 16 años, tanto en el sistema público (143) como privado (25). Se agruparon en 2 grupos etéreos: ≤ 14 y 14 años. En estrato socioeconómico medio-alto, se consideró arbitrariamente a una clínica y de bajo estrato, Hospital. **Resultados:** La vía del parto está altamente asociada a la edad ($\alpha = 0,975$). El crecimiento al momento del nacimiento es no significativo. Al evaluar los RNPT con curva de Juez-Pittaluga, no existe diferencia en relación a curva MINSAL. Existe aumento significativo en Apgar a 1 y 5 min. (t-student, $\alpha = 0,99$). **Discusión:** No hay diferencia en distribución etérea en ambos estratos socioeconómicos y frente al tipo de parto en ambos establecimientos. No hay diferencia ante crecimiento alcanzado independiente de la edad materna. A pesar de que la curva de crecimiento MINSAL tiende a subestimar a los PEG, no se observó diferencia alguna frente a la tabla Juez-Pittaluga.

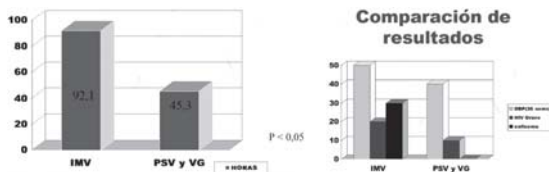
IMPACTO DE NUEVA ESTRATEGIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PILOTO

González A, Tapia L, Mühlhausen G.
Servicio de Neonatología Hospital San José.

Introducción: En forma tradicional los pacientes con enfermedad de membrana hialina (EMH) eran ventilados con estrategias de ventilación mandataria intermitente (IMV) con la desventaja que los cambios de compliance por uso de surfactante producían baro o volutrauma si los parámetros del ventilador no eran modificados a tiempo. El uso de volumen garantizado (VG), con volúmenes corrientes (Vt) más estables y el ciclado por flujo (PSV), en que el tiempo inspiratorio está determinado por el paciente, podrían disminuir este tipo de injuria. El Babylog 8000 plus nos da la posibilidad de asociar PSV y VG. De esta forma se logra que el paciente controle la duración de la inspiración y limite la presión para lograr el Vt deseado. Los estudios han mostrado disminuir las horas de ventilación mecánica (VM) con estas modalidades de ventilación. **Objetivo:** Evaluar el impacto en disminuir las horas de VM usando PSV y VG. **Material y Método:** Se comparan las horas de duración de VM en prematuros < 1.000 gr con EMH ventilados con PSV y VG comparados con los ventilados con IMV. Se realiza análisis estadístico. **Resultados:**

TABLA 1

Características	Grupo 1 (IMV) n = 32	Grupo 2 (PSV/VG) n = 10
Peso de nacimiento	792 grs	812 grs
Edad Gestacional (x)	26	26
Sexo Masculino	45%	40%
Apgar < 5 a los 5'	12%	0%
Corticoides prenatales	81%	80%
Corticoides postnatales	56%	40%
Ductus persistente	78%	80%
Surfacto (>2 dosis)	81%	80%
Cpap profiláctico	0%	0%
PEEP > 5	95%	100%



Conclusiones: 1) Observamos una disminución significativa (49%) en horas de ventilación mecánica en los prematuros menores de 1.000 gr de peso de nacimiento con enfermedad de membrana hialina ventilados con PSV y VG en comparación con un grupo similar ventilados con IMV; 2) No encontramos ningún recién nacido con enfisema intersticial en el grupo estudiado (PSV y VG) vs un 3,1% en el grupo control; 3) Existe una tendencia a disminuir el porcentaje de niños con oxígeno a las 36 semanas y HIV grave, en el grupo con PSV y VG, lo que podría aclararse con estudios prospectivos y con mayor número de casos.

MIGRAÑA OFTALMOPLÉJICA: UNA ENTIDAD EN REVISIÓN

Rojas V¹, Vargas C², Arias C³, Villanueva X², Muñoz M².
¹Servicio Neurología, ²Servicio de Pediatría, ³Servicio de Neurología, Infantil Hospital Carlos Van Buren.

Objetivos: Describir las características clínicas de un paciente con migraña oftalmopléjica y su evolución, debido a contituir una enfermedad de baja prevalencia y en la cual es fundamental establecer su diagnóstico diferencial para descartar patología de potencial riesgo vital. **Material y Método:** Paciente de 7 años sin antecedentes familiares relevantes y DSM normal. A los 3 años 6 meses presenta migraña oftalmopléjica (TAC cerebral normal) tratada con AINE que dura 3 meses recuperándose ad-integrum. Segundo episodio a 4 años 6 meses y tercero a 5 años 9 meses, ambos de iguales características al primero. Último episodio en junio 2007, inicia cefalea frontal izquierda, epistaxis ipsilateral, vómitos, compromiso progresivo de III par izquierdo sin compromiso pupilar que se establece en 3 días, resto de examen físico y neurológico normal. TAC cerebral normal. Se trata con aines EV. Luego de 2 semanas inicia recuperación de III par. **Discusión:** La etiopatogenia de esta enfermedad aun es motivo de revisión (causa inflamatorio versus vascular). Su diagnóstico diferencial debe establecerse exhaustivamente. No existe tratamiento específico y el uso de corticoides es aun controversial. **Conclusión:** Debido a ser una patología de baja prevalencia mundial y de manejo aún no estandarizado, es necesario reportar los casos clínicos existentes para generar un consenso en cuanto al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

ADOLESCENTE HIV (+) CON PROBABLE NEUROBORRELIOSIS

Rippol E¹, Arias C², Villanueva X², Muñoz M², Vargas C³.
¹Servicio Infectología, ²Servicio de Neurología Infantil, ³Servicio de Pediatría Hospital Carlos Van Buren.

Objetivo: Describir la presentación atípica de enfermedad de Lyme en un paciente HIV (+) y evaluar las dificultades diagnósticas asociadas a estas enfermedades. **Material y Método:** Paciente de 14 años, hijo de madre HIV (+) diagnosticada a los 3 años postparto. **Antecedentes:** Uveitis bilateral tratada (2004) y durante viaje a Alemania, antecedentes de picadura de garrapata asociado a artralgias metacarpofalángicas bilaterales con rash maculopapular autolimitado. Ingresó a HCVB por ecopresis y marcha inestable rápidamente progresiva e invalidante, destacando al examen: Hipotonía axial, extremidades inferiores espásticas, temblor (intencional y de reposo), hiperreflexia bilateral, marcha inestable, aumento de base de sustentación, tandem (-) y dismetría. RNM (cerebro-medular): Ventriculomegalia supratentorial, sustancia blanca (hallazgos inespecíficos), inflamación cono medular. LCR: hipoglucorraquia, leucorraquia, proteinorraquia. Estudio infeccioso: patógenos oportunista (-), VRDL LCR (+) título bajo, confirmación IgM *Borrelia burgdorferi* (+) en serología, (-) en LCR, VIH confirmado (Wester Bloth). Paciente evoluciona satisfactoriamente tras tratamiento empírico de borreliosis y triterapia antirretroviral. **Discusión:** HIV y borreliosis son enfermedades infrecuentes que requieren elevada índice de sospecha clínica. Su estudio debe considerar la correcta interpretación de exámenes. **Conclusión:** A pesar de su baja prevalencia, la neuroborreliosis es un diagnóstico diferencial en contexto de compromiso neurológico. Es fundamental documentar antecedentes epidemiológicos y conocer las alteraciones bioquímicas características.

EXPERIENCIA DE MIGRAÑA EN NIÑOS 2005-2006

Bittner G¹, Biggs RMF², Tapia JC³, Carvajal M⁴.

^{1,2}Becados Pediatría Universidad de Chile, Hospital Ezequiel González Cortés.
^{3,4}Neurólogo Infantil Servicio Metropolitano Sur, Hospital Ezequiel González Cortés. Servicio de Pediatría, Unidad de Neurología, Hospital Ezequiel González Cortés.

Objetivo: Caracterizar pacientes con diagnóstico de migraña en policlínicos de alta demanda de cefalea en Unidad de Neurología Hospital Ezequiel González Cortés entre 2005-2006. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en análisis de base de datos de 606 pacientes atendidos con diagnóstico de migraña entre 2005-2006. Para análisis estadístico se usó programa Epi Info versión 3.3.2. **Resultado:** La edad fluctuó entre 3 y 16 años, con promedio de 10,3 ± 2,8, con 55,3% de sexo masculino. 66% tenía antecedentes familiares de migrañas y 6,7% trastorno de aprendizaje o conducta. Desde el punto de vista clínico 80,5% fueron sin aura; con tiempo de evolución mayor a un año en 68%, localización bitemporal en 41%, con más de 15 episodios al mes en 26%, pulsátil en 61% y con más de un tipo de dolor en 10,2%. Como síntoma asociado náuseas y vómitos en 85%, foto y fonofobia en 60%. La intensidad fue severa en 45%, de predominio vespertino en 44%, sin factor gatillante en 52%. 63% refiere haber recibido analgésicos. Se indicó flunarizina profiláctica en 59% y fueron referidos a control en policlínico periférico 67%. El EEG realizado en 26 pacientes (5,4%) fue anormal en 2,8%. De 46 neuroimágenes solicitadas (7,6% pacientes), las causas más frecuentes fueron edad menor de 5 años 0,8%, dolor nocturno 0,6%, cefalea localizada y epilepsia personal 0,5%. En 72 pacientes se diagnosticó probable migraña, por no cumplir criterio C en 60 y D en 12. **Discusión:** A diferencia de lo observado en otras series destaca mayor frecuencia en varones, tiempo de evolución prolongado, alto número de crisis mensuales de intensidad severa al consultar; sugiriendo un retraso en diagnóstico oportuno, considerando el impacto en la calidad de vida de los niños. El número reducido de exámenes complementarios y su baja positividad hacen que su indicación se justifique ante los signos de alarma. Hay dificultad en aplicar criterios diagnósticos de migraña en 8,2%, debiendo reevaluar pacientes con calendario de cefalea.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD EN LA VI REGIÓN

Prüssing L, Alamos L, Leiva H.
CAE. Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua.

Introducción: El Síndrome de Déficit Atencional es la principal causa de dificultades escolares, académicas y adaptativas en nuestros niños y constituye el trastorno neuroconductual más frecuente a esta edad y tanto el médico general, pediatra y neurólogo infantil se enfrentan a diario a la consulta de un niño con un cuadro que afecta aprendizaje, conducta, autoestima, las habilidades sociales, el funcionamiento familiar. En nuestra Región hemos implementado un programa basado en la Norma Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperactivos en Atención Primaria del año 1998 (MINSAL), plenamente vigente hoy, enfatizando la atención por los equipos de salud mental de Atención Primaria, pero con el apoyo periódico del nivel secundario tanto en el diagnóstico como en el manejo farmacológico. **Objetivo:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en el Policlínico de Neurología infantil por esta patología. Describir aspectos de su manejo y tratamiento en los distintos niveles de atención. **Material y Método:** Se aplicó una encuesta a 283 adultos responsables de los pacientes citados a control, del programa de SDAH de la VI Región del año 2006 con tratamiento con anfetamina; se obtuvieron además antecedentes de la ficha clínica. Se procedió a análisis estadístico en el programa EPIINFO 2004. **Resultados:** La población estudiada corresponde a los 283 pacientes (46,8%) del total de niños con SDAH que fueron contrareferidos a la APS para continuar su tratamiento. El 82% corresponden a pacientes del sexo masculino, (RR = 2,06, $p < 0,0001$) la edad promedio 10,5 años, 3° y 4° básico son los cursos de mayor frecuencia, el 80% tiene antecedente familiar del cuadro, el 50% registra psicometría y de ellos el 65% CI normal, el 45% procede de Rancagua (RR = 1,31, $p < 0,00001$), el motivo de consulta en el 85% corresponde a desconcentración y/o inquietud y en el 87% el profesor solicitó la consulta. Los padres están de acuerdo con tratamiento farmacológico en el 82%, pero, el 85% se sienten presionados por el profesor para administrárselo. En el 56% se describe comorbilidad siendo en el 46% trastorno del aprendizaje, 35% trastorno de conducta. El 80% recibió además atención por psicólogo. **Comentario:** Las características de nuestro grupo no difieren a lo descrito en otras series, evaluamos como adecuado la derivación a atención primaria pues permitió la atención multidisciplinaria, pero la comorbilidad hace necesario la evaluación en nivel secundario. Llama la atención la alta presión del profesor tanto en la consulta como en la medicación.

DÉFICIT DE LENGUAJE EN UN GRUPO DE PREESCOLARES ASISTENTES A UN JARDÍN INFANTIL DEL ÁREA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA: UNA APROXIMACIÓN A LA ETIOLOGÍA

Schonhaut L, Maggiolo M, García M, Herrera ME, Acevedo K, Villarreal V, De Barbieri Z, Rojas P.
Departamento Pediatría y Cirugía Infantil Norte. Escuela Fonoaudiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: Estudios reportan que importante porcentaje de preescolares de nivel socio económico bajo de nuestro país tendrían trastornos de lenguaje (TL). Estos se pueden diferenciar en trastornos asociados del lenguaje (TAL), cuando están vinculados a algún factor etiológico que explicaría la dificultad verbal y a un trastorno específico de lenguaje (TEL) cuando no es clara la etiología, con normalidad en otros aspectos del desarrollo. **Objetivo:** Describir las causas probables y factores asociados al TL en preescolares asistentes a un jardín infantil de nivel socio económico bajo, del Área Norte de la Región Metropolitana. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Se evaluó la totalidad de preescolares de 3 a 5 años de un jardín infantil, mediante screening verbal y auditivo efectuado por fonoaudiólogos, evaluación cognitiva por psicólogos, evaluación neuropsiquiátrica, pesquisa de factores de riesgo (FR) sociales e identificación de antecedentes familiares de TL o trastornos de aprendizaje. Se determinó el porcentaje de niños con TL, clasificándolos según probable etiología. **Resultados:** Se evaluaron 53 (80%) de los niños mediante la totalidad de las pruebas. Frecuencia global de TL 45,3%. De ellos 70% correspondería a TEL y el resto a probable TAL (16,7% neurológico y 8,3% cognitivo). Se identificaron FR sociales en 38% de los niños con desarrollo normal del lenguaje y en 53% de los TEL. Los antecedentes familiares estaban presentes en 25% de los niños con desarrollo normal del lenguaje y 47% de los TEL. **Conclusiones:** Destaca la alta frecuencia de déficit de lenguaje, especialmente de aquellos con etiologías no definidas. Es probable que los FR sociales estén impactando negativamente en el desarrollo lingüístico de los niños estudiados, siendo necesario precisar con otros estudios los FR de mayor impacto en la génesis de TL en preescolares. Se sugiere formular planes de intervención, con una mirada multidisciplinaria entre salud y educación.

EVALUACIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL TELETÓN ANTOFAGASTA, CHILE, 2004-2006

Segovia M, Klgo Cornejo ME.
Instituto Rehabilitación Infantil TELETÓN.

Los instrumentos de evaluación funcional en rehabilitación infantil permiten objetivar los cambios y medir el impacto de la terapia. **Objetivo:** Análisis retrospectivo de evaluación de independencia funcional en pacientes ingresados a programas terapéuticos integrales en Instituto de Rehabilitación Infantil Antofagasta (IRIA). **Método:** Aplicación de Escala de Independencia funcional para niños "Wee-FIM" en pacientes con patologías discapacitantes al momento de ingreso a programa, alta y seguimiento (4 meses después) en el IRIA entre 2004-2006. Esta consta de 3 dimensiones: Autocuidado; Cognición y Movilidad. **Resultados:** De un total de 159 pacientes, el promedio de edad fue 9,42 años; 53% del género femenino y 47% masculino. El diagnóstico más frecuente fue Parálisis Cerebral (PC) en 57% de los pacientes. El compromiso funcional fue Leve 42%; Moderado 39% y Severo 19%. En los pacientes con PC si bien hubo cambios en el puntaje total entre el ingreso y el alta, estos no alcanzaron a ser estadísticamente significativos excepto en la dimensión Movilidad que se mantuvo durante el seguimiento ($p < 0,05$). Los subgrupos de PC tipo Diplejía y Hemiparesia tuvieron un comportamiento similar mostrando mejorías significativas en todas las dimensiones y que permanecieron durante el seguimiento. De acuerdo al grado de compromiso funcional, el beneficio fue significativo para los leves y moderados; especialmente en el período de seguimiento en las dimensiones Cognición y Movilidad. Finalmente en los pacientes con compromiso severo hubo mejorías significativas en el seguimiento, especialmente en Autocuidado y Cognición. **Conclusiones:** El Wee-FIM es una herramienta útil en evaluar discapacidad. Los pacientes con PC mejoraron mayormente en Movilidad y dentro de estos, se mantuvo un beneficio a largo plazo en grupos de Diplejía y Hemiparesia. Los programas terapéuticos influyeron positivamente en pacientes con compromiso funcional leve y moderado.

FACTORES PREDICTORES DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Villena R, Cortés C, Nalegach M, Reyes R, Fuentes P, Espina P.
Hospital Exequiel González Cortés.

El síndrome de Guillain Barré (SGB) corresponde a una de las principales causas de parálisis muscular flácida en pediatría. Se sabe que el 30% de los pacientes con SGB tendrán necesidad de ventilación mecánica (VM) describiéndose una serie de predictores tempranos. Estudio retrospectivo en base a revisión de fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de SGB desde enero de 1996 hasta febrero de 2007 atendidos en el Hospital Dr. Exequiel González. Se correlacionó la necesidad de ventilación mecánica con las siguientes variables: a) Presencia o ausencia de pródrómo cada uno por separado; respiratorio (P1), digestivo (P2) u otro (P3). b) Uso de inmunoglobulina (IgEV). c) Velocidad de instalación (hasta estado de máximo compromiso, en días). Se analizó además el tiempo sin VM (pacientes con menos de 8 días sin VM). d) Presentación clínica: se analizaron alteración de pares craneales, ataxia, disartria y alteraciones de la voz. e) Elevación de las enzimas hepáticas. Se diagnosticaron 53 pacientes, edad: $5,91 \pm 0,93$ años (mediana 5,66); con 56,60% pacientes masculinos y 43,40% femeninos ($\pm 13,56$ IC); del total 20,75% (+ 13,35 IC) necesitaron VM. El análisis de cada variable mostró: a) Presencia de cualquier pródrómo $p = 0,278$ y cada uno por separado: P1 ($p = 0,491$) P2 (0,162) P3 ($p = 0,552$). b) Uso de IgEV $p = 0,06$. c) Velocidad de instalación: OR: 0,80 (0,65 - 0,98 IC) ($p = 0,049$). Más de 8 días sin VM ($p = 0,026$) d) Clínica: III par: OR: 34,16 (3,38 - 344,77 IC) ($p = 0,03$); IV par ($p = 0,33$); VII par ($p = 0,14$); X par OR: 9,11 (0,74 - 111,72) ($p = 0,08$); e) Elevación de enzimas hepáticas: ningún paciente. En el presente estudio, velocidad de instalación lenta y ausencia de VM por más de 8 días demostraron ser factores protectores de VM. Compromiso de III par mostró ser factor predictor de VM. La afectación de X par muestra una tendencia como predictor, que requiere una muestra más amplia para ser confirmada.

INTOXICACIÓN POR PLOMO (PB) EN NIÑOS: NUEVAS Y PELIGROSAS FUENTES DE CONTAMINACIÓN

Cardenas A¹, Stegen S², Rojo K², Queirolo F, León J, Agurto P.
¹Servicio de Pediatría. Hospital de Antofagasta. ²Universidad Católica del Norte.

Introducción: La intoxicación por plomo en niños, es un grave problema de Salud Pública, afectando entre otros al Sistema Nervioso Central, con secuelas de tipo psicomotor y cognitivo. Su acción tóxica se debe a que sustituye al Calcio en procesos regulatorios intracelulares^(1,4). En el Hospital de Antofagasta, existe el Policlínico del Pb y gran experiencia en el manejo de intoxicación por Pb en niños⁽²⁾, ya que por años existieron acopios de este metal en barrios habitados por ellos. **Objetivo:** Determinar fuentes exógenas de Pb en estampados de artículos infantil que resulten ser peligrosas. **Material y Método:** Estudio descriptivo y exploratorio. Aleatoriamente, se adquirió en multitiendas de Antofagasta, poleras y estuches con estampados coloreados. El pretratamiento de las muestras se efectuó con HNO₃ y HClO₄ 4:1 en un sistema de mineralización abierta. Para determinar Pb se utilizó Espectroscopía de Absorción Atómica de Llama. La linealidad de la curva arrojó valores entre 0,3 y 1,8 mgL⁻¹, r² 0,9995, p = 0,05. La exactitud del método se evaluó por análisis de dopaje, obteniéndose una recuperación entre 90 y 110 %, y la precisión mediante análisis de repetibilidad, ya que se realizó más de 5 lecturas de cada muestra; y reproducibilidad, porque se realizaron lecturas en distintos días. Los análisis se efectuaron en el Laboratorio de Servicios Analíticos de la UCN, acreditado bajo NCH-ISO17025 of 2005 por el INN. **Resultados:** Destaca el peligro que presentan fuentes exógenas de Pb, ya que los valores encontrados exceden los límites de concentración de 600 mg/kg⁽³⁾. **Conclusión:** Artículos con estampados contienen altos niveles de Pb, constituyendo una peligrosa fuente de exposición, ya que son usados en períodos de la vida de mayor vulnerabilidad a este metal. Se requiere establecer fiscalizaciones sanitarias periódicas en estampados coloreados. Establecer normas de niveles de Pb en artículos infantiles, pues actualmente sólo se refieren a artículos industriales. **Referencias:** 1) Goldstein GW. Evidence that lead acts as a calcium substitute in second messenger metabolism. *Neurotoxicology* 1993; 14 (2-3): 97-101. 2) Birke ME, Cárdenas A, Cartier: Evaluación Preliminar de niños intoxicados por Plomo en Antofagasta. XVI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Santiago. 1998 3) Resolución N° 374, Mayo 1997, y su modificación N° 632, Artículo 3. Ministerio de Salud. 4) *Pediatr Clin N Am* 2007; 54: 271-94. Update on the Clinical Management of Childhood Lead Poisoning.

SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES VI REGIÓN, 2006

Prüssing L, Alamos L, Leiva H, Ps. Molina D.
 Policlínico Neurología. Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua, Unidad Salud Mental DSS O'Higgins.

Introducción: El SDAH es una de las principales causas de consulta, (14,5% en año 2006) en nuestro Servicio. Se describe como responsable de la mayoría de los trastornos en el desempeño escolar y social de niños y adolescentes, presentando una alta prevalencia (3-9% en Chile). Nuestro equipo sigue las recomendaciones de la AAP (criterios diagnósticos del DSM IV, presencia en más de un ambiente, buscar condiciones coexistentes que dificulten el diagnóstico y tratamiento, utilizando como herramienta el test de Conner). **Objetivos:** Evaluar la pertinencia de la indicación del fármaco según criterios recomendados y si es complementario a otros recursos terapéuticos. Evaluar la aceptación de los padres de la indicación farmacológica. Evaluar respuesta terapéutica y determinar efectos farmacológicos adversos de la anfetamina. **Material y Método:** Se aplicó una encuesta a 283 padres de pacientes atendidos en nuestro Servicio, con indicación de anfetamina y derivados a AP en el año 2006 y que concurren a su reevaluación. Se calificó la indicación y la respuesta (criterios AAP y DSM IV) del tratamiento con anfetamina, monoterapia o asociado a intervención de psicólogo, psicopedagogo y reforzamiento escolar. Se revisó ficha clínica, se sometió a análisis estadístico en EPI INFO 2004. **Resultados:** En el 45,2% el tratamiento con anfetamina se evaluó como bien indicado, los padres estaban de acuerdo en el 82%. El 85% lo administró por presión del profesor a pesar de lo cual, el 98% consideró como adecuada la respuesta al fármaco. Nuestra evaluación del tratamiento como buena fue 39%. Cuando se evaluó la respuesta del tratamiento en el grupo de pacientes "bien indicado" no se observó diferencia en el tratamiento sólo con anfetamina o asociado a intervención de otros recursos terapéuticos. El acuerdo de los padres demostró ser trascendente en el resultado terapéutico (p = 0,06). En el 50% de los casos, se observaron efectos colaterales, siendo la cefalea el síntoma más frecuente. En los niños en que se efectuó sicometría, el resultado terapéutico fue mejor, independiente del resultado de la evaluación sicométrica (p = 0,006). **Comentario:** En el grupo estudiado, existe una alta pertinencia del tratamiento con anfetamina y su resultado, en mejoría de los criterios estudiados, es significativamente mayor cuando los padres aceptan la indicación de anfetamina. Es preocupante, la alta presencia de efectos colaterales.

INFLUENCIA DE LA HIPOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL ANTOFAGASTA, CHILE, 2006

Segovia M, Klgo Cornejo ME, Klgo Lara D, TO Hormazábal P.
 Instituto Rehabilitación Infantil TELETÓN.

La Hipoterapia es una alternativa terapéutica complementaria que utiliza el movimiento multidimensional del caballo para tratar diferentes tipos de afecciones. Se aplica en diferentes enfermedades neurológicas como la Parálisis Cerebral (PC). El objetivo de este trabajo es determinar la influencia de la Hipoterapia en la rehabilitación de niños con PC atendidos en el Instituto de Rehabilitación Infantil (IRI) Antofagasta, Chile 2006. **Objetivos Específicos:** Medir el efecto de la hipoterapia en la función motora gruesa; la independencia funcional y la calidad de vida de pacientes con PC. Se estudió una muestra no aleatoria de 12 pacientes con diagnóstico de PC controlados en IRI Antofagasta con indicación médica de Hipoterapia. **Método:** Se realizó 1 ciclo de 12 sesiones entre los meses de Abril y Junio del 2006. Se aplicaron previa y posteriormente al ciclo: Gross Motor Function Measure (GMFM), Wee-FIM y KIDSCREEN, una escala calidad de vida. **Resultados:** Se observaron cambios significativos del GMFM posterior al ciclo de sesiones de Hipoterapia (p < 0,05). En relación a cada dimensión se obtuvieron cambios significativos en sedestación, gatear y arrodillarse (p < 0,05). En el puntaje total de Wee-FIM hubo cambios significativos (p < 0,05) posterior a las sesiones de Hipoterapia, así como en cada una de las dimensiones estudiadas (p < 0,05). En cuanto a la escala de calidad de vida destacan cambios significativos en las dimensiones Actividad Física y Estado de Ánimo (p < 0,05). **Conclusiones:** La hipoterapia presentó efectos beneficiosos en los 3 aspectos estudiados y produjo una mejoría significativa en la función motora gruesa específicamente en sedestación, gatear y arrodillarse. También tuvo efecto positivo no sólo en el aspecto físico, sino también en el aspecto cognitivo. Finalmente, produjo una mejoría significativa en el estado de ánimo del paciente. **Discusión:** Sería importante evaluar si los efectos positivos de la hipoterapia se mantienen en el tiempo.

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. EN RELACIÓN A DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Leiva M, Bahamondes A, Venegas P, Moscoso G.
 Servicio de Pediatría Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco. Departamento de Pediatría Universidad de la Frontera.

Introducción: La encefalomiélitis aguda diseminada (EMDA) es una enfermedad desmielinizante que afecta sustancia blanca subcortical, tronco y médula espinal, es infrecuente. **Objetivo:** Dar a conocer nuestra experiencia con dos pacientes pediátricos. **Paciente 1:** 12 años, femenina, con cefalea de un año de evolución. Ingresó a UCI Pediátrica derivada desde Nueva Imperial el 04/05/07, con cefalea intensa y vómitos, asociado a hipertensión, agitación psicomotora, en Glasgow 12 e hipertensión arterial, sin signos de focalización, se realiza TAC cerebral que muestra una extensa lesión hipodensa a nivel del cerebelo izquierdo, sin efecto de masa y lesiones hipodensas a nivel biparietal posterior alto, con ventrículos normales. Se conecta a ventilación mecánica, screening de laboratorio con hiponatremia e hipokalemia leve, estudio de LCR para virus e inmunología normales. Resonancia nuclear magnética: imágenes desmielinizantes subcorticales difusas, en ganglios basales, hemisferio cerebeloso izquierdo compatibles con EMDA. Se inicia tratamiento con metilprednisolona por 5 días, con buena respuesta. **Paciente 2:** 6 años, masculino, en tratamiento con Amoxicilina por Amigdalitis 2 días previos al ingreso. Ingresó a UCI Pediátrica derivado desde Angol el 02/07/06, con fiebre alta, decaimiento, tendencia al sueño, hipotonía e hipoventilación, se conecta a ventilación mecánica, TAC cerebro normal, screening de laboratorio normal, estudio LCR normales, se plantea diagnóstico de EMDA. RNM: imágenes desmielinizantes con compromiso de sustancia blanca, ganglios basales, tronco y médula espinal hasta D10. Se inicia tratamiento con corticoides, con lenta respuesta clínica, se agrega Gammaglobulina endovenosa por 5 días, con regular respuesta. Se realiza traqueostomía, manteniéndose en ventilación mecánica por casi 3 meses. El 20/08/06 se realiza RNM de control que muestra mayor compromiso de ganglios basales y tronco, menor de médula espinal. Alta el 20/10/06 sin apoyo ventilatorio, con corticoides que se mantienen hasta 20/07/07, su último control, encontrándose sin déficit motor, con hiperreflexia de extremidades inferiores y con hiperactividad secundaria. **Conclusión:** EMDA sigue a infección o vacunación, aunque hasta 15% no existe el antecedente, de presentación polioinfectiva y curso monofásica, requiere alta sospecha y diagnóstico por imágenes, su pronóstico es bueno. Quedando demostrado en la presentación de estos dos pacientes.

SOSPECHA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DE DRAVET EN PACIENTES CON CRISIS FEBRILES RECURRENTES

Silva C, Reyes P, González J.

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta.

La prevalencia de crisis febriles es de entre 3 y 8% en niños hasta los 6 años de edad. La edad más frecuente de aparición son los 18 meses (50% entre los 12 y 30 meses) y tienen un porcentaje de recurrencia cercano al 30%. La enfermedad de Dravet es un tipo de epilepsia que puede presentarse inicialmente como crisis febriles recurrentes, de comienzo previo al año de vida, y que evoluciona con regresión del desarrollo psico-motor, convulsiones afebriles y de características evolutivas, además de presentar una mutación en el gen SCN1A (el cual codifica para canales de sodio). La población pediátrica beneficiaria de la segunda región para el 2007 se estima en 21.088 pacientes, de los cuales 12.804 corresponden a la ciudad de Antofagasta. En el policlínico de neurología infantil durante el primer semestre de 2007 se controlaron 38 pacientes con diagnóstico de crisis febriles, de estos 9 con crisis febriles recurrentes. Se analizaron las fichas de dichos pacientes para evaluar características de sospecha clínica de enfermedad de Dravet. De las 9 fichas analizadas se encontró un total de 3 niños que cumplen con al menos 6 de 8 características consideradas como propias de esta enfermedad. Se encuentra pendiente en estos pacientes el estudio genético que permitiría apoyar este diagnóstico.

COMPARACIÓN NUTRICIONAL ENTRE ESCUELAS RURALES INTERVENIDAS EN EL PROYECTO ESCUELAS SALUDABLES Y ESCUELAS NO INTERVENIDAS, OLMUÉ

Ceballos C., Silva P, Pacheco S, Burgos, V, Castillo R, Queirolo M, Vidales A. Universidad de Valparaíso, Consultorio de Olmué, Región de Valparaíso.

Introducción: La malnutrición es una patología que actualmente se ha convertido en una verdadera epidemia que esta arrasando con nuestros niños desde su más temprana edad. **Objetivos:** comparar el diagnóstico nutricional en escuelas de primer ciclo básico de la comuna de Olmué entre escuelas intervenidas versus escuelas no intervenidas en el proyecto de Escuelas Saludables. **Material y Método:** Se realizó la evaluación antropométrica a todos los escolares pertenecientes a las 9 escuelas municipalizadas de Olmué, para ello se evaluó a alumnos de primer y segundo año básico, mediante talla y peso, los cuales fueron tomados de forma estándar por el equipo perteneciente al proyecto de escuelas saludables (PES), el cual fomenta estilos de vida saludable. Los resultados fueron evaluados según las tablas NCHS para sexo y edad. Los resultados se dividieron según las escuelas intervenidas en el programa (4 escuelas) y no intervenidas (5 escuelas). **Resultados:** Se evaluaron en total 293 alumnos, 120 de escuelas intervenidas y 173 de escuelas no intervenidas. Los resultados según estado nutricional son los siguientes: diferencia entre eutróficos y malnutrición por exceso estadísticamente significativa ($p = 0,01$).

Escuelas/estado nutricional	Intervenidas %	No intervenidas %
Desnutrición	1,67	1,16
Eutróficos	60,83	51,45
Sobrepeso	20,00	24,28
Obesidad	17,50	23,12

Conclusión: En las cuatro escuelas intervenidas hemos observado una disminución de las cifras de malnutrición por exceso, la cual ha sido paulatina durante el transcurso del proyecto, lo cual se refleja en las diferencias que encontramos con las escuelas no intervenidas. Ya son tres años de trabajo constante que han dado sus frutos, lo cual nos permite cada vez más acercarnos a las cifras nacionales, siendo nuestro objetivo conseguir el mayor número de eutróficos posibles y su mantención en el tiempo, tanto así como irradiar estos estilos de vida hacia la comunidad que los rodea. Creemos que es necesario perdurar con nuestras acciones en el tiempo e integrar cada vez a la comunidad a hacerse cargo de ello, de la mano de un equipo multidisciplinario, cercano y a amigable que los apoye.

MENARQUIA Y ESTADO NUTRICIONAL: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO INTÉTNICO

Amigo H, Bustos P, Lara M, Muzzo S, Muñoz S.

Departamento de Nutrición Facultad de Medicina Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Facultad de Medicina Universidad de la Frontera.

A nivel mundial se ha indicado que se habría producido un adelantamiento de la edad de la telarquía no así la edad de la menarquía. En nuestro país este hecho es interesante por el efecto que puede haber tenido la disminución de la desnutrición infantil, el aumento de la obesidad y la disminución de los niveles de pobreza. El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre la edad de la menarquía, el estado nutricional y el origen étnico (mapuche). **Material y Método:** Previo tamizaje de más de 7.000 niñas de 8 a 15 años de edad de 168 escuelas de la Región de la Araucanía, se estimó la edad de la menarquía a través de una entrevista a la niña, una vez confirmada la edad reciente de la menarquía (no más de tres meses) se evaluaron antropométricamente por profesionales entrenados y capacitados. Se consideró indígena a las niñas que tenían 3 apellidos de ese origen y no indígena a las escolares cuyos cuatro apellidos fueran de origen chileno-español (incluido el de los padres). La muestra final quedó constituida por 122 niñas mapuches y 132 no mapuche, la mediana de edad de la menarquía fue de 12 años y cinco meses (espacio intercuartil de 11 años, 9 meses y 12 años 11 meses), más tardía, en seis meses, en las indígenas ($p < 0,001$). Las indígenas fueron 3 cm más bajas y tenían 0,39 puntajes z más de IMC, no hubo diferencias significativas en la suma de pliegues y en la circunferencia de cintura. En los análisis multivariados de regresión lineal se comprobó que el tener obesidad adelantaba en 6,8 meses la menarquía y el tener sobrepeso en 6,5 y el ser indígena no tenía un efecto significativo. En conclusión se constata que la edad de la menarquía es similar a lo comunicado previamente en el país, comprobándose que este evento se adelanta en las niñas que tienen exceso de peso y obesidad, no verificándose asociación significativa con la procedencia étnica en los modelos multivariados.

TELARQUIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA

Amigo H, Silva V, Bustos P, Ossa X, Alarcón AM.

Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de La Frontera.

La telarquía es un evento que en las niñas indica el inicio del desarrollo puberal. Diversos estudios señalan que habría un adelanto secular de la edad de presentación de la telarquía. El objetivo de este estudio fue determinar la edad de la telarquía según etnia (mapuche versus no mapuche) y su asociación con el estado nutricional. Para ello, se evaluaron, mediante examen físico (palpación de botón mamario realizada por tres matrona capacitadas y estandarizadas) 2.200 escolares de 168 escuelas de la Región de la Araucanía, de las cuales se identificaron 111 niñas de procedencia mapuche con telarquía (al menos 3 apellidos de esta procedencia, incluyendo el de los progenitores) y 114 de procedencia chileno-español (ningún apellido de origen indígena), quienes fueron también evaluadas antropométricamente (peso, talla, pliegues, circunferencia de cintura e índice de masa corporal). Se estimaron medianas y espacios intercuartil según etnia y se construyeron modelos de regresión lineal para ver el efecto del IMC en la edad de la telarquía. La edad de la telarquía fue de 10 años y 4 meses (espacio intercuartil de 9 años 7 meses a 10 años 11 meses) sin diferencias significativas entre etnias. La mediana de la estatura fue de 138 cm siendo exactamente igual en ambos grupos étnicos; la mediana de la circunferencia de cintura y de pliegues, como la del IMC estandarizado para la edad fueron significativamente mayores en las indígenas. En el caso del IMC, este era 0,44 mayor en las indígenas. En los análisis multivariados se comprobó que el tener un puntaje Z más del IMC (aproximadamente 3 kilos) adelanta en 6 meses la telarquía, no verificándose asociación con la etnia ni con las variables socioeconómicas de control. En conclusión, la edad de la telarquía y su adelantamiento está relacionado con el aumento de peso, no comprobándose una relación con la procedencia étnica ni con las condiciones socioeconómicas. *Financiado por proyecto Fondecyt 1060684.*

EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES CHILENOS DE PRIMERO BÁSICO SEGÚN ETNIA

Bustos P, Amigo H, Muñoz S, Vargas C.

Departamento Nutrición, Facultad Medicina, Universidad de Chile y División Epidemiología Clínica, Universidad de La Frontera.

Las variables antropométricas al ingreso a la escuela reflejan en parte la historia de salud de los niños. Chile es un país que tiene un sistema periódico de evaluación del estado nutricional en escolares de primero básico, aunque esta información no ha sido desagregada por etnia. El objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en la situación nutricional de escolares chilenos según carga étnica indígena. Entre 1997 y 2005 se analizó antropométricamente el universo de niños de primero básico utilizando las bases de datos de JUNAEB y una de apellidos mapuche elaborada para este estudio. Se determinó la prevalencia de talla baja (talla/edad ≤ -2 puntajes z), desnutrición (IMC ≤ -2 puntajes z) y obesidad (IMC \geq percentil 95) en escolares con dos, un o ningún apellido mapuche. Se analizaron 1.757.155 escolares, edad promedio: 76,3 meses. En 1997 la talla baja era más frecuente en mapuche, especialmente en los con dos apellidos (8,4% versus 4,8 en los con un apellido y 3,1% en los no indígenas), disminuyendo en el 2005 a 3,7, 3,1 y 2,6% respectivamente, las pendientes para los indígenas fueron más pronunciadas, especialmente en los con mayor carga étnica ($p < 0,001$). Las cifras de obesidad, eran 13,9% en los con dos apellidos mapuche en 1997 y 16,3% tanto en los con un apellido y los no mapuche. Hubo un aumento progresivo en todos los grupos, levemente mayor en los indígenas, llegando el 2005 a 20,5, 21,7 y 21,4% respectivamente, sin diferencias en las pendientes ($p = 0,153$). El déficit de peso fue escaso ($< 1,1\%$) similar en los 3 grupos y sin cambios en los años estudiados. **Conclusión:** Este, el primer estudio a nivel nacional desagregado por etnia, señala que la talla baja, que era un problema prevalente en los noventa y mayor en escolares con mayor carga mapuche, posteriormente disminuye especialmente en ellos. La obesidad aumenta constantemente especialmente en los con más carga indígena, señalando la imperiosa necesidad de intervención. El déficit de peso tiene baja prevalencia, no se modifica y no se concentra en los indígenas. *Financiado por FONIS, proyecto SA0520077.*

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS MUNICIPALES DE LA COMUNA DE PROVIDENCIA, AÑO 2007

Caro P¹, Enríquez G², López H³.¹Nutricionista. Centro de Salud Familiar Dr. Hernán Alessandri. ²Interno de Medicina. Universidad Mayor. Santiago, Chile. ³Interno de Medicina. Universidad Mayor. Santiago, Chile.

Introducción: La excesiva ingesta de alimentos de alta densidad calórica junto con el sedentarismo, han determinado que la obesidad sea en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en la población chilena. **Objetivo:** Conocer el perfil nutricional y hábitos de actividad física en adolescentes que asisten a los colegios municipales de la comuna de Providencia. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el 15,7% de los alumnos de I^o a III^o medio de los colegios municipales de la comuna de Providencia ($n = 873$). La edad media fue de $15,6 \pm 1,99$. El muestreo fue aleatorio simple. Las variables estudiadas fueron peso, talla, IMC, maduración sexual (Tanner) y hábitos de actividad física a través de una encuesta autoaplicada y validada. Análisis estadístico SPSS. **Resultados:** Se evaluó al 89,2% de la muestra, distribuida en 41,1% población masculina y 48,1% población femenina. El 69,7% presentó estado nutricional clasificado como normal, un 20,6% sobrepeso, 10,7% obesidad. El análisis del sobrepeso por sexo determinó mayor prevalencia en la población femenina (14,8% - 7,8% respectivamente). El 30,1% de la muestra refiere realizar actividad física más de tres veces por semana, independiente de las clases de educación física. El 21,2% de los que realizan actividad física corresponden al sexo masculino. **Discusión:** Existen escasas referencias nacionales sobre la situación nutricional de la población adolescente. Al comparar la obesidad en la muestra con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003 (ENS) se encontró mayor prevalencia (10,7% y 8,6% respectivamente). Otro estudio nacional realizado en alumnos 13-15 años se observó 6,7% de obesidad. El sedentarismo en la muestra (69,9%) es menor a la tendencia nacional observada en la ENS 2003 (82,2%). **Conclusión:** Se verifica la necesidad de implementar acciones que permitan fomentar la actividad física y, de esta forma, mejorar el estado nutricional en los adolescentes y con ello prevenir en el futuro las Enfermedades Crónicas no transmisibles en la población adulta.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA EN SECTORES DE CLASE MEDIA BAJA EN SANTIAGO DE CHILE

Díaz C, Bancalari R, Garbin F, Cerda V, Zamorano J, Bloomfield J, Muñoz P, Fernández M, Cavada G, Marchant M, Valenzuela MT, Arteaga JC, García H. Universidad de Los Andes, Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Introducción: La prevalencia de Obesidad Infantil constituye actualmente uno de los principales problemas de salud pública en Chile. Los estudios existentes no están actualizados o consideran sólo población consultante. El objetivo del presente estudio consiste en establecer la prevalencia de Obesidad y Sobrepeso en escolares de educación básica de Santiago de Chile. **Material y Métodos:** La Sociedad de Instrucción Primaria reúne 17 colegios subvencionados en distintas comunas pobres de Santiago, con una población de 15.034 alumnos. Se seleccionó mediante muestreo aleatorio estratificado según sexo y curso, una muestra representativa de 3.066 alumnos. (seguridad 95% y error estimado 0,03). Las mediciones fueron realizadas por 8 pediatras y 16 Internos de Medicina entrenados. El peso, la talla, y el perímetro de cintura, se controlaron en 3 oportunidades (consignando los promedios). Se utilizó Balanza de precisión Seca y estadiómetro de pared calibrados respectivamente. Estos se analizaron en programa nutricional epinfo. Se consideró Obesidad con IMC $> p95$, Sobrepeso con IMC entre $p85$ y $p95$ (referencia CDC 2000). Para comparación se utilizó χ^2 . **Resultados:** La prevalencia de Obesidad y Sobrepeso fue de 20,8% y 24,3% respectivamente, (ambas: 45,1%). La prevalencia de Obesidad, es significativamente mayor en varones (22,7%) vs mujeres (18,7%) así como en alumnos de 1ero a 5to Básico vs aquellos de 6to a 8avo Básico ($p < 0,05$). Perímetro de cintura $> p90$ estuvo presente en 19,8% en la población total. **Conclusiones:** 1) La prevalencia de Obesidad y Sobrepeso, reportada en nuestro estudio constituye una de las más altas del mundo. 2) La mayor prevalencia en cursos menores sugiere que la Obesidad se encuentra en aumento 3) Dadas las características de la muestra estos resultados pueden ser representativos de la situación nutricional de los niños de clase media baja de Santiago de Chile. *Financiamiento med004/2006 U Andes.*

GROSOR DE LA ÍNTIMA Y MEDIA Y RIGIDEZ DE LA ARTERIA CARÓTIDA EN ADOLESCENTES OBESOS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO, INFORME PRELIMINAR

Balboa P, Hevia M, Torrejón C, Ureta E.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Nutrición y Servicio de Imagenología del Hospital Roberto del Río.

Adolescentes obesos presentan un mayor riesgo cardiovascular por asociarse a otras enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e hipertensión arterial. Una forma precoz de evaluar el compromiso vascular es a través de la medición del grosor de la íntima y media (GIM) y de la rigidez de la arteria carótida (RAC). **Objetivo:** Evaluar si adolescentes obesos tienen un mayor compromiso vascular medido a través del GIM y RAC que adolescentes no obesos y si este compromiso es mayor en aquellos con síndrome metabólico. **Material y Método:** Se estudiaron todos los niños obesos (IMC/edad $> p95$) que consultaron en el policlínico de Nutrición del Hospital Roberto del Río entre 31/10/2006 y 30/08/2007. Se les solicitó perfil lipídico, curva de glucosa e insulina y ecografía de carótida interna. Los controles fueron niños no obesos (IMC entre $p10$ -85) hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría del mismo hospital. Para análisis estadístico de diferencias de promedio se usó la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Han ingresado 29 adolescentes obesos (17 mujeres), edad promedio 13,1 años y 8 controles (6 mujeres), edad promedio 14,1 años. Diez (34,5%) presentaron síndrome metabólico según el criterio de Ferranti. Los valores de GIM medidos en bulbo y carótida interna fueron significativamente mayores en los niños obesos comparados con los controles (GIM Bulbo: $0,59 \pm 0,13$ mm vs $0,38 \pm 0,04$ mm, $p < 0,0001$; GIM carótida interna: $0,51 \pm 0,15$ mm vs $0,27 \pm 0,029$ mm, $p < 0,0001$). No hubo diferencia en los valores de índice RAC entre niños obesos y controles ($1,82 \pm 0,79$ vs $1,59 \pm 0,46$; $p = 0,48$ respectivamente). No se observó diferencia significativa entre niños obesos con y sin síndrome metabólico en GIM ni en RAC. **Conclusión:** El GIM medido a nivel del bulbo y carótida interna es mayor en adolescentes obesos lo que estaría indicando un posible daño vascular temprano en esta población de pacientes. *Proyecto financiado por Sociedad Chilena de Pediatría.*

DETERMINACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES EN LECHE MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS NUEVE MESES DE LACTANCIA

Álvarez A¹, Mendoza N², Ferrer E², Martínez T³, Moreno V⁴.
¹Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
²Laboratorio de Bromatología Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
³Becada de Pediatría Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
⁴Matrona Servicio de Obstetricia Hospital Las Higueras Talcahuano, Chile.

Los ácidos araquidónico y docosahexaenoico son fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y la visión. **Objetivo:** Determinar los niveles de ácidos grasos polinsaturados en leche humana y ver la relación con la dieta de las madres. **Método:** Estudio prospectivo y descriptivo. Se seleccionó un grupo de ocho madres a las cuales se les determinó los niveles de ácidos grasos polinsaturados durante los primeros 9 meses de lactancia por medio de cromatografía de gases y registro diario de las dietas maternas. **Resultados:**

	10 días	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses
Peso (kg)	3,7 ± 0,5	4,6 ± 0,6	5,8 ± 0,5	6,7 ± 0,5	7,3 ± 0,5
Talla (cm)	52 ± 1	55 ± 2	58 ± 2	61 ± 2	64 ± 2
Circun.					
cráneo(cm)	37 ± 2	39 ± 2	40 ± 2	42 ± 1	42 ± 1
C18:2n-6	18,6	15,2	20,4	19,2	22,4
C18:3n-3	1,16	1,17	0,99	1,37	1,49
C20:4n-6	0,44	0,30	0,27	0,32	0,34
C22:6n-3	0,35	0,55	0,54	0,42	0,39
	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses
Peso (kg)	7,9 ± 0,5	8,4 ± 0,7	8,7 ± 0,7	9,1 ± 0,8	9,6 ± 0,9
Talla (cm)	66 ± 2	68 ± 3	69 ± 2	71 ± 2	72 ± 3
Circun.					
cráneo(cm)	44 ± 1	44 ± 1	45 ± 1	46 ± 1	47 ± 1
C18:2n-6	13,6	16,6	15,8	17,3	18,3
C18:3n-3	0,96	1,35	0,93	1,36	1,42
C20:4n-6	0,27	0,32	0,40	0,35	0,38
C22:6n-3	0,38	0,28	0,34	0,25	0,32

Conclusión: El porcentaje de ácidos grasos esenciales durante el período del estudio se presentó dentro de los rangos mínimos de normalidad, indistintamente de las dietas de las madres. Observamos un incremento duplicando o hasta triplicando las concentraciones en las madres que consumieron pescado.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: HÁBITOS DE ADMINISTRACIÓN A LACTANTES MENORES DE 6 MESES DEL SECTOR SUR DE SANTIAGO

Guzmán M, Martínez D, Carvajal A, Canales E.
 Servicio de Urgencia Infantil y Hospitalizados, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Introducción: En el 2005 la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue de un 45%. Un notable avance para los lactantes, ya que las ventajas de la leche materna son indiscutibles. La calidad y cantidad parecen estar en niveles aceptables, entonces resulta de interés saber *como es su uso*, es decir, la madre que recibe la indicación de "leche materna libre demanda", ¿cómo realiza la administración?, ¿qué horarios establece?, ¿qué entiende por libre demanda?, ¿qué otros líquidos ofrece? **Material y Método:** Se confeccionó una encuesta de aplicación prospectiva que incluyó: *variables sociodemográficas:* edad de la madre, previsión, ocupación, número de hijos, niños amamantados, situación paterna, edad y sexo del lactante; *variables de la lactancia* horario, duración, uso de relleno, agüitas, uso de vitaminas y que entiende por pecho libre demanda. Esta se aplicó entre los meses de julio y agosto de 2007, incluyó a madres de lactantes de 6 meses o menos con lactancia materna exclusiva, "que declaraban dar sólo pecho", provenientes de San Bernardo-El Bosque (Santiago Sur) y que consultaron al Servicio de Urgencia, o que fueron hospitalizados y que estuvieron dispuestas a responder. Se excluyó a los lactantes mayores de 6 meses y a los que recibían fórmula láctea como alimento. Se obtuvo un n de 75, los resultados se registraron en Excel calculándose medianas, porcentajes y promedios. **Resultados:** La mediana para la edad de las madres fue de 25 años. El promedio de hijos fue de un 1,9, siendo el número de niños amamantados de 2,1. Un 74% de las madres se definen como dueñas de casa. Un 53% de los casos da pecho sin considerar horario, un 47% lo hace con horario y el más frecuente usado es cada 3 horas. Un 52% da leche sin medir tiempo de succión y un 44% miden el tiempo entre 10-20 minutos. Un 40,5% usa "relleno", y un 60% da algún tipo de agüita al lactante. Un 46% de las madres dice no entender la indicación libre demanda. **Conclusiones:** Se puede describir dos grupos de hábitos; uno madres que usan el pecho libre demanda, a pesar de que casi la mitad ignora la definición. Otro que establece horarios e incluso mide el tiempo de succión. Estas dos formas de administrar leche materna que nos parecen positivas, tienen en común a madres dueñas de casa, que están junto a sus hijos por más tiempo, lo que les permite adoptar uno u otro patrón. Esto habría que considerarlo para lograr que se extienda el reposo a la madre que trabaja y permitir estos hábitos en sus hijos menores de 6 meses. Por otro lado, nos parece que el uso de lactancia materna exclusiva es un hábito menos frecuente, ya que un gran número de madres usan relleno y agüitas. Aparece la nodriza; por cada 19 hijos se amamantan 21 niños. Ante esto hay que fomentar una real lactancia materna exclusiva, y agregar estos hechos al material educativo.

PROGRAMA MINSAL-FONASA PARA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTO-JUVENIL: ANTROPOMETRÍA, VARIABLES METABÓLICAS Y ADHERENCIA

Marín V.

MINSAL – FONASA, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, INTA, SERJOVEN, Servicios de Salud: Metropolitano Oriente, Suroriente, Norte, Sur, Talcahuano.

Introducción: La disminución de la obesidad en el escolar es un objetivo sanitario para la década. Hasta ahora no existía un programa de intervención en salud pública que abordara este problema. **Objetivo:** Evaluar la respuesta antropométrica, cambio de parámetros metabólicos a corto plazo y el porcentaje de adherencia, a un modelo de intervención en obesidad. **Sujetos y Método:** Se evaluaron prospectivamente niños(as) entre 6 y 19 años, con IMC ≥ percentil 95 para edad y sexo, que ingresaron a un programa piloto del Ministerio de Salud y FONASA; intervención no farmacológica, de 4 meses de duración, multidisciplinaria, dirigida a modificar hábitos de alimentación y actividad física. Al ingreso se evaluó IMC, perfil Lipídico y HOMA. En un subgrupo se repitieron los parámetros de laboratorio al 4to mes. **Resultados:** Ingresaron 400 pacientes, edad 12,2 ± 0,55 años, 56,3% de sexo femenino, con zIMC al ingreso de 2,93 (rango: 1,84 a 7,7), HOMA al ingreso de 2,47 (rango: 0,37 a 14,25), 35% con insulina resistencia y 14,7% con intolerancia a la glucosa, colesterol total al ingreso de 163 mg/dL (rango: 79,4 a 322), 39% > 170 mg/dL y triglicéridos al ingreso de 94 mg/dL (rango: 12 a 532), 37% > 110 mg/dL. El 67,8% de los pacientes completó el programa, 68,4% de éstos bajó el zIMC (zIMC ingreso vs 4to mes, 3,13 vs 2,61 respectivamente, p < 0,05), sin correlación con edad, sexo, ni zIMC al ingreso. El grupo que completó el programa tenía un zIMC al ingreso significativamente mayor (zIMC adherentes vs abandono, 3,1 vs 2,74 respectivamente, p < 0,05). De los adherentes se les repitieron exámenes sólo a 118 niños (43,5%) encontrándose que 50% de éstos bajaron el valor de HOMA, siendo este grupo el que además bajó más de peso (p: 0,05); del grupo con exámenes alterados al ingreso 80% bajaron el colesterol total más de 10 mg/dL sin relación con la baja de peso y 50% bajaron los triglicéridos más de 10 mg/dL, sin relación con la baja de peso ni con la baja de HOMA. **Conclusión:** Un alto porcentaje de los niños(as) que ingresan al programa logran completarlo, presentando una mayor adherencia quienes tienen un zIMC más alto al ingreso del mismo. El programa demuestra una mejoría en su estado nutricional y variables metabólicas. Todo lo anterior justifica su instalación en el sistema público de salud.

PROTECCIÓN A LA MADRE EN EL TRABAJO: CAMINO POR RECORRER

Margozzini J, Soto R.

Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Introducción: ¿Se puede en el ambiente de trabajo ayudar a compatibilizar el rol maternal y el laboral? **Objetivos:** Proponer posibles desarrollos futuros en la protección de la madre trabajadora. **Metodología:** Los autores revisan las disposiciones legales vigentes y hacen proposiciones de futuros desarrollos en la protección a la madre en el trabajo. **Resultados:** Se propone revisar la legislación para permitir: 1) Protección obligada: Postnatal de al menos 6 meses y licencia por enfermedad de hijo hasta 15 meses; hora para alimentar al hijo válida en situaciones de hijos que permanecen en su casa si esta se encuentra a distancia equivalente a la sala cuna; asignación familiar maternal por cada hijo que se gesta (gemelares) y de monto superior durante el primer año de vida; 2) Protección estimulada: Bonificación por parto equivalente a 10 días de salario; aporte del estado a empresas que contratan mujeres en edad fértil; oferta de trabajo partime para mujeres; sala cuna para menores de 2 años para todas las madres trabajadoras independientemente del número de trabajadoras de la empresa; descuentos tributarios para algunas formas de protección voluntaria; 3) Protección voluntaria propuesta: Hacer de la protección a la mujer madre trabajadora un área muy valorada y que incluya aspectos como préstamos, seguros complementarios de salud, bonificación de recetas, asistencia social, canastas de especies, etc. **Conclusiones:** Chile tiene políticas públicas que promueven la protección obligada de la mujer madre trabajadora. Siendo ellas muy adecuadas algunas ameritan revisión y habría que incorporar otras. Las políticas de protección estimulada genéricas deben complementarse con algunas específicas. La protección voluntaria como complemento de lo anterior, requeriría de esfuerzos especiales para que, lo que muy bien hacen algunos, se generalice.

DESARROLLO PSICOMOTOR EN HIJOS DE MUJERES CON DEPRESIÓN POST PARTOLegue M¹, Podestá L¹, Jofré G², Salgado A³.¹Unidad de Pediatría Ambulatoria. Instituto de Pediatría. Centro de Docencia de Atención Integral Ambulatoria, UACH. ²Centro de Lenguaje Quellúen. ³Consultorio Externo Valdivia.

La depresión post parto (DPP) es una patología subdiagnosticada contribuyente al Déficit del Desarrollo Psicomotor (DSM) en el niño. Existe mayor frecuencia de maltrato infantil, abuso de sustancias, trastornos psicológicos y fracaso escolar en hijos de madres con DPP. En Chile, no hay estudios focalizados en las consecuencias de DPP en el niño. **Objetivos:** Comprobar que la DPP contribuye al déficit de DSM. Evaluar prevalencia de DPP. Correlacionar DPP con otros factores de riesgo para el DSM. **Material y Método:** Se siguió una cohorte de puerperas atendidas en centros de salud públicos de la comuna de Valdivia durante el año 2006, se les aplicó Escala de Edimburgo (EPDS) para tamizaje de DPP al universo de ellas. Se evaluaron los resultados de la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) de sus hijos a los 2 meses de edad. Se aplicaron los subtest cognitivo, socioemocional y de comportamiento adaptativo de la Escala de Bayley para el desarrollo infantil (BSID III) a una muestra entre los 9 y 12 meses de edad. Se analizó la magnitud de DPP, déficit de DSM, relación entre ambas variables y otras variables biopsicosociales. **Resultados:** Se aplicaron 810 EPDS, se encontró un 30,2% de escalas alteradas. Sólo 3 EEDP arrojaron déficit. No se encontró una correlación entre ambas escalas, sin embargo, el RR fue 29 veces mayor en mujeres con DPP ($p = 0,04$). Se aplicaron 43 BSID III, se comprobó una correlación negativa estadísticamente significativa entre depresión materna y la subescala de comportamiento motor. Existió asociación entre un alto puntaje de depresión en la madre y mayor puntaje en riesgo muerte por neumonía, IRA y otros factores de riesgo de DSM. **Conclusiones:** se logró demostrar asociación entre DPP y déficit de DSM medido con BSID III y no con EEDP, se encontró una elevada prevalencia de DPP, lo que sensibilizó y generó la necesidad de implementar un manejo integral de ésta a los equipos de salud involucrados en este estudio. Proyecto FONIS-CONICYT SAO5120119.

EXPERIENCIA DE FUNCIONAMIENTO SALA IRA CONSULTORIO JEAN MARIE THIERRY, VALPARAÍSORojas P¹, Bruna M¹, Palacios A¹, Granda F, Klga Rojas MF.¹Internas Universidad de Valparaíso. ²Sala IRA Consultorio Jean Marie Thierry, Valparaíso.

La existencia de la sala IRA se encuentra fundamentada en el programa de enfermedades respiratorias infantiles existente en nuestro país con el fin de optimizar recursos y fortalecer la atención de estas patologías en el nivel primario. Esto se basa en el ejercicio multidisciplinario tendiente a la disminución de hospitalizaciones por SBO y la mejora en la calidad de vida en los niños con patologías crónicas. **Objetivo:** Presentar las características generales de la población infantil que se atiende en la sala IRA de dicho centro desde su inauguración en el año 2005. **Material y Método:** Se trabajó con las fichas de ingreso existentes del programa 188 de un total de 252 niños. Lo que representa 70% del total. Dicho documento incluye las variables sociodemográficas además de contar con la descripción de factores de riesgo y examen físico que tiene niño al momento del ingreso. **Resultados:** Promedio edad es 5,6 años, 60% corresponde a varones, el motivo de consulta corresponde a 56,9% asma, 28,7% SBO y 14,4% para estudio de patología respiratoria; 7% de los niños presentaba score grave de mortalidad por enfermedades respiratorias, promedio 11 crisis al año, 70,7% antecedentes de atopia. 23% ha estado hospitalizado por SBO o neumonía, 78,7% con uso corticoides previos. 100% de los hogares existe al menos un contaminante. El 70,2% se encuentra activa a los controles. **Conclusiones:** En Chile, las infecciones respiratorias son la primera causa de mortalidad infantil, por lo que es fundamental seguir fomentado el manejo multidisciplinario de estas patologías El promedio de edad concuerda con la literatura internacional, para crisis de IRA más frecuentes. El porcentaje de niños en control activo es muy bajo aún por lo que se debe enfatizar en este punto y en reducir los factores de riesgo. Sin lugar a dudas el programa IRA ha tenido éxito, pero se toma necesario intervenir con mayor énfasis en la prevención de las infecciones respiratorias.

ITU FEBRILES EN MENORES DE 2 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 2003-2006. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL EL PINO (HEP)Muñoz P¹, Díaz A¹, Derosas C¹, Yáñez E¹, Aguilar P².¹Internos Pediatría, Universidad de Santiago de Chile. ²Coordinador Departamento Pediatría Universidad de Santiago. Hospital El Pino.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son unas de las infecciones bacterianas más diagnosticadas en la infancia, siendo importante causa de insuficiencia renal crónica. Los niños menores y en especial los lactantes constituyen un grupo de cuidado debido a lo inespecífico de su sintomatología e inicio tardío de tratamiento antibiótico. **Objetivos:** Descripción clínica, terapéutica y ecográfica de ITU febriles en pacientes menores de 2 años hospitalizados en el HEP entre los años 2003-2006. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, de fichas seleccionadas aleatoriamente, de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del HEP con el diagnóstico de egreso de ITU febril en dicho período. Se determinaron características clínicas, parámetros de laboratorio al ingreso, hallazgos ecográficos; tratamiento antibiótico y evolución clínica a las 48 horas de iniciado el tratamiento. **Resultados:** El total de la muestra fue de 82 pacientes, 26 del año 2003, 8 del año 2004, 36 del año 2005 y 12 del año 2006. La edad promedio fue de 7 meses, con un 55% mujeres, 45% varones. El tiempo de evolución del cuadro antes de la hospitalización fue de 3 días en promedio, caracterizado por fiebre en un 96,3%, vómitos en un 22%, rechazo alimentario en un 61% y dolor abdominal en un 10%. El sedimento de orina resultó alterado en un 99% siendo la piuria lo más frecuente (70,7%), el urocultivo resultó positivo en un 82%, no existiendo asociación significativa entre ambos ($P > 0,05$). *Escherichia Coli* fue el agente más frecuentemente aislado (85%), seguido de *Klebsiella Oxytoca* y *Pneumoniae* ambos con un 4,1%. El antibiótico de elección fue cefotaxima (66%), seguido de gentamicina (13,4%), recibiendo en promedio 5 días de terapia endovenosa. De un total de 67 ecografías realizadas, un 67% se encontró dentro de límites normales, y sólo en un 6% se detectaron hallazgos inflamatorios. En cuanto a la evolución, un 16% persistió febril a las 48 horas de tratamiento, siendo la complicación más frecuente el síndrome diarreico agudo (9%). **Conclusión:** El estudio presentó concordancia con respecto a lo reportado en la literatura, destacando el bajo número de ecografías con signos inflamatorios.

VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN NIÑOS: CASO CLÍNICOAguilera D¹, Escobar P¹, Maturana M¹.¹Servicio de Pediatría HGGB, ²Interna Medicina Universidad de Concepción.

La Vasculitis Primaria del Sistema Nervioso Central es un proceso inflamatorio exclusivo de las arterias cerebrales sin causa infecciosa ni inmunológica demostrable. El diagnóstico es de exclusión. Son de incidencia baja, más frecuentes entre la cuarta y sexta década de la vida. El cuadro clínico se caracteriza por déficit neurológico focal (80%), Hemiparesia, o Compromiso neurológico difuso, alteraciones del comportamiento, cefalea y/o convulsiones. En un 30% de los casos es de curso progresivo. El tratamiento de elección se basa en Glucocorticoides y/o Inmunosupresores. El pronóstico es favorable, pero puede ser grave con discapacidad permanente e inclusive la muerte. **Caso Clínico:** Menor de sexo femenino, de 14 años, usuaria de anticonceptivos orales, sin otros antecedentes de importancia, que consulta HGGB con cuadro de Hemiparesia Braquiocrural derecha progresiva de cuatro días de evolución, sin antecedentes de trauma, consumo de sustancias, fiebre ni cefalea. TAC Cerebral y EEG normales. RNM Cerebral: hallazgos sugerentes de Vasculitis Cerebral y Angiografía Cerebral: Estenosis segmentaria de bifurcación de Carótida izquierda. Paciente evoluciona con Afasia de expresión, Parálisis Facial Central y paresia extremidad superior derecha por Infarto Agudo Silviano izquierdo, con Arteria Cerebral Media de calibre disminuido pero permeable. Se maneja con bolos de Metilprednisolona, Azatioprina y anticoagulación. Estudio Inmunológico: ANCAS, Anticuerpos Antinucleares, Anti músculo liso y Anti mitocondriales negativos. Anticuerpos anticardiolipinas: IgM positiva a título bajo. Serología para VHB, VHC y VIH negativos, Ecocardiograma y Eco Doppler abdominal normal, Citoquímico de LCR normal y estudio de Discoagulopatías negativo. Evoluciona favorablemente con recuperación motora casi total y parcial de Afasia. **Conclusiones:** La Vasculitis Primaria debe formar parte del diagnóstico diferencial de todo cuadro neurológico, focal o difuso en niños. El diagnóstico definitivo se obtiene con RNM. El presente es un caso de inicio benigno que evolucionó en forma progresiva a Infarto Cerebral descrito como una de las complicaciones más graves.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR: PERÍODO 2005-2007

Cisterna C¹, Malebrán B^{1}, Córdova T¹.
¹Becadas de Pediatría Universidad de Valparaíso. ²Docente Universidad de Valparaíso. Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.*

Introducción: El Síndrome de Down, fue descrito por el médico Inglés John Langdon Down en 1866, constituye una importante causa de morbilidad en la pediatría, con una incidencia de 17,85 /10.000 recién nacidos, en Chile. Sus comorbilidades son ampliamente conocidas siendo las más frecuentes las de la esfera cardiológica, respiratoria y gastrointestinal. El objetivo de este trabajo fue conocer las características clínicas de los pacientes con Síndrome de Down, hospitalizados en nuestro servicio durante el período, Enero del 2005 a Julio del 2007. **Material y Métodos:** Se obtuvo una lista de 13 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Down a través del libro de egresos del servicio de pediatría. Para obtener los datos que se querían evaluar se creo una planilla Excel, que se procedió a llenar con la revisión de las fichas clínicas. **Resultados:** En promedio el número de hospitalizaciones fue de 4,07, y el promedio de días de hospitalización fue de 17,2 días. El promedio de edad de hospitalización fue de 11,8 meses. Según sexo los pacientes se distribuyeron en un 54% como sexo femenino, y un 46% masculino. El 15% tienen hipotiroidismo. En relación al estado nutricional el 31% resultó desnutrido o eutrófico, el 23% con riesgo de desnutrición y un 15% presentó sobrepeso. El 80% de los pacientes hospitalizados tenía diagnóstico de cardiopatía congénita y de estos el 73% presentó hipertensión pulmonar. Las causas de hospitalización más frecuentes fueron neumonía, alteraciones gastrointestinales (incluyendo las malformativas) y sepsis, y requirieron UCIP el 62% de los pacientes al tomar en cuenta todas las hospitalizaciones de cada uno de ellos. **Discusión:** De acuerdo a lo observado podemos decir que las causas de hospitalización concuerdan con lo descrito en la literatura. Destaca que en nuestros niños (según curvas especiales) es importante la presencia de desnutrición. Esto probablemente se deba a que la muestra se encuentre sesgada ya que los pacientes estudiados son aquellos que poseen más hospitalizaciones debido a sus comorbilidades, dentro de las que destaca la presencia de cardiopatía congénita. Creemos que el buen control y supervisión de estos pacientes, podría mejorar su calidad de vida.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

*Schellman P, Alvarado T, Cerda R, de la Torre V.
 Servicio de Pediatría Hospital Regional de Antofagasta.*

Objetivo: Conocer las características de los accidentes y violencias en niños, que generan hospitalización en el Hospital Regional de Antofagasta. **Material y Método:** Trabajo descriptivo, prospectivo. Se confeccionó encuesta que fue contestada por un adulto acompañante y se revisó ficha clínica. Se consignaron datos generales del paciente, tipo de accidente, lugar de ocurrencia, elementos de protección, ingreso a UCIP y sospecha de VIF. El trabajo se realizó durante 4 meses (15/08 al 15/12 del 2005). Se obtuvo un total de 109 encuestas completas (Se hospitalizaron 114 pacientes por accidentes y violencias. Quedaron fuera 5 de ellos por información incompleta). **Resultado:** De los 109 pacientes ingresados, 38 fueron mujeres y 71 varones. Esta diferencia de sexo es estadísticamente significativa en el total de pacientes y en el subgrupo de los mayores de 6 años ($p < 0,05$). Los tipos de accidentes fueron: 52 caídas (de los cuales 37 requirieron cirugía por fracturas y 7 tuvieron TEC); 17 accidentes automovilísticos (13 peatones y 4 pasajeros, ninguno usaba cinturón de seguridad. Hubo dos accidentes en carretera, requiriendo ambos ingreso a UCIP); 15 quemaduras (14 por líquidos calientes, 2 fueron mayores del 20% de superficie corporal y 1 quemadura por electricidad); 14 contusiones directas; 5 accidentes en bicicleta (4 fueron caídas con resultado de fracturas, ninguno usaba casco); 3 intoxicaciones; 2 asfixias por inmersión (uno de los cuales ingresó en PCR y falleció) y 1 aspiración de cuerpo extraño a vía aérea. No hubo diferencia respecto de la supervisión por un adulto al momento del accidente. Del total de pacientes, 16 ingresaron a UCIP (14,7%). En tres casos hubo sospecha de VIF (2 contusiones directas y 1 intoxicación). **Conclusiones:** Las hospitalizaciones por accidentes y violencias son más frecuentes en varones. Dado que la supervisión por un adulto no aparece como factor protector podría considerarse de mayor relevancia el fomento del autocuidado en los niños como estrategia protectora. Destaca el no uso de elementos de seguridad en este estudio (cuya promoción debe ser una tarea para los equipos de salud que atienden niños).

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Sandoval C, Lizama M, Núñez A, Escobar R, Abarca K.
 Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Se presenta una paciente de 3 años, con antecedentes de varicela a los 7 meses. Consulta por fiebre, desviación de la comisura labial y dificultad en el cierre ocular derecho, eritema en pabellón auricular del mismo lado y marcha inestable, de 2 días de evolución. Al examen con parálisis facial periférica (PFP) derecha, lesiones vesiculares en conducto auditivo externo derecho y marcha con lateralización a derecha, sin ataxia. Se hospitaliza para estudio. La IFD Virus Varicela Zoster (VVZ) (+) de las vesículas. La RNM de cerebro muestra refuerzo en ganglio geniculado y VIII par derechos, conformando el diagnóstico de Síndrome de Ramsay Hunt (SRH). Potenciales evocados auditivos alterados a derecha. La paciente fue tratada con aciclovir y prednisona con buena respuesta. Al mes de seguimiento, audiometría normal, sin manifestaciones de déficit cócleo-vestibular. Recuperación total de la PFP a los 5 meses de evolución. **Discusión:** El SRH es una entidad poco frecuente que se produce por reactivación del VVZ en el ganglio geniculado, con lesiones vesiculares, radiculoneuropatía y ganglionitis. Cursa con PFP, erupción vesicular en el pabellón auricular del mismo lado y afección cócleo-vestibular. Corresponde a una entidad infrecuente en pediatría y debe sospecharse en PFP, eritema, vesículas en pabellón auricular o paladar y/o dolor auricular ipsilateral. Las imágenes de sistema nervioso central no son necesarias para el diagnóstico, sin embargo, en ocasiones, es necesaria para descartar diagnósticos diferenciales. El tratamiento precoz con aciclovir es recomendado. Se sugiere la búsqueda activa de reactivaciones virales en caso de PFP. Además se aconseja el seguimiento con estudio de VIII par.

SÍNDROME DE NICOLAU SECUNDARIO A PENICILINA BENZATINA IM

*Avalos C¹, Cárdenas A¹, Campusano L¹.
¹Becada Pediatría. Universidad de Antofagasta. ²Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Antofagasta.*

Introducción: El Síndrome de Nicolau, es una rara, pero potencialmente grave complicación, posterior a la colocación Intramuscular de medicamentos. La patogenia no está bien definida y existen escasos reportes. Clínicamente se caracteriza por dolor intenso en la zona de la inyección, eritema y lesiones livoides en parche que evolucionan a necrosis de piel, celular subcutáneo y del tejido muscular. Los casos descritos en la literatura tuvieron una mala evolución. **Caso Clínico:** Ingresó al Servicio de Pediatría, del Hospital Regional de Antofagasta, menor de 8 años, con antecedentes de colocación de P. Benzatina IM 600.000 UI, en glúteo derecho, posterior a lo cual inicia dolor intenso tipo puntada en el sitio de la inyección. Al ingreso. Su estado general era bueno, afebril. Su glúteo derecho estaba indurado y muy doloroso a la palpación, con lesiones violáceas en la zona y tercio anterior plantar derecho comprometiendo a todos los ortijos, con severa impotencia funcional que le impedía la deambulancia. Pulsos conservados y simétricos. En los exámenes de ingreso tiene 9.600 blancos con 16% de baciliformes. Hctro: 40,1% Plaquetas: 173.000. P. de Coagulación normales. GOT: 1.864 U/L GPT: 591 U/L. Eco Doppler de la extremidad normal. Ecografía del Glúteo derecho: con severa miositis. Se decide manejo expectante. Al noveno día presenta fiebre. Se solicita Cintigrama óseo que se informa compatible con Osteomielitis, por lo que se indica Cloxacilina EV con buena respuesta clínica. Al 21 día de hospitalización el menor es dado de alta con cojera mínima y casi sin dolor. Actualmente en terapia física, con marcha recuperada, aunque con dificultad al correr. **Comentario:** El Síndrome de Nicolau se establece en función de los antecedentes clínicos y en ocasiones con estudio anatómo-patológico. Se asocia con la inyección IM muscular de diferentes fármacos como penicilinas, AINES y corticoides. El uso de medicamentos por vía IM debe ser indicado con gran precaución en los niños y en el caso específico de la P. Benzatina se desaconseja su uso.

CARACTERIZACIÓN DE PRÁCTICAS DE CRIANZA Y CUIDADO DE LA SALUD EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR DEL JARDÍN INFANTIL "CAPULLITO", DE LA COMUNA DE OSORNO, CHILE**Ruiz K.**

CESFAM Dr. M. Lopetegui Adams, Osorno, Chile.

Objetivo General: Caracterizar las prácticas de crianza en relación a salud, nutrición y bienestar psicosocial de preescolares de un jardín infantil urbano de la comuna de Osorno, X Región, Chile. El interés se centra en averiguar qué es lo que los padres y cuidadores ya saben y pueden hacer, a fin de construir sobre lo positivo y dar validez a las capacidades innatas de las personas. Se realizó una investigación cualitativa, con muestreo aleatorio intencional del universo de padres y apoderados del Jardín Infantil "Capullito"; la inclusión de los participantes fue voluntaria. La muestra fue distribuida en cuatro grupos focales cuya discusión fue registrada en cassettes de audio. La posterior transcripción permitió obtener documentos para análisis. Los resultados obtenidos son los siguientes: 1) El embarazo adolescente y el no deseado se vivencian negativamente, lo que repercute en las futuras decisiones relacionadas con el embarazo y la crianza. El primer parto se recuerda con más detalles y predispone la experiencia futura. La lactancia materna es casi siempre la primera opción; 2) La madre es la principal formadora de hábitos alimentarios, higiene bucal, sueño y conductas. Es la que ejerce la disciplina y procura premios y castigos. Asimismo, objeto e invalida la calificación nutricional que hacen los profesionales de la salud respecto de sus hijos y cuestiona severamente la intervención de la profesional nutricionista. El concepto de "buena salud" tiene directa relación con el peso; 3) Los problemas de salud se resuelven en el sistema público aunque es considerado de menor calidad que el sistema privado de atención. Las enfermedades respiratorias son las más frecuentes y por las cuales se recurre a los servicios de Urgencia. Las gastrointestinales también encuentran solución en los prestadores no formales quienes las identifican como "empacho" y "mal de ojo"; 4) El padre, cuando está presente, es proveedor y otorga extrema flexibilidad en los hábitos y la disciplina. La familia de origen materno y el jardín infantil contribuyen en la crianza y forman parte de la red de protección del menor; 5) Las expectativas futuras de las madres para sus hijos están en el desarrollo personal y humano por sobre el desarrollo profesional y económico. **Palabras claves:** crianza, preescolar, urbano.

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SSJ): REALIDAD PEDIÁTRICA EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS

Vidal I, Landaeta MV, Álvarez A, Leiva H.

Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua. USACH.

Introducción: El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) o eritema multiforme, es una enfermedad inflamatoria aguda, gatillada por diversos factores como drogas, infecciones, u otros. Afecta la piel y membranas mucosas, y, en su forma más grave, pone en peligro la vida del paciente. **Propósito:** Caracterizar la población infantil de egresos del Servicio de Pediatría (SP) del Hospital Regional de Rancagua (HRR) en que se diagnosticó el SSJ en los últimos 13 años. **Método:** Revisión de fichas clínicas de pacientes que estuvieron hospitalizados en el SP del HRR entre Enero 1994 y Abril 2007, obtenidos a partir de la base de datos de dicho recinto. Se identificaron un total de 20 pacientes con SSJ, correspondiendo al 0,031% del total de egresos. Se tabularon los datos: fecha de ingreso, vía de ingreso, antecedentes mórbidos, edad, sexo, comuna de pertenencia, factor que desencadenó el síndrome, tratamiento, unidad y días de hospitalización, complicaciones, fallecimiento, lugar de control posterior. Fueron ingresados al programa de base de datos Microsoft Excel® y analizados estadísticamente con el programa SPSS®. **Resultados:** 60% eran de sexo masculino, (RR = 1,18; 0,48-2,89), promedio de edad fue de 5,5 años frente a los 3,9 años del resto (p < 0,001). Días de estadía: La hospitalización se prolongó un promedio de 3,95 días en el grupo con SSJ, frente a los 7,6 días observado en el conjunto de egresados del SP, lo que, comparado a través de la prueba estadística T-test mostró valores significativos (p = 0,001). Estacionalidad: Se pudo observar un mayor porcentaje de ingresos en diciembre (30%), frente al total de pacientes pediátricos que se hospitalizan en su mayoría en julio (10,8%), (p = 0,035). Se observaron diversos enfoques terapéuticos, antihistamínicos (80%), analgésicos (50%) y corticoides (40%). Mecanismo implicado: Se observó que en 50% el eritema multiforme fu atribuido a la acción de algún fármaco, destacando el uso los antibióticos y anticonvulsivantes; otro mecanismo implicado fue el infeccioso (20%), en el 15% de los casos el mecanismo no fue aclarado. Sólo 1 paciente falleció. **Conclusiones:** El SSJ es una patología de baja frecuencia y que genera gran preocupación en los padres de los niños afectados, por su llamativa, y en ocasiones agresiva, manifestación clínica. Se asocia con una baja gravedad y en general puede ser manejada sin necesidad de acceder a instalaciones de mayor complejidad, existe falta de consenso tanto nacional como internacional en cuanto a los pilares y argumentos del manejo de este trastorno.

FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA: PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Monge M, Heinismann H, Lizama M, Parra R.

Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se presenta niño de 19 meses, con 3 semanas de evolución de aumento de volumen cervical y rigidez, afebril y de buen estado general. Ecografía cervical: aumento de volumen cervical posterior y presencia de estructuras musculares con patrón fibrilar normal. Se hospitaliza para estudio. Al examen destaca movilización en bloque de cuello y tórax a expensas de masa de consistencia aumentada que se extiende desde región occipital posterior hasta dorso, sensible, sin límite definido ni signos inflamatorios. Además cordón fibroso palpable en hipocondrio y flanco izquierdo, no doloroso, de larga data. Destaca hallux valgus bilateral. Estudio con TAC de cuello y tórax junto con clínica, sugiere diagnóstico de Fibrodisplasia Oscificante Progresiva (FOP). Recibe como tratamiento Ibuprofeno y Montelukast. Durante seguimiento de 18 meses ha presentado brotes de aumento de volumen, tratadas con corticoides sistémicos. Además de terapia empírica con Nicotinamida. **Discusión:** FOP corresponde a una enfermedad genética rara. Se caracteriza por formación de tejido óseo ectópico sobre tejido conectivo (músculos, tendones, ligamentos), desarrollando "puentes" de hueso que va fijando articulaciones y restringiendo el movimiento. El diagnóstico es clínico, y sus manifestaciones son aumento de volumen secundario a osificación progresiva generalmente en relación a trauma. Uno de los hallazgos importantes para el diagnóstico es el hallux valgus bilateral característico y presente en 95%. Enfermedad benigna en histología, pero de mal pronóstico por rigidez progresiva. Las recomendaciones actuales son: AINEs y/o Montelukast a permanencia, corticoides en las crisis, no biopsiar y evitar punciones venosas y vacunas intramusculares.

PARÁLISIS HIPÓGLOSO MAYOR DE CAUSA IDIOPÁTICA: CASO CLÍNICOPeters A², Martínez G², Aguilera D³, Escobar P¹.²Becadas Pediatría Universidad de Concepción, ³Interna Medicina Universidad de Concepción. ¹Servicio de Pediatría HGGB.

La parálisis aislada del Hipogloso es poco frecuente y puede ser manifestación de patología intra y extra craneana. Diagnóstico diferencial debe incluir estudio de Tumor (primario o metastásico) u Quiste, Injuria de cabeza y cuello, Lesión Carótida, Enf. Auto inmune e idiopática. Se caracteriza por: atrofia, fasciculaciones y desviación ipsilateral de la hemilengua afectada. No se altera el sentido del gusto ni su sensibilidad. Presentamos caso de menor afectada, de causa idiopática. **Caso Clínico:** Menor de sexo femenino, de 10 años, con Enfermedad Multiquística Renal y CIV, con cuadro de dos meses de evolución con fasciculaciones y desviación de la lengua al lado derecho, con dificultad para la fonación, sin compromiso de otras funciones. Examen Físico: atrofia lingual derecha sin otro hallazgo. Ex. Neurológico normal RNM cerebral: normal. Ecografía Abdominal, Rx. de Torax y Cintigrama Óseo normal. Estudio inmunológico negativo. RNM médula: siringomelia C5-C7 y D3-D6. Estudio Doppler arco supra-aórtico normal. Evaluación por Neurocirugía y Neurología coinciden en etiología idiopática. **Conclusiones:** El nervio Hipogloso es puramente motor e inerva músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua. El compromiso aislado es sumamente raro y es más frecuente en adultos. Raro en menores de 25 años. Tiene 5 segmentos que pueden afectarse por distintas causas. Atrofia lingual se observa con el compromiso de segmentos periféricos del nervio. Estudio con imágenes es imprescindible para el diagnóstico. En estudio de 32 pacientes con parálisis aislada del hipogloso, sólo en 8 de ellos no había compromiso de otros pares craneanos. En otros 9 casos, 3 pacientes tenían metástasis de tumor óseo Se han descrito algunos casos en menores de 25 años por patología infecciosa. Se presenta caso por la baja frecuencia de esta patología en niños y las dificultades para llegar al diagnóstico.

PERFIL DE NIÑOS FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE ANTOFAGASTA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Cárdenas A, Villalobos F, Vivero A, Zlatar Y.
Servicio Pediatría Hospital Regional de Antofagasta.

Introducción: Existe escasa información acerca de la evolución de la Mortalidad en los Servicios Clínicos de Pediatría. En nuestro Servicio disponemos de una base de datos, desde hace 15 años, donde se va registrando información de interés clínico y epidemiológico de los niños fallecidos desde 1 mes a 15 años. **Objetivo:** Analizar las causas de muerte y su evolución en nuestro Servicio. **Material y Método:** Se incluyó retrospectivamente, la totalidad de casos que fallecieron en el Servicio de Pediatría del HCRA durante los años 1997–2006 realizando un análisis descriptivo. **Resultados:** En promedio se tuvo 3.800 egresos anuales. Hubo un total de 256 fallecidos. El 55,5% fueron varones. El promedio de edad, fue de 8 meses, y por grupo etario, el 55,5% fueron lactantes menores. Las causas específicas de fallecimiento fueron 43,4% por Neumonía, 8,2% Sepsis y Meningitis Bacteriana, 5,5% Cardiopatía Congénita y 5,1% TEC grave. La estación predominante fue Invierno con 34,8%. Destaca que un 51,2%, presentaba alguna malformación congénita: 37,6% neurológica, 37,6% cardíaca y digestiva 6,15%. El principal sistema comprometido fue el sistema respiratorio con 48,8% y nervioso 24,6%. El porcentaje de muertes, varió de 0,9% en 1997 a 0,47% en el 2006. Según las causas, un 7,8% de las muertes pudo prevenirse. En cuanto a la procedencia, el 70,7% eran de Antofagasta. **Conclusión:** La mortalidad ha presentado un importante descenso en el período de estudio. La Neumonía es nuestra principal causa de muerte, en especial en el lactante menor, no obstante, cerca de la mitad tiene asociada una Malformación Congénita. Es llamativo que un 7,8% sean por causas evitables, lo que amerita un análisis más en detalle, dado su potencial prevenible.

SÍNDROME APNEICO COMO DIAGNÓSTICO DE INGRESO EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Vega R¹, Castro C².

¹Interno de Medicina Universidad de Chile, ²Becada de Pediatría, HSJD. Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Se define **apnea de la infancia** como un episodio no explicado de cesación de la respiración por 20 segundos o más, o una pausa respiratoria más corta asociada a bradicardia, cianosis, palidez y/o hipotonía marcada, este término generalmente se refiere a niños con una edad gestacional mayor a 37 semanas. Es una manifestación clínica relativamente frecuente en la práctica pediátrica, la cual puede resultar en severas complicaciones. Desde el punto de vista etiológico, las apneas pueden ser primarias o secundarias a otra patología (hipertrofia adenotonsilar, alteraciones neurológicas, tóxico-metabólicas, infecciones, reflujo gastroesofágico, etc). **Objetivo:** Analizar todos los ingresos por Apnea en la UPC del servicio de pediatría del Hospital San Juan de Dios en un período de tiempo determinado. **Método:** Revisión de fichas clínicas, cuyos pacientes fueron ingresados con diagnóstico de Síndrome Apneico, durante los años 2003 y 2005. Se analizaron las variables de: sexo, edad, edad gestacional, peso de nacimiento, diagnóstico diferencial al ingreso, exámenes de laboratorio, evaluación cardiológica, neurológica y el diagnóstico al alta. Los datos fueron recolectados en planilla Excel. **Resultados:** Un 64% de los ingresos fueron hombres, la edad promedio fue de 1,64 meses, el promedio de días de estada fue de 23 días (mínimo de 2 y máximo de 162). Los diagnósticos asociados al ingreso correspondieron en un 52% a causas respiratorias, un 24% a digestivas, 12% a neurológicas y otras un 12%. De los diagnósticos de egreso, el 18% correspondió a síndrome Apneico (Apnea central e idiopática); con respecto a las causas respiratorias, estas correspondieron a un 47%, gastroenterológicas 18%, neurológicas 5% y sanos 12%. **Conclusión:** Del total de ingresos por apnea, la mayoría de los casos correspondió a Apnea de tipo secundaria dentro de las cuales, lo más frecuente fueron las causas respiratorias, y aproximadamente un quinto de ellos correspondió a apneas primarias, siendo uno de origen central, y el resto fue catalogado como Apnea idiopática. No hubo mortalidad en este grupo de pacientes.

CARACTERÍSTICAS Y ENTORNO SOCIODEMOGRÁFICO DE RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, VALDIVIA 2005-2006

Mendoza Y¹, Barría RM¹.

¹Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia.

Introducción: Aun en niños sin riesgo biológico al nacer, existen condicionantes sociodemográficos como el embarazo no planificado (ENP), ser hijo de madre adolescente (MA) y bajo nivel de escolaridad materna (EM), que constituyen factores de riesgo para la salud infantil incluyendo riesgos de negligencia y maltrato. Estas condiciones deben ser valoradas por los profesionales sanitarios para reducir los problemas del niño en el contexto biosocial. **Objetivo:** Describir el perfil de recién nacidos de término (RNT) y sus condiciones sociodemográficas. **Material y Método:** Estudio de corte transversal. Entre Octubre de 2005 y Julio de 2006 se incorporó 401 madres de RNT ingresadas a la Maternidad del Hospital Clínico Regional de Valdivia, quienes consintieron para el estudio. Mediante entrevista, aplicación de cuestionario y revisión de expedientes clínicos, se recopiló antecedentes obstétricos, neonatales y sociodemográficos. La descripción de datos se basó en medidas de tendencia central y distribución de frecuencias. Asociación entre variables se evaluó mediante test exacto de Fisher, t-test y test de Mann-Whitney estableciendo un nivel de significación (p) < 0,05. **Resultados:** El peso al nacer y edad gestacional de los RN (media ± DS) fue 3470 ± 445 y 39,1 semanas ± 1,0, respectivamente, siendo 51% varones. Nacieron 69% por parto eutócico, 28,7% por cesárea (44,7% no programada) y 2,3% con forceps. La edad materna media fue 24,8 ± 6,6. Se constató 25,9% de MA y 59,5% de ENP. El número de controles prenatales (mediana [rango intercuartil]) fue 11 [9-13], siendo significativamente menor en MA y en casos de ENP. Destacó 19,8% de EM d^o 8 años y 29% de educación media incompleta. La distribución por estado civil/conyugal fue 30,9% solteras, 37,2% convivientes y 30,7% casadas. El ENP fue significativamente mayor en solteras (80,6%; p: 0,000), aún así, alcanzó 50% en convivientes y 48% en casadas. El ingreso mensual per cápita mediano fue \$ 30.000 [23.500-50.000]. El tamaño del grupo familiar (mediana) fue 5 [4-6]. En 11% de los hogares se observó ocupación de 4 personas por dormitorio. Otros datos de interés ambiental mostraron 98% de acceso a agua potable, 28,2% de tabaquismo intradomiciliario y 17,2% de asistencia de otro hijo a jardín infantil o sala cuna. **Conclusión:** El estudio se enfocó a determinar la proporción de reconocidos factores de riesgo para la salud del niño menor. Aunque Chile ha demostrado un importante desarrollo social, inequidades y situaciones de riesgo social persisten. El embarazo adolescente en Valdivia refleja la problemática invariable a nivel nacional, no obstante, es aún más alarmante la alta proporción de ENP que debe hacer reflexionar sobre las estrategias en planificación familiar.

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN ANTOFAGASTA. REPORTE DE UN GRAVE CASO EN LACTANTE (SHAKEN BABY)

Cárdenas A¹, Zlatar Y², Alvarado T³, Alliu K³, Avalos C³.

¹Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional Antofagasta. ²Interna Medicina, Universidad de Antofagasta. ³Becadas de Pediatría, Universidad de Antofagasta.

Introducción: El maltrato infantil es una dolorosa realidad en el país. Su diagnóstico en los lactantes es extremadamente difícil si el clínico no lo sospecha y su demora puede traer gravísimas consecuencias para el niño, incluyendo su fallecimiento, constituyéndose en una Emergencia. Una de las formas de Maltrato Infantil es el Síndrome del Niño Sacudido (SNS), definido como una forma de daño no accidental, que cursa con encefalopatía aguda, hemorragia sub-dural y retiniana y con una historia clínica inconsistente. La etiopatogenia sería estados hipóxicos, secundarios a episodios de apnea, que conlleva a edema cerebral. El motivo de consulta son las convulsiones (45%), conciencia alterada (43%), alteraciones respiratorias (34%), hipotonía y eventualmente opistótonos. **Caso clínico:** En nuestra UCIP se recibe a lactante con antecedentes de prematuridad, de 2 meses de vida, por presentar un cuadro de dos episodios convulsivos en los 3 días previos. Al ingreso está pálida, afebril, hipotónica, y hemodinámicamente estable. La RNM de cerebro, muestra la presencia de múltiples zonas isquémicas tipo infarto, que se interpreta como AVE masivo. En busca de su etiología se descartó trombofilias, vasculitis inmunológicas, focos de embolia y enfermedad metabólica. EEG hipovoltado. Se inició manejo con Fenobarbital. Evolución con caída de hematocrito que requirió de G.R. En examen de fondo de ojo se describen múltiples hemorragias retinales y vítreas compatibles con shaken baby syndrome. Nueva RNM encuentra colecciones sub-durales. Se realiza estudio óseo completo que demuestran fracturas antiguas en costillas 9, 10 y 11, ambos fémures, y en tibia derecha. Luego de dos meses y bajo protección judicial, egresa de nuestro Servicio con Fenobarbital por epilepsia secundaria y con evidente retraso del desarrollo psicomotor. **Comentario:** Presentamos este dramático caso, para alertar a los equipos de salud sobre este síndrome. Era un deber ético. En todo lactante con encefalopatía aguda, de causa no definida y con historias inconsistentes no debemos temer en plantear este diagnóstico.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MORDEDURAS OCASIONADAS POR PERROS, EN NIÑOS DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO

López J¹, Valdenegro F¹, Jofré L², Serrano M³, Pinilla C³.
¹Facultad de Medicina Veterinaria. Universidad Santo Tomás. ²Hospital Clínico Universidad de Chile. ³Servicio de Urgencia Pediatría Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Las mordeduras ocasionadas por perros es un problema de salud pública no bien dimensionado en nuestro país, afectan especialmente a los niños pequeños y pueden ocasionar secuelas tanto físicas como psicológicas. **Objetivo:** Caracterizar desde el punto de vista epidemiológico las mordeduras ocasionadas por perros en el sector Sur Oriente de Santiago. **Material y Método:** Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo de las consultas por mordeduras ocasionadas por perros, que fueron atendidas en el Servicio de Urgencia del H. Padre Hurtado, área Sur Oriente de Santiago, desde junio del 2006 a enero del 2007. De un total de 242 atenciones, se realiza una encuesta domiciliaria y evaluación del animal mordedor, por uno de los autores, a 172 afectados. Los datos se traspasaron a una base de datos adhoc para su posterior análisis estadístico. **Resultados:** Sexo de los accidentados: 66% H y 34% M. Distribución etárea: 0-3 años 26%, 4-7 a 35%, 8-11 a 23% y 12-15 a 16%. Ubicación anatómica: cara, cabeza y cuello 34%, extremidades superiores (ES) 26%, extremidades inferiores (EI) 26%, tórax 5%, dorso 3% y zona genital 1%. Según edad: en el grupo de 0-5 a es más frecuente en cara 50% y ES 50%, de 6-10 a ES 40%, EI 44% y cara 16%, de 11-15 a EI 61%, ES 26% y cara 13%. Tipo de herida: superficial 56% y profunda 44%. Se hospitalizó un 3%, requirió un procedimiento quirúrgico 35% y se complicó un 28%. El motivo de la mordedura fue encuentro casual 32%, provocación-amenaza 30%, jugando con el animal 17%, violación territorial 13%, manejo del animal 3%, agresión física 2%, durmiendo 1% y adiestramiento 1%. Se registró un mayor número de consultas en diciembre y enero. Un 42% tenía antecedente de mordeduras previas. Las razas de los caninos mordedores fueron: mestizo 65%, pastor alemán 11%, Cocker Spaniel 6%, Poodle 5% y otros 13%. En relación al sexo: macho 65%, hembra 13% y no sabe 22%. Edad del perro 1-5 años 50%, > 5 años 36% y cachorros 6%. Procedencia: de domicilio conocido 46%, doméstico 34%, callejero desconocido 11% y desconocido 9%. Tenían antirrábica al día 22%, no sabían 22% y sin vacuna 56%. **Conclusiones:** La mayoría de los ataques se presentan en menores de 7 años, son ocasionados por perros conocidos, la mayoría por mestizos y no provocado. Un alto porcentaje de los agresores de esta área no tiene la vacuna antirrábica al día. Este tipo de accidentes puede ocasionar complicaciones. Es importante la educación y la prevención.

PERFIL CLÍNICO DEL SBO EN NIÑOS DE ANTOFAGASTA, HOSPITAL CLÍNICO DR. LEONARDO GUZMÁN, AÑO 2006

Maldonado A¹, Cárdenas A².
¹Interna de Medicina. Universidad de Antofagasta. ²Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Antofagasta.

El Síndrome Bronquial Obstructivo representa el 58,3% de las consultas pediátricas. Aún más en el caso de los lactantes menores de un año estos cuadros bronquiales son recurrentes, por lo cual es considerada la patología que más deteriora la calidad de vida de los niños en nuestro país. No se conoce la realidad local de esta afección, por lo que se diseñó, un estudio descriptivo y retrospectivo, de niños que consultaron en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Antofagasta. Se utilizaron los DAU (dato de atención de urgencia), del año 2006, para la obtención de los datos de la muestra y el Epi Info 6 para el análisis descriptivo. Se definió como SBO el diagnóstico escrito por el médico en el DAU. De 1.658 pacientes, el 53,6%, fueron varones. El promedio de edad fue de 33 meses, con mayor frecuencia entre los lactantes mayores con un 19,9%. Los meses de mayor incidencia fueron Abril y Agosto. Se utilizó salbutamol presurizado en un 89% y asociado a corticoterapia en un 21%. La terapia abreviada se utilizó en un 26,4%, requiriendo hospitalización sólo un 22,6%. Se concluye que el SBO en Antofagasta presenta una leve mayor incidencia en varones, tiene una clara estacionalidad y afecta más a lactantes mayores. El manejo del episodio agudo con beta-agonistas fue lo más utilizado, con una buena respuesta clínica y baja necesidad de hospitalización.

IMPACTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA ATENCIÓN DE SALUD CERRADA DE LOS MENORES DE 15 AÑOS

Vargas F, Leiva H, León F.
 Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua. Servicio de Pediatría Hospital de San Fernando.

Introducción: La Infección del Tracto Urinario (ITU) es una de las enfermedades infecciosas bacterianas no epidémicas más frecuente en la edad infantil. En niños menores de 3 años con fiebre sin foco evidente, la ITU es la primera causa de infección bacteriana. Entre el 5 al 10% de los pacientes desarrolla cicatrices renales y algunos presentarán a futuro hipertensión arterial y/o insuficiencia renal crónica. **Propósito:** Dimensionar el impacto de esta patología en días de hospitalización, letalidad e impacto económico. **Material y Método:** Se revisan la base de datos de egresos hospitalarios de Chile del período 2001-2005 y la base de egresos hospitalarios de la sexta región de I período 1993-1998. Se comparan las variables edad, condición al egreso, sexo, tipo de hospital, días de estada y sexo de los egresos debido a ITU con el resto en Chile y en la sexta región. Además se compara la situación de las variables descritas en los egresos de la sexta región en la década del 90 y en los años 2000s. Se realiza el análisis estadístico mediante SPSS 12.0. **Resultados:** Del total de egresos de menores de 15 años en el período 2001-2005 (1.655.659), el 1,2% correspondió a ITU, el 70,4% fueron niñas, que es diferente a los egresos no ITU en que sólo 42,8% son de sexo femenino ($p < 0,0001$), el promedio de edad fue 2,96 años que es menor que el promedio de las otras enfermedades (4,5 años) $p < 0,0001$. Los promedios de días de estada por ITU son menores (4,8 días) que el resto (4,9 días), $p < 0,0001$. La letalidad en egresos ITU es menor ($p < 0,0001$) y la hospitalización es mayoritariamente en hospitales públicos (84,3%). La edad promedio de los egresos privados es menor (2,5 años) que en el sector público (3,0 años), $p < 0,0001$. En la comparación en la sexta región de las décadas de los 90s y 2000s, las ITU significaron el 1,5% en ambos períodos (90s $N = 1.051$) (2000s $N = 1.168$) Los resultados más relevantes muestran disminución de los promedios de edad (90s = 4,2 años; 2000s = 3,3 años, $p < 0,0001$) y del promedio de días estada (90s = 6,1 días, 2000s = 4,9; $p < 0,0001$). Aparece un aumento de la letalidad desde 0,1% en los 90s a 1,8% en la década actual, ($RR = 18,9$ y $p = 0,0001$). El gasto que ha significado para el sistema hospitalario y las familias es cuantioso y representó \$ 259.820.463 en los períodos estudiados. **Conclusiones:** La ITU es un problema de salud pública preferentemente de los hospitales públicos, aunque en la década de los 2000s ha aumentado la hospitalización privada en nuestra región, es causa importante de morbilidad aguda, hospitalizaciones, gasto y secuelas a largo plazo en los menores de 15 años.

DIARREA AGUDA INFANTIL: ¿CUÁNTO SABEN LAS MADRES?

Contreras J¹, Álvarez M², Astorga H², Brown R².
¹Servicio de Pediatría Hospital San Juan de Dios, La Serena. ²Alumnos Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. Hospital de La Serena, Chile.

Introducción: La diarrea aguda constituye una causa muy frecuente de consulta ambulatoria en nuestros niños, además de producir un gran número de hospitalizaciones, especialmente por la deshidratación secundaria. El adecuado manejo inicial en el hogar puede prevenir las complicaciones de este cuadro. **Objetivo:** Obtener información acerca del grado de conocimiento que tienen las madres o cuidadores de los niños en relación a conceptos de detección, tratamiento y prevención de la diarrea aguda. **Material y Método:** Estudio exploratorio por medio de encuesta de 12 preguntas, aplicada por encuestadores, a una muestra de 186 madres o cuidadores de niños de hasta 15 años de edad, pacientes del Policlínico de Pediatría del Hospital de La Serena, durante Agosto y Septiembre de 2007. **Resultados:** Un 5,4% rechazó responder la encuesta. El 100% de los encuestados sabe reconocer cuando un niño presenta diarrea. El 42% refirió que, como primera medida a tomar con su hijo con diarrea, lo llevaría al Servicio de Urgencia y sólo el 30% le daría líquidos en forma reiterada. El 77% refirió que lo más importante que se debe evitar en un niño con diarrea es la deshidratación, seguido de un 12,5% que evitaría la fiebre. En cuanto al tratamiento más importante en su niño con diarrea, el 53% eligió las sales de rehidratación oral, seguido de anti-diarreicos en un 26% y 16% de antibióticos. En cuanto al conocimiento acerca de mecanismos de adquisición de la enfermedad diarreica, el 55,8% reconoce como causa el contagio a través de las manos. En relación a cómo prevenir la diarrea en sus niños, el 25% destaca la adecuada higiene en la preparación de los alimentos, un 15% el adecuado lavado de manos en la familia, y el 33% la combinación de ambos. En cuanto a las características de la población encuestada, el 86% correspondió a la madre. La mayoría de los encuestados tenía entre 20 y 30 años de edad (37,5%) y en su mayoría habían completado la educación media. **Conclusiones:** 1) Se observa que las madres saben reconocer un cuadro diarreico, el principal riesgo y mecanismos de adquisición y prevención; 2) Queda en evidencia la necesidad de reforzar la importancia primordial del uso de terapia de rehidratación oral en el hogar.

SÍNDROME DESMIELINIZANTE EN NIÑOS: CASO CLÍNICO

Martínez G¹, Peters A¹, Aguilera D², Escobar P³.

¹Becadas Pediatría Universidad de Concepción, ²Interna Medicina Universidad de Concepción, ³Unidad de Genética HGGB.

Las enfermedades desmielinizantes son aquellas que se caracterizan por presentar destrucción de la mielina. Pueden ser Primarias de carácter genético o Secundarias a Tóxicos, Inflamación/Infección y fenómenos vasculares. Se manifiestan por alteraciones motoras y visuales y en niños pequeños por retraso del desarrollo psicomotor y alteraciones de la marcha. A partir de los cinco años alteraciones de comportamiento. Se desarrollan parálisis espásticas, movimientos anormales y espasmos tónicos, con evolución a un estado demencial y una rigidez de descerebración, que conduce a la muerte inexorablemente. **Caso Clínico:** Menor, sexo femenino de 11 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que desde marzo del 2006 presenta temblor fino de ext. sup e inf. derecha, paresia, disartria, disgrafia, baja de 10 kg de peso. RNM: atrofia cerebral, desmielinización difusa. RNM médula: normal. Fondo de Ojo Normal. Espectrometría de masas en Tandem normal. Bandas oligoclonales LCR: neg. Cuadro clínico se reagudiza en Junio 2007 con dificultad en la marcha, disgrafia y pérdida del equilibrio. RNM cerebro: aumento de zonas comprometidas. Estudio Inmunológico Normal. Amonemia, Lactacidemia y Cetonemia normal. Screening Metabólico en orina: negativo Tratamiento con metiprednisolona en bolus, y prednisona oral permanente. Evaluación neurológica actual: temblor fino ext. sup. derecha, paresia del lado derecho. Pares craneales normales. Respuesta plantar flexora bilateral. Disgrafía sin compromiso cognitivo. **Comentarios:** Las enfermedades desmielinizantes constituyen patologías heterogéneas en las cuales hay que descartar diversas causas. La RNM cerebral es indispensable para el diagnóstico. La evolución es progresiva con períodos asintomático como el caso de esta menor. El estudio debe abarcar patologías de origen genético, como también descartar patologías auto inmunes, exposición a tóxicos, infecciones y enfermedades inflamatorias. El tratamiento es con corticoides.

ESTUDIO DE ANÁLISIS DE COSTOS: APNEA DEL LACTANTE, HOSPITAL SAN BORJA-ARRIARÁN, PERÍODO 2004-2005

Rivas M, Hernández A, Fadic C.

Hospital San Borja-Arriarán, Sede Centro, Universidad de Chile.

Es un desafío para el pediatra identificar la etiología del síndrome de apnea del lactante, por lo que además de una buena anamnesis y examen físico, se solicitan numerosos exámenes complementarios, lo que lleva a un aumento de los costos del estudio de estos pacientes. **Objetivos:** 1) Determinar los métodos de estudio complementario que se utilizaron en los pacientes con diagnóstico de apnea del lactante, en el servicio de pediatría hospital San Borja-Arriarán años 2004-2005; 2) Análisis de costos involucrados en el estudio de pacientes con diagnóstico de apnea del lactante, en el servicio de pediatría, hospital San Borja-Arriarán años 2004-2005. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, con uso de fichas clínicas de 45 pacientes con diagnósticos de egreso hospitalario de apnea del lactante, durante los años 2004-2005. La información de costos se obtuvo del depto. de valoración del hospital, utilizando códigos Fonasa vigentes. **Resultados:** Se analizaron 45 pacientes, con un promedio de gastos por hospitalización de \$ 366.994, promedio de día cama de 11,4 días (2-35) (\$ 288.926) los exámenes complementarios más solicitados: hemograma 1,3 por paciente (1-6) (\$2.242), Perfil bioquímico: promedio de 1,3 (1-3) (\$6.306), radiografía de tórax: promedio de 1,06 (0-3) (\$ 11.136), IFI viral: promedio 0,9 (\$2.809), se solicitó amonio en sangre a 31 pacientes (\$ 36.890), láctico a 33 (\$ 70.620), ecografía cerebral a 31 pacientes (costo total \$ 386.000), ECG a 25 pacientes (costo total: \$ 93.500) polisomnografías en 21 pacientes. De los interconsultores por especialidades, hubo un promedio de 3,6 por paciente (\$ 19.182). **Conclusión:** Esta investigación confirma el uso de numerosos estudios complementarios para el estudio del síndrome apneico, dado por sus múltiples etiologías, y su alto costo, tanto económico como psico-emocional de nuestros pacientes. Sería conveniente el desarrollo de algoritmos estandarizados para el estudio del síndrome de apnea del lactante.

FOMENTANDO LA VIDA SALUDABLE DESDE LACTANTES: PROYECTO ESCUELAS SALUDABLES, EN UN JARDÍN INFANTIL DE OLMUÉ

Silva P, Ariztía E, Burgos V, Castillo R, Pacheco S, Queirolo M, Vidales A. Universidad de Valparaíso.

Introducción: Es posible que la malnutrición comience antes del nacimiento y dure toda la vida. Las prácticas de alimentación inadecuadas en los primeros dos años de vida tienen consecuencias negativas inmediatas, y a largo plazo, sobre el crecimiento y el desarrollo. **Objetivos:** crear hábitos de estilos de vida saludable mediante educación, perdurable en el tiempo, desde lactantes a los padres, apoderados y niños. **Material y Método:** Estudio Descriptivo, enmarcado dentro del proyecto docente asistencial: "Escuelas Saludables", implementado el año 2007 en el jardín infantil "Blanca Nieves" JUNJI, en alianza con profesores, padres, alumnos y personal de salud, que cuenta con tres ejes. Abarca nivel transición y medio mayor. Actividades Eje Nutricional: charlas a padres, obras de títeres donde el tema central es la vida saludable, adaptadas a su lenguaje, cursos de cocina saludable para los padres y educadoras, donde se les enseña a hacer con los recursos disponibles en la zona y de acuerdo a su nivel económico recetas saludables para sus hijos. Se calculó P/T, utilizando estándar OMS. Actividad Física: realización y reforzamiento de actividades físicas lúdicas. Eje odontológico: en proceso, revisión de infraestructura. **Resultados:** Eje nutrición: Se evaluaron 39 alumnos. 58,97% eutróficos, 23% obesidad, 15,38% sobrepeso y 2,5% riesgo de desnutrición. **Conclusión:** A partir del 2007 se decide incorporar al PES un jardín infantil. Las actividades desarrolladas se caracterizaron por ser proactivas, donde las charlas son la menor parte, enfocándonos en talleres interactivos con trabajo participativo y activo que representan la mayor parte de estas, cooperando tanto padres, apoderados, alumnas de párvulo, equipo de salud del Consultorio de Olmué e invitados. Nos llama la atención la diferencia entre las cifras nacionales para obesidad y sobrepeso y las nuestras, creemos necesario evaluar el resto de los jardines infantiles de nuestra comuna para poder evaluar las posibles causas de estas cifras y poder poner atajo a estas desde el control de niño sano, que es la instancia donde los padres están más susceptibles de ser educados e incorporar nuevos hábitos para sus hijos. El compromiso de las educadoras ha sido destacable, incorporándose en todas las actividades realizadas, incluso en las visitas familiares, transformándose en verdaderas promotoras de salud.

MUERTES POR SUICIDIO EN NIÑOS DE ANTOFAGASTA

Cárdenas A.¹, Zlatar Y.², Vivero A.³, Villalobos F., Lagunas E.³

¹Médico Pediatra, Servicio de Pediatría Hospital Clínico Regional de Antofagasta (HCRA). ²Interno Carrera de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Antofagasta. ³Enfermera del Servicio de Pediatría.

Introducción: Con nuestra forma de vida actual, la salud mental, se ha convertido en un gran problema de Salud Pública y nuestros niños no son inmunes a esta realidad. Es por ello que en los últimos años hemos presenciado un progresivo aumento en patología mental pediátrica, incluyendo su más temible consecuencia: el suicidio. **Objetivo:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de suicidio documentados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Antofagasta. **Material y Método:** De la totalidad de niños fallecidos entre Enero del 2000 y Julio del 2007, se analizó los decesos por suicidio, en total 3 casos, realizando un análisis descriptivo. **Resultados:** La muerte por suicidio corresponde a un 1,8% (3/168) de la mortalidad registrada en el Servicio de Pediatría del HCRA durante el periodo descrito. La edad de los suicidios documentados se encuentra entre los 13 y 14 años, siendo dos de ellos hombres. Todos los suicidios se cometieron en otoño, entre el 2005 y 2007. En cuanto al método, dos fueron mediante ahorcamiento y uno por intoxicación con organofosforados. Las causas no pudieron ser precisadas en dos de los casos, quienes no tenían antecedentes psicosociales; en tanto que uno de ellos, padecía un cuadro prolongado de depresión en tratamiento, asociándose disfunción familiar y abuso de drogas. Todos los pacientes provienen de Antofagasta, de clase social media-baja. **Conclusión:** Si bien el suicidio infantil no es una causa de muerte prevalente, preocupa profundamente a nuestra sociedad. Al analizar los casos solo uno presentaba una atención de salud en cuanto a sus alteraciones psicosociales, lo que nos hace pensar que probablemente nuestra intervención es insuficiente en este grupo etario. Creemos que es importante realizar un estudio incluyendo los intentos de suicidio en los niños de Antofagasta, para dimensionar adecuadamente esta problemática, como también crear un centro regional de Adolescencia, para darle a este grupo un manejo integral, pero a la vez específico.

PREESCOLARES EUTRÓFICOS: ¿ESTA DISMINUYENDO SU PREVALENCIA?, ESTADO ACTUAL EN UN JARDÍN INFANTIL RURAL, OLMUÉ

Silva P, Ariztía E, Pacheco S, Queirolo M, Burgos V, Castillo R, Vidales A. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.

Introducción: La alta prevalencia de obesidad infantil es un gran problema de salud pública. Según MINSAL, alcanza un 23,45%, siendo eutróficos menos de un 76,55%. Debido a la asociación entre la obesidad infantil y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, es necesario prevenir, involucrando a los sectores educación, salud, y la familia. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de los alumnos eutróficos y con trastornos por malnutrición en los preescolares. **Materiales y Método:** Se realizó la evaluación nutricional a preescolares del jardín infantil Blanca Nieves, (JUNJI), ubicado en Olmué, inserto en el proyecto de escuelas saludables, que incentiva estilos de vida saludable y hábitos alimenticios. La evaluación nutricional fue realizada por el equipo de salud del proyecto: médicos, kinesiólogos, terapeuta ocupacional y nutricionista, considerando peso y talla. El diagnóstico nutricional fue realizado en base a los parámetros de la OMS. **Resultados:** Se evaluaron 52 alumnos preescolares. Diagnóstico: 61,5% eutrófico, 1,92% riesgo de desnutrición, 23% sobrepeso, 13,46% obesidad.

PROYECTO ESCUELAS SALUDABLES: A DOS AÑOS DE SU INICIO SE LOGRA LA META EN ESCUELA UNIDOCENTE DE OLMUÉ

Silva P, Sepúlveda C, Ariztía E, Burgos V, Castillo R, Pacheco S, Queirolo M, Vidales A. Universidad de Valparaíso.

La obesidad infantil es cada día más frecuente con desencadenantes multifactoriales. Actualmente las políticas en salud se orientan a su prevención mediante diagnóstico e intervención oportuna creando estrategias en salud, multisectoriales, para mantener los niños eutróficos. **Objetivo:** Crear hábitos de estilos de vida saludable mediante educación, perdurable en el tiempo. **Metodología:** Estudio Descriptivo, enmarcado dentro del proyecto "Escuelas Saludables", implementado en 4 escuelas municipalizadas y 1 jardín infantil JUNJI, es un proyecto docente-asistencial de la Universidad de Valparaíso, iniciado el 2005, con tres ejes: nutricional, actividad física y odontología preventiva. La escuela la Ramayana, unidocente, cuenta con 1 profesora para kínder a sexto año. Se evaluó actividad física, diagnóstico odontológico (COP, revelado de placa bacteriana, y estado del cepillo). Se calculó P/T, e IMC, utilizando el estándar CDC-NCHS-OMS. **Resultados:**

Eje Nutricional	Año 2005 %	Año 2007 %
Eutrófico	58,33	100
Sobrepeso	16,67	0
Obesidad	8,33	0
Riesgo de Desnutrir	16,67	0

Eje odontológico: Índice COP promedio: C: 1 O: 1 P: 0. **Eje educación física:** Se evaluó la actividad física, y apoyó el contenido. **Conclusiones:** Los problemas de malnutrición por exceso sobrepasan el 60%, por lo que es necesario implementar políticas a nivel local, y a nivel nacional. Esta escuela aumentó de 2 a 4hrs educación física semanales efectivas, apoyados en el software "la vertiente mágica" que incentiva la actividad física. También se ha implementado un concurso, orientado a promover los hábitos de higiene. Los resultados reflejan que las acciones han dado sus frutos, apoyados en la docente a cargo. Tenemos resultados que reflejan la efectividad de las acciones realizadas, pero el resultado del trabajo en promoción de salud se verá a más largo plazo. Según sexo: masculino: 60,8% eutróficos, 17,39% sobrepeso, 21,73% obesidad, sexo femenino: 62% eutróficos, 27% sobrepeso, 6,8% obesidad y 3,44% riesgo de desnutrir. **Conclusiones:** Encontramos un 11% más de malnutrición por exceso en relación a las cifras MINSAL actuales. No es necesario un mayor análisis estadístico para saber que algo pasa en nuestra localidad y a nivel nacional que día a día aumenta estas cifras alarmantemente. Nos queda la interrogante de la causa, por lo cual pensamos aumentar nuestra muestra, abarcando a toda la comuna y eventualmente invitar a otras para unificar criterios. Es necesario conformar en los jardines infantiles equipos multidisciplinarios, fomentando alianzas efectivas entre salud y educación que nos permitan conocer la real magnitud del problema y plantear posibles soluciones a esta pandemia, para así poder poner atajo desde la más tierna infancia, que es donde aun podemos revertir esta situación, tanto en los hábitos y creencias de los padres como de los niños y la familia que los rodea.

ESCUELAS SALUDABLES: PROYECTO PILOTO DE ENFOQUE FAMILIAR EN PREESCOLARES OBESOS DE UNA COMUNIDAD RURAL. OLMUÉ

Silva P, Ceballos C, Vidales A. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La familia tiene una influencia fundamental en el desarrollo e instauración de los hábitos y estilos de vida de los niños. Cambiar estos hábitos será posible si se logra un enfoque familiar con equipos de apoyo multidisciplinarios en el niño, hogar y comunidad escolar. **Materiales y Método:** El proyecto piloto de enfoque familiar, está inserto dentro del proyecto escuelas saludables, el cual tiene por objetivo crear hábitos de vida saludables, enfocándose en tres ejes: odontológico, actividad física y nutrición. Posteriormente a la evaluación nutricional, se decide intervenir aquellos casos de obesidad encontrados, (11 alumnos), se utilizó el familograma, que permite apreciar las relaciones interpersonales familiares, pesquisar factores de riesgo bio-psicosocial, médicos y analizar la dinámica familiar. Se programaron visitas domiciliarias donde se efectuó educación, sobre consecuencias de la obesidad a corto y largo plazo, fomento de la actividad física y dieta saludable y revisión del refrigerador, todo esto en un lenguaje acorde al nivel socio-cultural de la familia, realizadas por el equipo de salud en compañía de una parvularia del Jardín Infantil. **Resultados:** del total de alumnos obesos un 27% correspondió al sexo femenino y 73% masculino, 27% presentaba antecedentes de macrosomía al nacer, 55% con antecedentes de riesgo cardiovascular en la familia, 64% con antecedentes de riesgo social, el aporte diario en la minuta del jardín correspondió en promedio a 800 kilocalorías. **Conclusiones:** Debemos recordar que los hábitos alimenticios se instauran y forman en el hogar, nosotros apreciamos en los alumnos obesos una alta prevalencia de disfunción familiar, como de factores de riesgos cardiovascular en familiares. Aun están en una edad factible de intervenir, donde si incorporamos a la comunidad escolar, creamos una mejor alianza entre el equipo de salud-comunidad escolar y familia que nos sienta las bases para poder instaurar hábitos beneficiosos para los alumnos. Nos sentimos motivados a continuar con este proyecto, ya que nos permite articular una efectiva red de trabajo entre la universidad, consultorio de Olmué y el jardín familiar, mas aun cuando en el poco tiempo que se ha realizado ya se han vistos cambios en las familias. Esperamos para el 2° semestre incorporar todos los niños obesos del jardín infantil. Destacamos la gran participación tanto de las parvularias como la directora que son el pilar fundamental en las visitas domiciliarias acercándonos a las familias.

PREVALENCIA DE SARCOPENIA, OBESIDAD Y SOBREPESO EN POBLACION INFANTIL DE LA OCTAVA REGION

Tapia J¹, Martínez CG², Silva D³, Tapia P³, Siegmund D³, Tapia C⁴, Urrizola F⁵. ¹Cardiólogo Infantil, Profesor Asistente Pediatría Universidad de Chile. ²Int. Medicina Universidad de Chile. ³Int. medicina USS; ⁴Als. Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La sarcopenia es la pérdida de masa muscular > 2 ds para la edad y de fuerza. Ocurre a partir de los 30 años de edad, a un ritmo de 0,5% anual hasta los 50, en los 20 años siguientes se pierde un 30% de masa muscular y en la década siguiente otro 30%. Este fenómeno, propio del envejecimiento y del sedentarismo, es un pilar del "Síndrome de Fragilidad" que se manifiesta en la 3ª edad, y afecta principalmente a las fibras tipo II. Se puede estimar indirectamente por la masa magra, o "masa libre de grasa" (músculo-visceras y hueso), por tomografía computarizada (DXA) o impedanciometría. Su prevalencia en 13-24% en menores de 70 años y 50% en mayores de 80. Muchas políticas de promoción de estilos de vida y estrategias enfocadas a reducir el riesgo metabólico y cardiovascular en niños, hasta la fecha no han incorporado a la sarcopenia como factor relevante del riesgo global. **Objetivo:** Cuantificar la magnitud del déficit de masa magra en niños aparentemente sanos y su relación con el estado nutricional por IMC y sexo. **Metodología:** Se evalúan 692 niños entre 5 y 19 años, controlados en una consulta de pediatría general entre Agosto 2006 y Septiembre 2007, con un analizador de composición corporal profesional (Tanita@AF-300). En cada uno de ellos se determinó el IMC, masa magra, masa grasa, tasa metabólica basal (TMB), circunferencia máxima de cintura, Flujo inspiratorio nasal máximo con flujómetro Mini Writhe® y presión arterial con monitor no invasivo Dynamap®. El estado nutricional se evaluó con tablas para IMC según sexo del NCHS y los percentiles de presión arterial ajustados por edad, sexo y talla aprobados por el Minsal. **Resultados:** 390 fueron de sexo masculino y 302 de sexo femenino, un 39% de los hombres y 51,6% de las niñas tenían IMC normal, sobrepeso 28,5 y 29,7%, Obesidad 22,7 y 10,2% respectivamente. Un 34,3% de los niños y 34,8% de las niñas tuvo masa magra bajo el promedio para edad y sexo, y hubo un predominio significativo en el sexo femenino, en particular en los grupos con riesgo de obesidad y obesas. **Conclusiones:** El déficit de masa magra es prevalente en la población infantil y adolescente de la Octava Región.

INFECCIÓN POR HANTAVIRUS Y SÍNDROME CARDIOPULMONAR. EXPERIENCIA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HOSPITAL BASE VALDIVIA

Caro D, Wenzel MS, Mansilla P, Subiabre MJ.
Hospital Base Valdivia.

La infección por hantavirus se presenta por primera vez en Valdivia en el año 1993 en un grupo de pacientes que se diagnosticaron y trataron como neumonía atípica, cuyo diagnóstico se hizo en forma retrospectiva por serología. En Chile, hasta septiembre del 2007 se han presentado 531 casos con una letalidad de 37%. Un 15% de los casos corresponden a pacientes menores de 15 años.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los casos pediátricos de infección por hantavirus en el período entre 1998 y 2007, ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Base Valdivia. **Resultados:** Se han presentado 11 casos, de los cuales un 55% son de sexo masculino. El rango etario va desde los 2 años 2 meses hasta los 14 años 8 meses. Todos tuvieron 2 o más consultas previas al ingreso. Todos, a excepción de un paciente se contagiaron en una localidad rural. La clínica previa al ingreso se caracterizó por fiebre en un 91%, vómitos 73%, dolor abdominal 64%, cefalea 55% y mialgias 36%. Dentro de los parámetros de laboratorio característicos al ingreso predominó la hemoconcentración, trombocitopenia, elevación de LDH y transaminasas e hiponatremia. Un 64% de los pacientes requirieron manejo con drogas vasoactivas, corticoides y ventilación mecánica. La letalidad fue de 18% (2 casos). **Comentario:** Los hallazgos clínicos y de laboratorio encontrados en nuestra serie concuerdan con lo descrito en la literatura. La letalidad en nuestros pacientes es prácticamente la mitad de lo descrito para el país. Esto la atribuimos al alto índice de sospecha y pronta derivación existente en nuestra región, lo que permite un monitoreo y terapia precoz en la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADO DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES POST OPERADOS CARDÍACOS CON SÍNDROME DE DOWN (SD) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA (HCUC). ESTUDIO PRELIMINAR

Cardoso I, Herrera M, Carrasco J, Castillo A, Clavería C, Córdova G, Rodríguez J.
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En unidades de cuidado intensivo (UCI) la incidencia de reintubación en menores de 5 años varía de 1 a 6,7%. En un estudio reciente del HCUC se encontró una tasa de extubación fallida de 9,9% post cirugía cardíaca, y de estos el 22% correspondía a pacientes con SD. Uno de los factores de riesgo de extubación fallida es el uso de un tubo más grande en relación al tamaño de la glotis. En los niños con SD se ha demostrado que deberían ser intubados con tubos endotraqueales más pequeños. Nuestro objetivo es evaluar en esta población los resultados de la extubación post cirugías cardíacas, con énfasis en el análisis del tamaño de tubo endotraqueal usado. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se revisó las fichas médicas de los pacientes con SD operados por cardiopatía congénita y hospitalizados en la UCI de pediatría del HCUC entre noviembre de 1999 y junio del 2007. Fueron excluidos aquellos casos que se trasladaron a otro hospital antes de ser extubados. **Resultados:** Se evaluó 69 pacientes con SD que fueron operados por cardiopatía congénita. Se consideró cada cirugía como un episodio, obteniéndose 77 episodios. La edad promedio de la cirugía fue 12,5 meses de edad (rango de 7 días hasta 7 años). El 54,5% correspondían a hombres. El 33,8% presentaba alguna intercurencia infecciosa previa a la cirugía, de estas el 54% era una infección respiratoria baja. El 60% se extubó después de las 48 hrs de la cirugía cardíaca. Se encontró un 33,7% de reintubación. De los pacientes que fueron intubados con un tubo endotraqueal adecuado (según lo recomendado por la literatura) sólo el 5% se reintubó durante su evolución, en comparación a un 28% de reintubación de los pacientes intubados con un tubo 1 ó 2 medidas más que la recomendada ($p > 0,01$). De las características de los pacientes reintubados vs los no reintubados, se encontró que fueron más reintubados los hombres, y los que tuvieron tiempo de intubación más prolongados (> 48 hrs) post cirugía cardíaca ($p > 0,01$). **Discusión:** Los pacientes con SD con cardiopatía congénita son frecuentemente intervenidos quirúrgicamente y presentan más tasa de falla de extubación que los pacientes con cardiopatía congénita sin SD. Encontrándose en este trabajo que el tamaño inadecuado del tubo afecta significativamente el resultado de éxito de extubación de estos pacientes.

MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS EN UCI PEDIÁTRICA

Peñaloza G, Bustos R, Soto G, Miranda R, Escobar R, Bancalari B, Torres C.
UCI Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB), Concepción, Chile.
Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El trasplante de órganos constituye una importante herramienta terapéutica para numerosas enfermedades terminales en pediatría. El reconocimiento y mantención de los potenciales donantes de órganos, así como el acercamiento a las familias se realiza principalmente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). **Objetivos:** Caracterizar los casos de muerte encefálica (ME), procuramiento y donación de órganos en una UCIP. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en donde se analizaron todos los casos de ME ocurridos entre el 1 de enero de 2001 y el 30 de junio de 2007. **Resultados:** En el período estudiado, de 2.476 ingresos, 210 (8,5%) pacientes fallecieron. De éstos, 22 niños (10,5%) presentaron ME. La causa más frecuente de ME fueron las lesiones neuroquirúrgicas agudas (50%), y dentro de éstas el TEC (32%). En el 100% de los pacientes, el diagnóstico de ME se realizó por examen clínico por neurólogo, corroborado con EEG. En el 77% de los casos se utilizaron pruebas vestibulares y SPECT en 2 casos. De los 22 niños, 9 no lograron ser estabilizados y 5 poseían contraindicaciones médicas para ser donantes, solicitándose donación en los 8 niños restantes. En el 50% de los casos se rechazó la solicitud, lográndose el consentimiento sólo en 4 menores, todos los cuales fueron exitosamente procurados, en un promedio de 12,5 horas. Se realizó donación multiorgánica en 3 de los 4 donantes efectivos, con un total de 1,5 órganos y 1 tejido donado por niño. **Conclusión:** En nuestra serie se observan índices de pesquisa aceptables de donantes potenciales, sin embargo su mantención y procuramiento continúan siendo un desafío en nuestra realidad. Aun así, la donación efectiva de órganos resultó adecuada, pero muy por debajo de las necesidades nacionales.

ESTREPTOQUINASA EN DERRAME PLEURAL

Zúñiga J, Gárate N, Denegri M, Zúñiga M, Gárate N.
UCI Félix Bulnes¹, Infecciosos Félix Bulnes², Alumno Medicina Universidad de Chile³, Alumno Medicina Universidad Andrés Bello⁴.

Introducción: En el último tiempo, especialmente en adultos, se plantea el uso de fibrinolíticos intrapleurales como alternativa a la cirugía, en el manejo de los derrames pleurales complicados. Se muestra la experiencia de 6 casos tratados con estreptoquinasa, entre Mayo 2006 y Agosto 2007. **Resultados:** 6 niños entre 1 año 4 meses y 3 años 6 meses, con diagnóstico de ingreso de pleuroneumonía, 1 además con varicela, de 2 a 7 días de evolución de la enfermedad, con fiebre en los 6 casos y 4 días promedio de duración; todos tienen Rx concordante y solo en 3 se hizo ecografía al ingreso que muestran derrame significativo; de los otros exámenes: PCR > 150 mg/L los 6, VHS > 90 en 4 y de 45 en 2 casos; Hemograma: los 6 con anomalía del número de GB y desviación a izquierda. Se aisló germen en líquido pleural o hemocultivos en 4 y en ambos sitios en 1; Estreptococo neumonía en 2 y Estreptococo Grupo A en 2. Los 6 líquidos pleurales fueron purulentos con leucocitos entre 4.000 y 80.000, > 10.000 en 5; glicemias entre 12 y 70 mg, < 40 mg en 4 y proteínas entre 2,2 y 19 gr, > 3 g en 4 (por razones de laboratorio no se efectuaron otros análisis del líquido); 3 casos recibieron antibióticos previos a su ingreso. La dosis de estreptoquinasa fue de 12.000 U/K, se administró por 3 días en 3 casos y por 4 días en 3; los egresos de líquido pleural promedio por día fueron: de 286, 205, 325 y 150 ml respectivamente, en todos los casos se describe líquido purulento con moldes de fibrina, Las Rx y Ecotomografías de control muestran: En las Rx mejoría parcial en todos, en las Ecografías 3 son normales, 2 con mínimo derrame y 1 con mínimo derrame y tabiques. La hospitalización fue de 7 a 31 días, promedio 17 días, no hubo pacientes febriles post terapia, no hubo complicaciones y tampoco fallecidos, el drenaje postterapia se retira en 4 a las 24 horas, en 1 a las 48 horas y en 1 a los 5 días. **Conclusiones:** Si bien nuestra muestra es pequeña, los resultados permiten plantear como una alternativa a la cirugía el uso de fibrinolíticos intrapleurales en el derrame pleural en niños, ya que evita los riesgos inherentes al acto quirúrgico, es más económico y al parecer disminuye días de estadía.

BOTULISMO INFANTIL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. REPORTE DE CASO

Arriagada D¹, Bertrán K², Troncoso P³, López ME³, Donoso A³.
¹Becada Pediatría, ²Interna Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana; ³Área de Cuidados Básicos. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El botulismo es un trastorno poco frecuente en nuestro país. Se caracteriza por una parálisis flácida descendente aguda, causado por la neurotoxina del *Clostridium botulinum*. De las cuatro formas conocidas, el botulismo infantil es la más frecuente en la actualidad, afectando exclusivamente a menores de un año y resulta de la ingesta de esporas botulínicas. Es sabido que la miel es fuente infectante y evitable como punto de partida de la enfermedad, sin embargo, en la mayoría de los casos el origen de las esporas permanece desconocido. **Objetivo:** Reportar un caso de botulismo infantil. **Caso clínico:** Lactante de 7 meses, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos. Historia de dos semanas de coriza, tos y decaimiento. Recibe tratamiento con salbutamol, antiinflamatorios no esteroidales y amoxicilina por cinco días, sin mejoría de síntomas. Tres días previos a su ingreso, presenta exacerbación de sintomatología respiratoria, mayor decaimiento, succión débil y llanto disfónico. Ingresó con diagnóstico de Síndrome bronquial obstructivo. A su ingreso afebril, normotenso, sin requerimientos de oxígeno, destacando solamente al examen físico sostén cefálico débil, ptosis palpebral, fuerza disminuida en las cuatro extremidades y escasa signología respiratoria. Exámenes de laboratorio al ingreso sin alteraciones. Evolución con debilidad muscular progresiva, dificultad para alimentarse y constipación. Se obtiene antecedente de ingesta de miel destinado al alivio de la sintomatología. Se plantea diagnóstico de botulismo, enviándose muestra de heces para confirmación, resultando positivo para *Clostridium botulinum* grupo I tipo A. Se realiza electromiografía con hallazgos compatibles con diagnóstico planteado. Ingresó a UCI para monitorización respiratoria. Sin progresión de compromiso muscular, pero presentado cifras tensionales arteriales sobre percentil 95, atribuyéndose a disfunción autonómica. Se inicia tratamiento con bloqueadores de canales de calcio, con respuesta adecuada, normalizándose presión arterial a los pocos días. Se traslada a sala con recuperación progresiva del tono muscular y realimentación por vía oral, dándose definitivamente de alta a los 30 días de su ingreso. Control ambulatorio con importante regresión de sintomatología. **Comentario:** El botulismo infantil es una enfermedad potencialmente letal (asfíxia, muerte súbita) de no tratarse oportunamente y de difícil diagnóstico, ya que su presentación es similar a otros cuadros clínicos, por lo cual es fundamental un alto índice de sospecha. Se debe de insistir en la estimulación de las medidas de prevención para los menores de doce meses de edad.

TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A PERICARDITIS PURULENTE FULMINANTE POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

Bertrán K¹, Yarmuch P², Díaz F², Donoso A², Cruces P², Mercado C².
¹Interna Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.
²Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: La Pericarditis purulenta (PP) es infrecuente en la actualidad. De presentación grave y alta letalidad, en la era pre-antibiótica, el *S. pneumoniae* era el agente principal. Desde la introducción de la penicilina, sus reportes han sido cada vez más escasos. **Objetivo:** presentación de caso de Taponamiento Cardíaco (TC) por presentación fulminante de PP. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 3 meses. Evaluado por palidez, rechazo alimentario y dificultad respiratoria de 6 horas de evolución. Pálido, quejumbroso, FC: 142/min, T° 37°C, Shock Index (SI) 1,94. Rx de tórax: sin foco de condensación, Índice Cardiotorácico (ICT) 60%. En exámenes de ingreso destacó Leucocitosis 24.900/mm³ y PCR 183 mg/l. Hemocultivado inició tratamiento con vancomicina y ceftriaxona. Evolucionó en malas condiciones, SI 2,2, hígado 4 cm bajo reborde costal, tonos cardíacos apagados. Fue Intubado y conectado a ventilación mecánica, desarrolló shock resistente a catecolaminas. Ecocardiograma mostró derrame pericárdico extenso (11-14 mm lateral y 12-18 mm por ápex) con imágenes hiperecogénicas en su interior. Se realizó punción pericárdica bajo ecografía que arrojó líquido citrino, coagulado. TAC descartó foco mediastínico y abdominal. Se realizó ventana pericárdica drenando abundante líquido y se deja drenaje. Evolucionó grave, precarga optimizada con volumen hasta 150 ml/kg en 24 h, Epi (0,25) y luego Norepinefrina (0,15) y Dobutamina (10), esteroides. Presentó derrame pleural bilateral, ascitis y síndrome compartimental abdominal (PIA hasta 16-18 mmHg). Hemocultivo (+) para *S. pneumoniae* sensible a Penicilina a las 24 horas, ajustando esquema. Luego de drenaje quirúrgico y control de infección presentó evolución favorable, extubado al quinto día, previo control ecocardiográfico se retiraron drenajes al octavo día. Cultivo de líquido pericárdico y ascítico negativos. Completó 21 días de antibióticos. Estudio inmunológico normal. Recibió vacuna antineumocócica. **Comentario:** La presentación de este caso fue de horas, por un agente inusual y de extrema gravedad. Actualmente la letalidad de la PP está dada por un diagnóstico tardío y por la agresividad del agente que rápidamente puede llevar a un TC. Se debe reconocer los signos de hipodébito, congestión y la presencia de cardiomegalia. El tratamiento es médico-quirúrgico, tomando la decisión de descompresión precoz una vez optimizada la hemodinamia.

SHOCK CARDIOGÉNICO CAUSADO POR DEBUT PRECOZ DE IMPLANTACIÓN ANÓMALA DE LA ARTERIA CORONARIA

Donoso A¹, Cruces P¹, Díaz F¹, Bertrán K², Mercado C³, Clavería C⁴, Yarmuch P¹.
¹Área de Cuidados Críticos - Hospital Padre Hurtado, ²Interna Medicina, ³Becada Pediatría Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana, ⁴Cardiología - Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Las anomalías de las arterias coronarias constituyen el 2% de las cardiopatías congénitas. La implantación anómala de la arteria coronaria (IAAC) es la más frecuente y se presenta habitualmente con manifestaciones de isquemia miocárdica, cercano al tercer mes de vida. **Objetivo:** Reportar caso de shock cardiogénico que debutó a las 8 semanas de vida ocasionado por IAAC. **Caso:** Paciente sexo masculino, 2 meses de edad. Historia de un mes de dificultad respiratoria catalogada como "BNM", "Síndrome Apneico", las cuales motivaron hospitalización, sin llegar a diagnóstico definitivo. EcoCG reveló insuficiencia mitral leve. Con 24 horas de irritabilidad previa, que motivó consulta. Ingresó con signos de hipoperfusión periférica y disnea, FC 175/min, PAM 40 mmHg, Shock index 2,9. Al examen destacaba soplo holosistólico II/VI e hígado 5 cm BRC. Rx tórax con cardiomegalia marcada, electrocardiograma con alteración en la repolarización, onda Q (-) en AVL. Ecocardiograma reveló disfunción sistólica ventricular izquierda grave con FAVI 13%, evidencias de miocardiopatía dilatada y sospecha IAAC izquierda (cara posterolateral izquierda tronco AP). Exámenes destacaban: Gases con pH en 6,9 y BE -25, SvO₂ 42%, lactato en 4,1 mmol/l, HTO 22%. Troponina elevada (0,5). Recibe VMC, infusión de gammaglobulina 2 g/kg, expansores de volumen, transfusión de hemoderivados, drogas inotrópicas: epinefrina (0,3), dopamina (12), milirina (0,5) mcg/kg/min, infusión furosemida, hipotermia moderada (33-35°C) e infusión de calcio continua. PCR enterovirus (-). Se logra ascenso de SvO₂ > 70%. Evolución con disfunción orgánica: shock cardiogénico y falla renal no oligúrica. Al tercer día, persiste con falla grave de bomba (FAVI 17%), incremento en requerimientos de DVA y acidosis metabólica progresiva. Al quinto día luego de estabilización, se somete a cirugía, efectuándose transferencia coronaria desde TAP a Ao. Al decimosegundo día post op. se efectuó cierre esternotomía. Se logró extubar a los 17 días post op., siendo dado de alta a su domicilio al mes de ingresada en terapia con digital, captopril y furosemida. **Comentario:** IAAC se manifiesta por isquemia miocárdica y los síntomas aparecen habitualmente al ocurrir el des-ceso de la RVP. El resultado a largo plazo es bueno, si se realiza la revascularización en forma temprana. Su búsqueda debe de ser acuciosa en todo paciente que curse con shock cardiogénico y miocardiopatía dilatada, a pesar de no encontrarse en el grupo etáreo habitual.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL GRAVE COMO PRESENTACIÓN DE PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA POR MIOPATÍA VISCERAL

Donoso A¹, Díaz F¹, Bertrán K², Yarmuch P¹, Arriagada D³, Mercado C³, Cruces P¹.
¹Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado. ²Interna, ³Becada Pediatría, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: La presencia de una obstrucción intestinal funcional sin causa mecánica a la exploración, que ocurre en el tiempo, define el Síndrome (Sd) de pseudoobstrucción intestinal crónica. Cada vez se describen con más frecuencia trastornos de propulsión cuya fisiopatología no es comprendida a cabalidad aún. **Objetivo:** Reportar la presentación de una miopatía visceral esporádica como un síndrome compartimental grave y pseudoobstrucción intestinal crónica. **Caso Clínico:** Paciente de 6 meses portador de constipación crónica asociado distensión abdominal recurrente, buen desarrollo ponderosatural y psicomotor. Ingresó por 72 h de vómitos incoercibles y distensión abdominal, con deshidratación moderada, clínica compatible con obstrucción intestinal. Evolucionó con Sd. Compartimental Abdominal (SCA) grave (PIA > 20 mmHg), que requirió conexión a ventilación mecánica, drogas vasoactivas (NE y dopamina), diuréticos y descompresión quirúrgica precoz. Hallazgos iniciales intraoperatorios compatibles con ileitis regional, por lo que se realiza enterotomía descompresiva y cierre en primera intención, se toman biopsias transparietales y de adenopatías perilesionales. Estudio etiológico infeccioso negativo. Su evolución es tórpida, a las 48 hrs requiere enterostomía, con excelente respuesta clínica inicial. Posteriormente, se intenta reconstituir tránsito en dos ocasiones, pero presenta síntomas de obstrucción intestinal en forma precoz y grave (a las 36 h y 48 h post quirúrgicas) sin respuesta a prokinéticos. Estudio con imágenes (TAC abdominal) no demostró lesiones lumbales ni extralumbales, tránsito con bario demuestró motilidad enlentecida, concordante con visión endoscópica directa de segmento distal de ileostomía. Histología rápida inicial compatible con infiltrado inflamatorio inespecífico con células ganglionares presentes y normales, pero informe definitivo refiere hallazgos característicos de Miopatía Visceral. Con ileostomía inicialmente de alto débito y nutrición parenteral crónica, requiere hospitalización prolongada. Finalmente logró manejarse con aporte enteral exclusivo de alto volumen. **Comentario:** La miopatía visceral es una enfermedad poco frecuente cuyo diagnóstico final es histopatológico. La presentación no familiar es rara en pediatría, pero puede ser letal sin un diagnóstico certero, pudiendo presentarse como SCA grave. La sospecha debe ser ante una pseudoobstrucción de curso no habitual, una vez descartadas las causas agudas frecuentes.

PÚRPURA FULMINANS PNEUMOCÓCCICO Y SÍNDROME DE WATERHOUSE FRIDERICHSEN EN PACIENTE CON ASPLENIA CONGÉNITA. REPORTE DE CASO

Donoso A¹, Cruces P¹, **Bertrán K²**, Díaz F¹, Arriagada D³, Troncoso I¹.
¹Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado; ²Interna; ³Becada Pediatría Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: La púrpura fulminans (PF) es una enfermedad catastrófica, más aún en el paciente asplénico. El neumococo es el agente habitualmente causal de sepsis en estos pacientes. La letalidad muy alta, ocurriendo la mayoría dentro de las primeras 24 horas de ingresado. **Objetivo:** Reportar PF neumocócico en una niña con condición de asplenia desconocida. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, de 3 años 10 meses, con antecedente de estenosis mitral en control y neumonía a repetición. Ingresó a sala con historia de decaimiento y fiebre de corta duración, evolucionando a las pocas horas con shock séptico y lesiones purpúricas en zona inguinal. Al ingreso a UCI con compromiso sensorial, T° 38,2°C, hipotensión arterial (PAM 56 mmHg). Shock index 1.7, con púrpura y livedo reticularis. En laboratorio destacó GSV con 7,0, BE-18, lactacidemia en 11 mmol/l, HTO 36%, recuento leucocitario en 3.400 mm³ (Bac 32%), trombopenia en 85.000/mm³, TP en 39%. Inició VMC, monitoreo invasivo, CAP y HFVVC. Reanimación con volumen (130 ml/kg en el primer día), DVA (norepinefrina, epinefrina, dobutamina), hemoderivados, terapia esteroidal, suplementación de calcio, alcalinización e insulina. Antibioterapia con vancomicina, clindamicina y ceftriaxona. Perfil hemodinámico hiperdinámico, hipertensión auricular izquierda con PCWP 39. Dentro de las primeras 24 horas con shock séptico vasopléjico refractario a vasopresores, HFAV y terlipresina, SDOM (hepática, renal, SDRA, CID) y SCA (PIA 20 mmHg), que respondió a descompresión abdominal. Sin progresión significativa de lesiones, pero persistió shock. En consideración a estos antecedentes se realizó ECO de abdomen y luego TAC, que mostraron ausencia de bazo. Corpúsculos de Howell-Jolly presentes en el frotis. Recibe 2 g/kg de gammaglobulina ev. Se inicia VAFO por SDRA refractario a VM protectora (IO 50, Qs/Qt > 60%), respondió a posición prona prolongada. Hemocultivo es positivo a *S. pneumoniae* resistente a Penicilina. Logró mantener estabilización, pero presentó infarto hemorrágico cerebral bilateral con hemoventrículo e HTEC grave, la cual ocasionó deceso al octavo día. Necropsia corrobora neurohemorragia SSRR y asplenia. Se efectuó estudio familiar. **Comentario:** Dado los antecedentes de neumopatía a repetición y malformación cardíaca en este paciente hubo una falla en la evaluación previa. El conocer el antecedente de asplenia era fundamental para el manejo con profilaxis en este paciente.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA INFANTIL

Ávila ML, Alarcón C, Tajmich V.

Unidad de Paciente Crítico, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una estrategia de soporte ventilatorio que ha ganado un lugar en el tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRAg) en el paciente pediátrico, con resultados promisorios. **Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes que recibieron VMNI en la Unidad de Pacientes Críticos (UPC). **Método:** Estudio retrospectivo con revisión de fichas de los pacientes sometidos a VMNI en la UPC del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, desde mayo 2006 a julio 2007. **Resultados:** De 1.075 ingresos durante el período de estudio, recibieron VMNI 57 pacientes, 34 mujeres (60%) y 23 hombres (40%). La mediana de edad fue 14 meses (10 días - 14 años). El 66,6% tenía antecedentes morbidos: SBOR o asma (23), daño neurológico o genopatía (15), prematuridad y/o displasia broncopulmonar (9), cardiopatía congénita y/o hipertensión pulmonar (3). Los diagnósticos de ingreso fueron: bronconeumonía y/o SBO (39), bronquiolitis viral (9), crisis asmática (7), apnea (1), coqueluche (1). Motivos de conexión: IRAg parcial o global (37), atelectasias (21), mala mecánica ventilatoria (9), falla respiratoria postextubación (4), apnea (2) y limitación terapéutica (1). En el 63% la FIO₂ previa a la conexión fue mayor a 0,50. El 98% utilizó BIPAP y en el 77% la interfase fue mascarilla. La permanencia en VMNI tuvo una mediana de 2 días (2 horas - 7 días; media 2,4 días). El 66,6% requirió sedación, 35 hidrato de cloral y 3 midazolam. Los parámetros promedio usados fueron: IPAP 10,5 (6-20), EPAP 5,2 (3-8) y oxígeno 10,2 litros (1-15). En 43 (75,4%) no se registraron complicaciones, el resto tuvo escara facial superficial (7), erosión facial (5), neumotórax o neumomediastino (3). La VMNI fue exitosa en 41 (72%). **Discusión:** La VMNI fue una importante herramienta alternativa a la ventilación invasiva en pacientes agudos, con baja tasa de complicaciones y que permitió optimizar el uso de ventiladores convencionales.

MEDIASITINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Bustos M, Stegmaier H, Bustos A, Lorca P, Bravo P.

Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Hernán Henríquez Aravena.

La Mediastinitis necrotizante descendente (MND) es una infección severa infrecuente de la fascia cervical con compromiso mediastínico, secundaria a infecciones orofaríngeas. **Caso clínico:** Niña de 11 años, que presenta cuadro de 4 días de evolución de dolor dental molar inferior derecho al que se agrega aumento de volumen cervical anterior doloroso asociado a fiebre y odinofagia. Ingresó con diagnóstico de flegmón cervical de origen dentario y se inicia penicilina más cloxacilina. Evolucionó con episodios de dolor precordial y polipnea. Ecografía cervical sospecha una mediastinitis, que se confirma con TAC tórax. Se realiza aseo quirúrgico al tercer día de hospitalización más drenaje, requiere manejo UCI y tres aseos quirúrgicos posteriores. Completó 28 días de tratamiento antibiótico triasociado. Es evaluada por odontopediatra, realizándose exodoncia, certificándose origen dentario. Completa 37 días de hospitalización. Mediastinitis Necrotizante Descendente: Es una infección severa cuya principal causa es de origen dentario hasta en un 80% y en segundo lugar las otorinolaringológicas. La mayoría de las infecciones son polimicrobianas y productoras de gas por la presencia de anaerobios en el 71-94% de las series. Los síntomas sugerentes son fiebre, disfagia, polipnea, disnea, taquicardia, dolor retroesternal, aumento de volumen cervical, enfisema subcutáneo y ortopnea. Se requieren 4 criterios para su diagnóstico: manifestación clínica de infección severa, signos radiológicos característicos, documentación de la MND en la cirugía o autopsia y establecer la relación entre la MND y la infección orofaríngea. El retraso en el diagnóstico debido a la falta de sospecha y el drenaje incompleto son las principales causas de letalidad, la que puede llegar hasta un 50%. **Conclusiones:** Presentar la experiencia en el manejo de un caso de mediastinitis necrotizante descendente, que debería sospecharse como complicación grave de infecciones orofaríngeas.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO, CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2006

Puebla S¹, Troncoso P², Neira V³.

¹Pediatra Intensivista, CIGES, UFRO. ²Internos de Pediatría, UFRO; CIGES: Centro de excelencia para la Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en Evidencia, Universidad de la Frontera.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la neuropatía periférica más frecuente en edad pediátrica. Su manifestación clínica típica es debilidad muscular progresiva, simétrica y ascendente, con abolición de reflejos osteotendíneos. La infección por *Campylobacter jejuni* podría tener un rol importante en su patogenia. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas de los pacientes pediátricos con Guillain-Barré tratados en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, durante los años 200-2006. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva de historias clínicas del 100% (n = 54) de pacientes ingresados con diagnóstico de SGB, según código CIE-10 D 610, entre los años 2000 y 2006. **Resultados:** Media de edad al diagnóstico de 69,7 meses; 61,1% de sexo masculino. En cuanto a la procedencia, 60,4% fueron de áreas rurales; 98,1% beneficiarios del sistema público de salud. El motivo de consulta más frecuente fue paraparesia. Mediana de evolución del cuadro clínico de 2 días al momento de la consulta. El 33,3% con antecedente de infección al menos cuatro semanas previas al inicio del cuadro, la mitad de origen gastroenterológico. Al examen neurológico de ingreso, 74,0% con paresia de extremidades inferiores, 75% con arreflexia o hiporreflexia global; 44,4% requirió manejo intensivo. Hubo compromiso ventilatorio y necesidad de ventilación mecánica en 29,6%. Se utilizó inmunoglobulina endovenosa en el 70,3%. No hubo pacientes fallecidos. **Conclusiones:** Los grupos etarios más afectados son preescolares y escolares. En relación al compromiso neurológico, la mayoría presentó las manifestaciones clínicas clásicas. En cuanto al manejo, plasmaféresis e inmunoglobulina han mostrado resultados similares, pero se prefiere uso de gammaglobulina ya que es menos invasivo y con escasas complicaciones. La mayoría de nuestros pacientes fueron manejados con gammaglobulina endovenosa. **Palabras clave:** 1. Síndrome de Guillain-Barré, 2. Neuropatía periférica, 3. Tratamiento.

AHOGAMIENTO POR INMERSIÓN (AI): CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Madrid R, Casterán JC, Jaramillo Y.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Emergencia Pediátrica.

Introducción: El AI es un importante problema de salud a nivel mundial. Es una causa importante de morbimortalidad en niños. Se trata de una situación prevenible. La adecuada supervisión del niño es el mejor método de prevención. **Objetivos:** Estudiar los aspectos epidemiológicos de un grupo de pacientes que sufrieron AI atendidos en la UCI pediátrica entre los años 70 y años 90. Determinar la existencia o no de diferencias epidemiológicas entre ambos grupos de nuestro entorno, que sean destacables en función de la prevención de estos episodios. **Material y Métodos:** Comparación de los resultados de dos grupos de pacientes afectados de AI, 13 en la década de los 70 y 13 pacientes en la década de los 90. Evaluamos el perfil epidemiológico del paciente afectado, características del accidente y el tratamiento administrado en estos pacientes y el resultado-pronóstico. Análisis retrospectivo, de revisión de historias clínicas de pacientes que sufrieron AI. **Resultados:** Las hospitalizaciones en UCI por AI han descendido atendándose una media de 4 accidentes/año en los 70 y una media de 1,5 accidentes/año en los 90. El mayor riesgo de accidentes continúa siendo los menores de 4 años. No existen casos en escolares. El niño continúa ahogándose en el hogar. En los 70 era más frecuente en el género masculino, pasando a ser más frecuente en el género femenino en los 90. En los 90 los accidentes ocurren en piscinas a diferencia de los 70 que ocurrían en diferente tipos de recipientes (tarros, baldes, etc). Existen dificultades para obtener con precisión los datos de tiempo de inmersión y apnea posterior. **Conclusiones:** El factor de riesgo más importante es la falta de supervisión por un adulto. En las últimas décadas se han incrementado el número de piscinas residenciales y se han identificado como un riesgo adicional para accidentes por inmersión. Se deben seguir reforzando las campañas y estrategias de educación y prevención centrándose en las familias que poseen piscinas residenciales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS AHOGAMIENTOS POR INMERSIÓN (AI) INGRESADOS EN LA UCIP DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Madrid R, Ramírez A, Rebolledo R, Jaramillo Y, Wegner A, Darras E.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

Introducción: El AI constituye un importante problema de salud a nivel mundial, es una de las principales causas de morbimortalidad por accidente en pediatría. En Chile, es la tercera causa de muerte accidental en niño mayor de un año. Es un accidente prevenible. **Objetivo:** Conocer y actualizar las características de los niños ingresados a UCIP por AI. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, datos obtenidos en el libro de ingresos de la UCIP, fichas clínicas, pacientes ingresados de enero 1994 a noviembre de 2006. **Resultados:** Pacientes 28. Información completa 21/28. Edad promedio 2 años (rango 11 meses a 10 años), 85,7% menores de 4 años. Varones 67,8%. Sitio del accidente en el domicilio en 90%. El 70% las comunas de la Florida y Puente alto. 100% por fallas de supervisión de un adulto. 85% en verano. 100% agua dulce. 80% agua limpia, seguida por agua jabonosa. 66% en piscinas, seguida por baldes. La mayoría ocurrió entre las 15 y 18 horas. 88% tiempo de inmersión menor a cinco minutos. 90% recibió maniobras de reanimación básica en el lugar. 46% recibió reanimación cardiovascular avanzada en la urgencia. 23,8% gasometrías con ph menor 7,1. Cinco pacientes ingresaron con Glasgow menor a 8. Criterios de Coon al ingreso: etapa B 5/21, etapa C 2/21. 55% temperatura inferior a 36 grados. 47,6% requirió VM, promedio de 3,2 días (rango 1 a 9 días). 62% radiografía de tórax alterada. 61% recibió tratamiento antibiótico. Hospitalización UCI promedio 2,5 días (rango 1 a 10 días). Días hospitalización promedio 9,7 días (rango 1 a 64 días). Mortalidad observa 14,2%. Presentaron secuela neurológica 9,5%. **Conclusiones:** Las características de los ahogamientos coinciden con otras descripciones. Una adecuada supervisión de los niños en su domicilio y una política de capacitación sobre reanimación a la comunidad son medidas importantes de prevención de este tipo de accidentes.

APLICAMOS LA BIOÉTICA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PEDIATRÍA?. ENCUESTA EN LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE

Gaete S, Roque J.
Servicio Pediatría, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: actualmente podemos prolongar la vida en las unidades de paciente crítico pediátrico (UPCP), esperando lograr la curación del paciente, idealmente sin secuelas. A veces el resultado final sólo es retrasar el proceso de morir, con un alto costo emocional y monetario. **Objetivo:** Evaluar el interés y aplicación de la bioética en UPCP de hospitales y clínicas de Santiago. **Material y Métodos:** Entrevista vía teléfono y correo electrónico a enfermeras jefes de UPCP con encuesta de 10 preguntas. **Resultados:** 9(64%) de 14 UPCP encuestadas respondieron. 1) ¿En su hospital se han realizado capacitaciones de ética en salud?: Si 57,1%; No 7,1%; No responde (NR) 35,7%; 2) En su unidad, ¿se realizan capacitaciones en bioética relacionadas con paciente crítico y/o terminal?: Si 50%; No 14,3%; NR 35,7%; 3) Si la respuesta es afirmativa: ¿A que estamentos de su unidad han ido dirigidas estas capacitaciones?: médicos 50%; enfermeras 35,7%; auxiliares 28,6%; 4) ¿Sabe usted si existe comité de ética en su hospital?: Si 64,3%; No 0%; NR 35,7%; 5) ¿Recuerda casos que hayan sido enviados al comité de ética para evaluación?: Si 64,3%; No 0%; NR 35,7%; 6) ¿Considera importante tratar temas bioéticos en su unidad?: Si 64,3%; No 0%; NR 35,7%; 7) ¿Cree que falta más capacitación en bioética?: Si 57,1%; No 7,1%; NR 35,7%; 8) En su unidad, ¿existen protocolos de consentimiento informado (CI) para algunos procedimientos?: Si 64,3%; No 0%; NR 35,7%; 9) En su unidad, ¿existen protocolos de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) que incluyan criterios para limitar el ingreso de pacientes a UCIP, la no instauración de medidas de soporte vital y el retiro de estas medidas una vez instauradas?: Si 7,1%; No 57,1%; NR 35,7%. 10. En su unidad, ¿se realiza limitación del esfuerzo terapéutico?: Si 50%; No 7,1%; NR 42,9%. **Conclusión:** En las UPCP encuestadas, se presentan pacientes a comité de ética, se aplica LET y CI, pero se percibe la necesidad por más y mejor capacitación en bioética.

PERFIL DEL PACIENTE CON TEC INGRESADO A LA SALA DE OBSERVACIÓN DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

Aravena A, Castro F, Castillo N, Trujillo P, Pasten G.
Unidad de Emergencia Sótero del Río.

El trauma craneano constituye uno de los principales motivos de consulta en los Servicios de Urgencia pediátricos. En su mayoría no constituyen cuadros de gravedad y se tratan ambulatoriamente con indicación de reposo y observación, pero existe un grupo de pacientes en lo que se decide el ingreso a la Sala de Observación (SO) adjunta a la Urgencia, para observar la evolución que presentan y posteriormente decidir el alta o la hospitalización. Este tipo de pacientes constituyen un reto diagnóstico ya que la clínica que presentan, no siempre se correlacionará con el mecanismo de lesión, lo que hace más difícil predecir su evolución. El principal objetivo de nuestro trabajo es determinar el perfil de los pacientes ingresados a la SO del Hospital Sótero de Río en dos períodos de tiempo transcurridos el año 2005. Para esto realizamos un estudio retrospectivo que comprendió la revisión de los datos electrónicos de urgencia de los pacientes ingresados a la SO por trauma craneano, en los períodos de enero-marzo (Grupo 1: época estival) y agosto-octubre (período escolar) de 2005. La información recolectada incluye; hora de ingreso a urgencias, edad, sexo, lugar del accidente, mecanismo de lesión, lesiones asociadas, sintomatología, Glasgow al ingreso Radiografía de cráneo y resultado ya que todo lo anterior influye en la decisión de manejo en SO. La edad promedio de los pacientes prácticamente no mostró diferencia entre ambos grupos, así como tampoco el mecanismo de trauma más frecuente (caída desde altura menor de 2 metros). Aunque en ambos grupos destacan los accidentes ocurridos en el hogar, en el grupo 1 cobran importancia los accidentes en la vía pública y en el grupo 2 aparecen los que acontecen dentro del colegio. Cerca del 90% de los pacientes de ambos grupos son dados de alta luego de observar su evolución en SO, siendo el resto ingresado en su mayoría al Servicio de Cirugía del Hospital Sótero de Río debido a la mayor gravedad de sus lesiones y de su sintomatología. Nuestros resultados sugieren que el perfil del niño con trauma craneano que debe ser manejado en la SO, no difiere mayormente de acuerdo a la época del año y se deben, en su mayoría, a niños en etapa preescolar y escolar que sufren eventos fácilmente prevenibles con medidas adecuadas de prevención que deben ser impulsadas por el personal de Salud.

MORDEDURAS EN URGENCIA ESCOLAR

Valenzuela A, Correia G, Magliona D, Donoso F.
Urgencia Escolar Clínica Alemana de Santiago (CAS).

Las mordeduras en servicios de urgencia pediátricos representan alrededor del 1% de las consultas. El objetivo es conocer la epidemiología de las mordeduras, manejo general y evolución de estas en el Servicio de Urgencia Escolar-CAS durante el año 2006. Para esto se revisan fichas computacionales de todos los pacientes con motivo de consulta, historia o diagnóstico clínico de mordedura durante el año 2006. Del total de consultas, se identifican 353 mordeduras, lo que representa el 0,73% de las consultas. Se encontraron 285 mordeduras de perro (81%), 31 de gato (9%), 18 humanas (5%), 8 por hámster (2%), 4 de caballo y 7 de otros. Los pacientes de sexo masculino fueron 191 (54%) y 162 (46%) femenino. Del total, 184 (52,1%) ocurrió en la propia casa, 96 (27,2%) en la vía pública, en el colegio 24 (6,8%), otras casas 27 (7,6%) y el resto en otros lugares como campo o durante actividades deportivas. Con respecto a las edades, 60 eran menores de 4 años (17%), 135 entre 5 y 9 años (38,2%), 89 de 10 a 14 años (25,2%), y mayores de 15 años, 69 (19,5%). Los 9 años fue la edad de mayor consulta. Con respecto al sitio anatómico de la mordedura, este fue en 101 casos en la cabeza, cara o cuello (28%), 24 en tronco (6,6%), 147 en extremidad superior (40,6%), y 90 en extremidad inferior (24,8%). En 9 pacientes hubo mordeduras múltiples. El tratamiento fue aseo y curación en 293 casos (83%), se realizó sutura de las heridas en 60 casos, y 3 pacientes se trataron con yeso por fracturas. De las mordeduras por animales, 303 fueron con provocación del animal (90%) y 281 eran conocidos (83,8%). Sólo 5 pacientes (1,4%) fueron hospitalizados y tratados en pabellón quirúrgico de sus lesiones. En 100 casos se recetó antibióticos orales, en 9 tópicos y el resto fue con indicaciones generales. La vacuna anti-rábica se indicó en 26 pacientes (7%) y refuerzo antitetánico a 11. Sólo 10 pacientes presentaron infección de herida por mordedura lo que representa el 2,8%. Las mordeduras más frecuentes son las de perro, en niños de sexo masculino entre los 5 y 9 años de edad, habitualmente es un animal de la casa que ha sido provocado mordiendo en algún segmento de la extremidad superior, produciendo lesiones de tipo leve, pero que dejan una cicatriz, y que sólo basta realizar un buen aseo y curación simple.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INTOXICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE EL PERÍODO 2000-2004

Cadena C, Castro J, Atlagich F, López L.

¹Interno de Medicina Universidad de Antofagasta, ²Médico Pediatra HCRA. Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

Introducción: En Chile, estudios efectuados revelan que hasta el 7% de las consultas de Urgencia corresponden a intoxicaciones, que en niños pequeños habitualmente son el producto de un accidente. En adolescentes y adultos, se deben casi siempre a la ingesta voluntaria con fines suicidas. La exposición a sustancias tóxicas es un motivo de preocupación importante. La intoxicación aguda esta profundamente influida por elementos sociales, culturales, sanitarios, etc., por lo que evoluciona paralelamente a estos y debe ser revisada cada cierto tiempo, para fin de conocer las tendencias actuales. **Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico de las intoxicaciones infantiles hospitalizadas en UCI del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Regional de Antofagasta entre Enero de 2000 y Diciembre de 2004. **Resultados:** Se encontraron 67 casos de intoxicación, hospitalizados en UCI durante todo el período, existiendo una distribución bimodal de la edad de intoxicación, los picos de incidencia son en los menores de 3 años (40%) y el segundo pico de incidencia es el de los pacientes entre 11 y 14 años (36%). Se encontraron más casos de sexo masculino en el primer pico de incidencia y más casos femeninos en el segundo. Los agentes involucrados correspondieron en su gran mayoría a intoxicaciones por medicamentos (70%), hidrocarburos (14%) y organofosforados (6%). Dentro de los medicamentos por frecuencia destacan neurolépticos y benzodiazepinas. La mayoría de los casos no determinó la intencionalidad, tanto la causa accidental como la intencional auto infringida correspondieron a un 24% cada una. No se encontraron casos de intoxicación heteroprovocada. No hubo mortalidad. **Conclusiones:** El número de intoxicaciones y sus complicaciones físicas y psicológicas, siguen siendo un problema relevante que tiene diversos factores causales, pudiendo corresponder a un incorrecto almacenamiento de químicos y medicamentos en el hogar, la misma curiosidad del niño, o bien a otras situaciones subyacentes como el maltrato infantil, homicidio o suicidio; todas situaciones prevenibles, por lo que es fundamental orientar a la población en la seguridad en el hogar y la detección precoz de los adolescentes en situación de riesgo de intentos suicidas.

PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS

Piña J, Barraza P, Zúñiga J, Denegri M, Garate N.

Unidad de cuidados intensivos¹, Unidad Infecciosos², Becados Pediatría³ Hospital Félix Bulnes Cerda.

Introducción: Durante los últimos años los ingresos por bronquiolitis en el invierno ocupan gran parte de las camas críticas tanto públicas como privadas. **Objetivo:** Determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes que requieren estas camas. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados a UCI con el diagnóstico de Bronquiolitis entre agosto 2002 y agosto 2007, se analizaron 58 fichas correspondientes a dicho período mediante un protocolo que considero los siguientes datos: Antecedentes perinatales, sexo, edad, comorbilidad, lactancia materna, tratamientos recibidos previo al ingreso, IFI, parámetros clínicos al ingreso, exámenes complementarios, tratamientos recibidos, complicaciones, día de hospitalización en cama crítica y condición al egreso. Los resultados se analizaron por medias porcentuales. **Resultados:** Ingresaron 58 niños, 35 hombres (60%) y 23 mujeres (40%), el promedio etario fue 2 meses 13 días. Dieciocho pacientes (31%) con antecedentes de prematuridad con una edad gestacional promedio de 36 semanas. El peso de recién nacido promedio fue 3.030 kg. Cincuenta y un pacientes (88%) recibieron lactancia materna. Treinta y cinco (60%) recibió algún tratamiento médico previo al ingreso (principalmente broncodilatadores, corticoides y antiéméticos). Al 100% de los pacientes se les realizó IFI de los cuales 51 88% fue positivo para Virus sincicial. Al ingreso hospitalario la frecuencia cardiaca promedio fue 166/min, la frecuencia respiratoria 53/min, 52 pacientes (89%) con requerimientos adicionales de O₂ (FIO₂ entre 0,24-1). 53% con retracción severa, 40% con cianosis, 24% con apneas. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron Hiperinsuflación pulmonar (64%), infiltrado intersticial (69%), screening infeccioso sugerente de etiología viral (83%). Durante la hospitalización el requerimiento de O₂ adicional fue en promedio 7 días (FIO₂ entre 0,24-1), se uso tratamiento broncodilatador en 91%, corticoides en 67%, antibióticos en 60%. VMI en 35 pacientes (60%) en promedio 3,5 días. VMNI en 19 pacientes (33%) en promedio 23 hrs. Cinco pacientes (8,6%) presentaron complicaciones asociadas a VM (4 neumotórax y 1 estenosis subglótica). Estadia en UCI fue en promedio 5 días. Pacientes fallecidos 3 (5%). **Conclusiones:** La bronquiolitis sigue siendo una de las principales causas de ingreso a unidades de paciente crítico, afecta especialmente en forma grave a lactantes menores, el principal agente etiológico es el VRS, el diagnóstico y estimación de severidad es principalmente clínico, aun se usan tratamientos sin evidencia científica sustentable, cuestionar el verdadero rol de la lactancia materna como un factor protector en la forma grave de esta enfermedad.

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y ALTA HOSPITALARIA COMO INDICADOR DE CALIDAD

Madrid R, Bareño S, Casterán JC, Castillo S, Llach E, Jaramillo Y.

Complejo Asistencia Dr. Sótero del Río, Unidad de Emergencia Pediátrica.

Introducción: La calidad asistencial de los servicios de urgencia, es un parámetro escasamente evaluado, la cual se puede medir utilizando indicadores, que miden aspectos concretos y específicos de la atención. La correlación diagnóstica entre la urgencia y el alta hospitalaria es uno de los indicadores útil a juicio de expertos para evaluar la calidad de la atención en la urgencia. Se mide mediante una fórmula = (Nº de pacientes con un mismo diagnóstico en el ingreso y el alta de hospitalización ÷ Nº de pacientes ingresados por urgencia) × 100. Es una herramienta útil para monitorizarnos periódicamente. **Objetivo:** aplicar este indicador en nuestro servicio. **Material y Métodos:** revisión retrospectiva de las fichas clínicas de un grupo de pacientes ingresados desde la urgencia durante el mes de enero de 2007. Se compara el diagnóstico de ingreso de la urgencia y el diagnóstico de alta hospitalaria, se analiza la coincidencia diagnóstica. **Resultados:** Se analizaron 121 pacientes, 49,6% género masculino y 50,4% género femenino. RN 6,6%, Lactantes 41,3%, Preescolares 21,5%, escolares 13,2%, Adolescentes 17,4%. Se obtuvo: correlación diagnóstica completa en 93 niños (76,9%), correlación diagnóstica parcial en 23 niños (19%), no correlación en 5 niños (4,1%). Los 5 casos de no correlación son:

Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico de alta
Absceso glúteo	Artritis séptica rodilla
Linfangitis	Reacción alérgica
Comp. de conciencia	Intento de suicidio intoxicación por Carbamazepina
Sepsis	bradicardia sinusal postquirúrgica
Hiperemesis	SBO

Conclusiones: La correlación diagnóstica entre la urgencia y el alta hospitalaria ha sido alta en el período analizado. En base a los resultados obtenidos es una herramienta útil para compararnos en el tiempo.

HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

Madrid R, Monsalve MT, Casteran JC, Castillo S, Bareño S, Jaramillo Y. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Emergencia Pediátrica y CVD Chile.

Introducción: Los hemocultivos son un examen diagnóstico que se realiza con frecuencia en la Urgencia pediátrica (UEP). Los hemocultivos contaminados es un indicador útil para evaluar la calidad en el área de adecuación diagnóstica-terapéutica en las UEP. El estándar de calidad propuesto por la Sociedad Española de Urgencia Pediátrica (SEUP) es menor al 5%. Existe un protocolo riguroso para la toma hemocultivos con el fin de evitar la contaminación de las muestras. **Objetivo:** Evaluar el indicador de calidad: hemocultivos contaminados. **Pacientes y Método:** Estudio retrospectivo de los hemocultivos extraídos en la UEP desde el 1 enero hasta el 31 de diciembre de 2006, en pacientes entre 0 meses y 14 años. Revisión de datos de urgencia, ficha clínica, información del laboratorio de Urgencia e ISP. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos y enfermera que realiza extracción. **Resultados:** Durante el período se extrajeron 1.307 hemocultivos, 36 (2,75%) fueron positivos, 1.192 (91,2%) fueron negativos y 79 (6,04%) contaminados. En pacientes menores de 1 mes resultaron 6,97% contaminados, en pacientes de 1 a 11 meses resultaron 8,4% contaminados. 8/13 enfermeras superan el estándar de calidad. **Conclusiones:** No cumplimos con el estándar de calidad de la SEUP. La cifra se incrementa claramente en menores de 1 año, ya que la toma de muestra es más compleja (difícil sujeción del paciente, vías de difícil accesibilidad). El no cumplir con este indicador de calidad plantea la necesidad de revisar la aplicación del protocolo de toma de hemocultivos y el posterior procesamiento de las muestras.

HEMOCULTIVOS EN UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA: RESULTADOS EN UN AÑO

Madrid R, Monsalve MT, Casterán JC, Castillo S, Bareño S, Jaramillo Y. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. CVD Chile.

Introducción: La fiebre es un motivo de consulta frecuente, existiendo un grupo de niños con mayor frecuencia menores de 36 meses en los cuales no se encuentra foco evidente sospechando bacteriemia oculta, el hemocultivo es el examen de elección para descartarla. En nuestra unidad se toma por norma hemocultivo a todo niño menor de 36 meses febril, con cifras igual o mayor a 39,4°C axilar o 40°C rectal. **Objetivo:** Describir el contexto clínico, epidemiológico, analítico de los hemocultivos realizados en la UEP durante el año 2006. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los hemocultivos tomados en UEP en un período de 12 meses en niños de 0 meses a 14 años. Información obtenida en dato atención de urgencia, ficha clínica, informes de laboratorio e ISP. **Resultados:** Durante el período comprendido entre el 1 enero y 31 de diciembre del 2006 se extrajeron 1.307. Objetivándose un mayor número de toma de hemocultivos en el rango de edad comprendido de 12 a 23 meses (40%). Del total de hemocultivos, 36 (2,8%) fueron positivos, 1.192 (91,2%) negativos y 79 (6,0%) contaminados. En los niños con hemocultivo positivo, 24 eran varones (66,6%), 30 eran menores de 24 meses (83,3%). El motivo de consulta fue fiebre en 66,6%, cuya duración fue menor a 24hrs en un 69%, un 5,5% no registraban fiebre. La mayoría de los niños no recibía antibióticos en el momento de la toma del hemocultivo, 2 en forma profiláctica y 1 derivado por interconsulta. El germen más frecuente fue el neumococo (52,7%) seguido por E. coli (16,6%). Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: 11 bacteriemias, 8 infecciones del tracto urinario, 5 neumonías, 12 otras patologías. 18 niños fueron dados de alta de la urgencia y posteriormente se rescataron al conocerse el resultado positivo del hemocultivo. **Conclusiones:** La positividad de hemocultivos de nuestra muestra (2,8%). Existe una alta tasa de hemocultivos contaminados. El agente infeccioso más frecuentemente aislado fue el neumococo.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MORDEDURAS DE PERRO EN DOS SERVICIOS DE URGENCIA PEDIÁTRICOS DE SANTIAGO

Valenzuela A.

Unidad de Emergencia Pediátrica Hospital Sótero del Río. Urgencia Escolar Clínica Alemana de Santiago. (CAS).

Conocer la epidemiología de las mordeduras de perro en dos urgencias pediátricas de Santiago, uno público y otro privado, durante el año 2006. Se revisaron las fichas computacionales del año 2006 en ambos servicios, encontrando en la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Sótero del Río (HSDR) 509 consultas (1,2%) y 227 en Urgencia Escolar de CAS. La distribución en el HSDR fue un 66% pacientes de sexo masculino y 55% en CAS. Los meses de mayor consulta fueron los de verano en ambas urgencias. Los días lunes y domingo fueron los de mayor consulta diaria en HSDR, en CAS fueron los días sábado y domingo. En HSDR el grupo etario más afectado fue entre 5 y 9 años de edad con un 39%, 33% entre 10 y 14 años y 28% entre los 0 y 4 años, al igual que en CAS, un 48%, 31% y 21% respectivamente. El lugar donde ocurre el accidente fue la propia casa en el 57% en HSDR y 60% en CAS, luego la vía pública 30% y 27% respectivamente y otras casas en 8% y 7%. La cabeza-cara-cuello fue el sitio anatómico más afectado en HSDR con 32% seguido de las extremidades inferiores con 30% y 28% las superiores, en cambio, en CAS fueron las extremidades superiores con un 37%, un 34% para la cabeza-cara-cuello y las extremidades inferiores un 23%, el tronco fue comprometido en un 6% en las dos urgencias. En ambas unidades, los perros eran ubicables en un 81% y 90% respectivamente, estos habían sido provocados en un 79% y 93% de los casos. El tratamiento en HSDR fue curación en un 89% y 9% de suturas, en CAS fue 80% y 20% respectivamente. La vacuna anti-rábica se indicó a 10% de los pacientes en HSDR y a 5% en CAS. Solamente se hospitalizó el 4% de los pacientes del HSDR y el 2% en CAS. Se puede concluir que no existen grandes diferencias en la epidemiología de las mordeduras de perro en dos unidades de emergencia de distinta ubicación geográfica de Santiago, una del área suroriente (público) y otra oriente (privada). Los pacientes que sufren mordeduras por perro son niños de sexo masculino de entre 5 y 9 años de edad, en su propia casa luego de haber provocado al animal. Afortunadamente la mayoría de las lesiones son de tipo leve y sólo necesitan curaciones.

SÍNDROME FEBRIL AGUDO SIN CAUSA APARENTE, EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES. UTILIDAD DEL RECuento DE LEUCOCITOS, PARA LA ORIENTACIÓN ETIOLÓGICA EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Méndez-Espinoza M, Duffau G, Herrera O, Velasco J, Muñoz B. Hospital Roberto del Río.

La fiebre es motivo de consulta en S. de Urgencia (SU). Si su causa no es evidente, se designa "Sx. Febril sin causa aparente" (SFSC) y los niños son estudiados con Hemograma; VHS; orina completa (OC); radiografía de tórax (Rx.T) y Hemocultivos (H). Realizamos un estudio descriptivo, buscando asociaciones de valores de leucocitos en niños con H (+) y (-), así como con otras infecciones graves. **Objetivos:** Comparar: Recuento de leucocitos (RL) y Neutrófilos (RN) vs H; OC vs URO; RL \geq 20.000/mm³ E + OC anormal o RL < 20.000 + OC normal vs URO. **Material y Método:** 1.030 menores de 36 meses, con diagnóstico de ingreso "SFSC", estudiados en el SU del H. R. de Río entre VIII- 2005 y V- 2007. **Estadística:** Descriptiva fueron promedios y proporciones. De dispersión: desviación estándar e IC 95%. Índice Kappa como medida de concordancia. Significación estadística por χ^2 , con p \leq 0,05. **Resultados:** Promedio de edad: 11,6 m \pm 8,2. 51,5% hombres y 48,5% mujeres. Si RL < 20.000/mm³, hay mayor probabilidad de egresar con el mismo diagnóstico de ingreso y concentrar Rinofaringitis y gastroenteritis aguda. ¿Bacteriemia oculta?, ITU, Neumonía y Meningitis viral, predominan si RL > 20.000. Los de \geq 6 meses, tienen probabilidad menor (p < 0,000) de egresar con el diagnóstico de "SFSC" y tienen más Neumonía, Diarrea ag., Bronquitis ag. y sospecha de infección por enterovirus. Si la temperatura es \geq 40°C, hay probabilidad mayor de diagnóstico específico al egreso (p = 0,003), indicando que la investigación fue más fructífera. Así, más comúnmente se les detecta Neumonía, Bronquitis aguda y Otitis media. Utilizando el RL como prueba diagnóstica para detectar Bacteriemia oculta por neumococo, se observa que para el punto de corte, destaca la baja prevalencia (1,46%) y el VPN cercano al 100%. De esto se puede decir, que los niños con "SFSC" y RL < 20.000/mm³, es muy improbable que puedan tener una bacteriemia oculta neumocócica. Con el RN ocurre algo semejante, puesto que aquellos con < 9.000/mm³ también tienen una probabilidad cercana al 100% de no tener una bacteriemia oculta por neumococo. El nivel de asociación entre las características de la OC y presencia de URO (+) o (-), muestra un índice Kappa de 0,78 (IC95% = 0,72 a 0,83). Como prueba diagnóstica destaca la especificidad y el VPN, de 0,95 y 0,97 respectivamente. Si a las características del examen de OC, le agregamos un RL en sangre \geq 20.000/mm³, mejora la especificidad (p < 0,00003) y el VPP (p = 0,00003). El índice Kappa asciende a 0,84 (IC95% = 0,78 a 0,91). **Conclusiones:** 1) La prevalencia de Bacteriemia oculta es muy baja y su probabilidad es aún menor, si el RL y RN son inferiores a 20.000 o 9.000/mm³ respectivamente; 2) Los casos con RL \geq a 20.000/mm³, tienen tendencia significativamente mayor a un diagnóstico de egreso más específico y en general más grave. 3) El RL < 20.000/mm³ así como la OC de características normales tienen, como prueba diagnóstica de ITU, un VPN cercano a 100%. 4) Si se exige RL < 20.000/mm³.

CONFIABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL REPORTE MATERNO DE FIEBRE

Bareño S, Madrid R, Saldías G, Jaramillo Y, Castillo S, Casterán J.
Complejo Asistencial Dr. Sótero el Río. Urgencia Pediatría.

Introducción: La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. La cuantificación de la temperatura condiciona la conducta a seguir por parte de los padres frente al niño enfermo. **Objetivo:** Conocer el grado de conocimiento y la percepción de los padres sobre la fiebre. La importancia de la cuantificación termométrica de la temperatura y las prácticas y actitudes frente a esta. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo mediante una encuesta de 21 preguntas en los meses de junio a agosto del 2007. Se encuestaron 226 acompañantes de pacientes pediátricos que concurrían a consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital Dr. Sótero del Río y que dentro del motivo de consulta referían fiebre. **Resultados:** El 61% consideran que la fiebre es un signo de alarma, y el 7,1% la consideran una enfermedad. El 79,6% le teme a que cause convulsiones. El 96% de encuestadas utilizan el termómetro para cuantificar temperatura y se comprobó que el 86% de madres lo sabían leer. Sólo el 65,5% refiere que fueron enseñados por algún miembro del equipo de salud. El 12,3% consideran fiebre a cifra > 37°C, 26% sobre 37,5°C, el 48,2% sobre 38°C, 11,5% sobre 38,5°C. 20% administran antitérmicos con temperatura de 37,5°C, 52,6% sobre 38°C y el 14,6% sobre 38,5°C. El 57% refiere que utilizan el medicamento "porque es el que siempre le indican", 22,6% lo utilizan porque es seguro y eficaz. 83,2% no alternan antitérmicos para el control de la fiebre y al hacerlo la combinación preferida es paracetamol- Ibuprofeno. **Conclusiones:** 1) La mayoría de los encuestados consideran importante el uso del termómetro y lo saben leer. 2) El equipo de salud debe instruir a los padres sobre el uso e interpretación del termómetro. 3) Muchos padres no tienen claro la cifra de temperatura desde la cual se considera fiebre y tampoco en que momento se debe administrar medicación antitérmica.

INDICADOR DE CALIDAD, ÁREAS DE TRABAJO, BOX REANIMADOR

EU Castillo S y Enfermeras Clínicas UEP.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Emergencia Pediátrica.

Introducción: El box reanimador de una UEP es clave para la atención de los pacientes críticos, el éxito de su cometido dependerá de la organización de este y del compromiso de todo el equipo. El indicador es una "señal de alarma precoz" a la hora de identificar áreas de mejora y por tanto, adecuar las medidas correctoras a los déficit detectados. Estándar 100% **Objetivo General:** Elaborar normativa de funcionamiento del reanimador y aplicar pautas de cotejo con requisitos de calidad esperados, con el fin de mejorar la atención del paciente crítico. **Material y Método:** Revisión de libro de ingresos de pacientes al reanimador. Aplicación de pautas de cotejo en entrega de turnos y posterior al uso del box, entre el 01/11/06 al 31/07/07. **Fórmula:** Nº de revisiones realizadas x 100/Nº de revisiones previstas. **Resultados:** normativa del box reanimador elaborada y en conocimiento de todo el personal. Se aplicaron 704 pautas de cotejo en los tiempos estipulados; noviembre 49%, diciembre 59%, enero 77%, febrero 65%, marzo 83%, abril 95%, mayo 97%, junio 63%, julio 76%. La mayor problemática detectada: reposición insumos 55%, reposición fármacos 20%, insumos vencidos 12%, falta de registros 8%, otros 5%. **Conclusiones:** Se otorga atención expedita y oportuna al paciente crítico en reanimador. Aumento progresivo de aplicación de pautas, acercándose al estándar. La aplicación de las pautas de cotejo facilita la supervisión y la correcta implementación del box. En meses de invierno disminuye aplicación de pautas por la contingencia. Se identifica que la reposición de insumos y de fármacos es la mayor problemática en el reanimador. Se aprecia que la menor aplicación de pautas es posterior al uso del box. Optimizar registros.

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL Y EGRESO HOSPITALARIO

Assef M¹, Lira Y¹, Manzor S².

¹Médico Pediatra. ²Interna de Medicina, Universidad Mayor.
División de Pediatría Hospital de Carabineros, División de Urgencias Hospital de Carabineros, Escuela de Medicina Universidad Mayor. Santiago, Chile.

Introducción: El servicio de urgencia infantil (SUI), es la principal puerta de entrada de pacientes que requieren atención intrahospitalaria y aunque la coordinación entre SUI y servicios hospitalarios es un aspecto básico, poco se sabe sobre aspectos como la concordancia diagnóstica entre ambos. El objetivo de este trabajo es evaluar la concordancia entre los diagnósticos planteados en el Servicio de Urgencia Infantil y los diagnósticos de alta hospitalaria de pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Carabineros. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes ingresados en abril del 2007 desde SUI, comparando los diagnósticos de urgencia y los de epícrisis, los que se clasificaron según codificación CIE 10. Se clasificó la concordancia diagnóstica en Concordancia total, parcial o nula. Se calculó índice kappa de correlación para el diagnóstico principal. **Resultados:** Se analizaron 81 pacientes, 59% varones, con edad entre 15 días y 15 años. Los diagnósticos más frecuentes en SUI fueron respiratorio e inespecíficos, mientras que los más frecuentes al alta fueron nutricionales y respiratorios. En 81,5% de los pacientes hubo concordancia total o parcial. En el 18,5% con concordancia nula, la mayoría ingresó con diagnóstico inespecífico y el estudio permitió llegar a un diagnóstico patológico específico. El índice de correlación kappa fue 0,59, considerado concordancia moderada. **Conclusiones:** Obtuvimos un índice de correlación moderado y aunque no existe un estándar establecido, es semejante a lo publicado en la literatura (valores entre 0,47 y 0,60). Esto podría reflejar que las condiciones de operación de SUI y el perfil de los médicos de urgencia son similares en distintos países. Una mejor coordinación entre SUI y servicios hospitalarios podría mejorar este índice. En los casos con concordancia nula, es importante utilizar criterios de análisis específicos.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL EN SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICOS

López F^{1,2}, Jaramillo Y¹, Martínez P², Rao X¹, Csendes P³, Gutiérrez L¹.
¹Servicio de Emergencia y Pediatría Hospital Clínico Universidad de Chile.
²Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. ³Servicio de Imagenología Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, pero existe un grupo de pacientes con un cuadro clínico no claro que requieren mayor acuciosidad diagnóstica para el mejor control clínico de su enfermedad. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es efectuar un análisis del impacto de la ecotomografía abdominal al disponer del examen las 24 hrs del día en pacientes pediátricos con sospecha de apendicitis aguda que fueron ingresados y intervenidos en el Servicio de Emergencia de un hospital clínico universitario. **Material y Métodos:** Se obtiene en forma aleatoria del universo total de enfermos ingresados y intervenidos con el diagnóstico de apendicitis aguda desde Enero de 2002 a Enero de 2007, 120 pacientes entre 0 y 15 años de edad. No hubo diferencia por género. A todos los pacientes se les realizó una ecotomografía abdominal preoperatoria. Se correlacionan los resultados del examen ecotomográfico con el informe del estudio de histopatológico realizado en el Instituto de Anatomía Patológica del mismo hospital. **Resultados:** El estudio de ultrasonido informó apendicitis aguda en 97 pacientes. Al correlacionar estos hallazgos con el informe final del estudio histopatológico positivo para apendicitis aguda, se obtiene una sensibilidad de 80,8%. De los 97 pacientes informados como positivos, la anatomía patológica demostró apendicitis aguda en 94, con una especificidad de 96,9%. Un informe negativo del examen ecotomográfico no alteró la decisión terapéutica. **Conclusiones:** 1) La ecotomografía abdominal es un examen útil como estudio complementario de apendicitis aguda en caso de duda diagnóstica; 2) En general no altera la decisión terapéutica si la clínica es categórica; 3) Constituye todavía un examen operador-dependiente en cuanto a resultados.

DERIVACIONES A UNA UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (UEP). ANÁLISIS DE PERTINENCIA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS

Casterán JC, Bareño S, Castillo S, Madrid R.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. SSMO.

Introducción: Las derivaciones desde APS ocupan un lugar destacado en los usuarios de las UEP. Son reflejo de la resolutiveidad de éstas, de la calidad de atención prestada y su traslado. **Objetivos:** 1) Conocer el perfil de derivaciones y sus características; 2) Detectar problemas en la derivación susceptibles de mejorar. **Material y métodos:** Revisión y análisis descriptivo de las derivaciones a la UEP desde el 01/01/2007 al 30/06/2007. Planilla Excel y resultados obtenidos. **Resultados:** El número total de consultas a la UEP fue de 53.163 y se recopilaron 2.569 (4,8%). Se analizó el 20%: 526. 283 (53,8%) fueron varones. 450 (85,6%) fueron derivadas de comunas del sector, 27 (5,1%) de otras comunas del SSMO. Los diagnósticos de derivación fueron IRA baja 113 (21,4%), misceláneas 61 (11,6%), abdomen agudo 57 (10,8%), 318 derivaciones (60,4%) fueron a pediatría, 109 (20,7%) a cirugía. Los diagnósticos UEP fueron IRA baja 115 (21,9%), gastrointestinales 65 (12,4%), y misceláneas 65 (12,4%). La concordancia diagnóstica entre derivación y UEP se dio en 358 (68,1%). La pertinencia de la derivación fue correcta en 388 (73,8%), El destino posterior de las derivaciones fue el domicilio en 437 (83,1%), 73 se hospitalizaron (13,9%). Las condiciones de traslado fueron adecuadas en 113 (21,5%), no especificado en 406 (77,2%). El nombre del profesional derivador fue ilegible en 214 (40,1%). **Resumen:** Se obtiene el perfil de derivaciones a la UEP. La pertinencia es superior a la concordancia diagnóstica. El porcentaje de pacientes derivados que se hospitalizan supera el promedio de las hospitalizaciones de la UEP. Se detecta falta de información del profesional derivador y de las características del traslado por lo ilegible del escrito. **Conclusiones:** Conociendo el perfil de las derivaciones, pareciera oportuno realizar intervención en APS en lo referente a la información del manejo del paciente en centro derivador, en las condiciones de traslado e identificación del tratante.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE MÉDICOS DE UNA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Casterán JC, Castillo S, Madrid R, Bareño S.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Introducción: La satisfacción del profesional de la salud con su trabajo es decisiva para la satisfacción del paciente. Un trabajo atractivo, equidad en sueldos, condiciones de trabajo y relaciones con sus pares pueden ser determinantes. **Objetivo:** Describir el grado de satisfacción de médicos que laboran en urgencias para elaboración de propuestas que optimicen la calidad de atención en el servicio. **Material y Método:** Aplicación de encuesta (de 20 preguntas de múltiple elección) del grado de satisfacción a 32 médicos que trabajan en una Emergencia Pediátrica. Datos en planilla Excel. **Resultados:** 91,3% consideraron excesiva la carga laboral. 78,1% consideran las demandas de pacientes excesivas. Un 71,9% piensa que el servicio posibilita la resolución de patología compleja. El 75% se siente valorado por sus superiores. Un 65,6% piensan que forman parte de un equipo de trabajo. El 100% está conforme con las posibilidades de perfeccionamiento que le brinda el servicio. Sólo la mitad considera adecuado el lugar de trabajo. El 65,6% opina que el sueldo cubre sus necesidades. 71,9% opinan que participan poco o nada de las decisiones que comprometen al servicio. 53,2% que el sueldo corresponde poco o nada con el trabajo efectuado. Finalmente un 75% mejoraría la historia de su trayectoria hospitalaria. **Conclusiones:** Se logra obtener el grado de satisfacción de los profesionales. Dos tercios se manifiestan satisfechos o medianamente satisfechos. La brecha va por la escasa participación en decisiones, el espacio físico donde se brinda atención y las remuneraciones no acordes a la sobrecarga laboral. Se hace evidente que la toma de decisiones debiera ser compartida, la importancia del entorno físico y la percepción de inequidad de sueldos, son factores a tomar en cuenta para la mejoría de la satisfacción usuaria interna lo cual redundaría en la calidad de la atención prestada.

INFORME DE ATENCIÓN, INDICADOR DE CALIDAD EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Casterán JC, Castillo S, Madrid R, Bareño S.
Complejo Asistencial Sótero del Río. Urgencia Pediátrica.

Introducción: La evaluación por indicadores de calidad es un instrumento que ha demostrado ser útil. Un indicador de calidad básico es el informe de atención, relacionado con la asistencia al paciente. Monitoriza la calidad de atención, relación entre profesionales, continuidad de la prestación con Atención Primaria, es, además, instrumento médico-legal. Se mide obteniendo el registro, en el Dato de Atención de anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento, indicaciones y receta de los profesionales. **Objetivo:** Conocer este indicador de calidad en la Emergencia Pediátrica y su posterior aplicación. **Material y Métodos:** En planilla Excel, registro de informe de atención de los profesionales de la Emergencia Pediátrica en trimestre octubre-diciembre 2006. Detección del problema (falta de registros), intervención correctora, registro de atención posterior en mayo-julio del 2007. La fórmula para medirlo es: Número de Informes correctos x 100/ Número total de informes. **Resultados:** Se analizan 27.202 registros del 2006 y 22.295 del 2007. Registros 2006: 58,1% de los profesionales registraron anamnesis, 66,7% examen físico, 100% diagnóstico, 90,7% indicaciones, 37,5% tratamiento y 37,7% la receta. Al detectar falta de registro se realiza intervención correctora. Se registra nuevo informe de atención. Registros 2007: 88,7% registraron anamnesis, 88,9% examen físico, 100% diagnóstico, 95,5% indicaciones, 79,2% tratamiento y 81,5% la receta. Aumentó el registro de atención en 52,7% anamnesis, 33,3% examen físico, 5,3% indicaciones, 111,2% tratamiento y 116,2% receta. **Conclusiones:** Se valida indicador de calidad en Emergencia Pediátrica. Evalúa el funcionamiento del proceso, detecta problemas, si los hay, corrige con intervención. Sirve para compararnos con nosotros mismos o con otros servicios. Fácil de monitorizar y con intervenciones sencillas logramos mejoría significativa en nivel de registros con beneficio en calidad de atención al paciente.

ESTADÍA PROLONGADA DE PACIENTES EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, INDICADOR DE CALIDAD DE ÁREA DE TRABAJO

Castillo S, Casterán JC, Bareño S, Ferreira Y, Madrid R, Meza M.
Unidad Emergencia Pediátrica, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Introducción: Las estadías superiores a 24 horas en una Unidad de Emergencia, pueden ser consecuencia de una mala gestión de camas hospitalarias o de la capacidad resolutive de la unidad. La UEP cuenta con 18 cupos a los cuales ingresan mayoritariamente pacientes por corto período para tratamiento y valoración de su evolución; para posteriormente ser hospitalizados, trasladados o dados de alta. Un indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial. Este indicador es de proceso, mide eficiencia y el estándar corresponde al 1%. **Objetivos:** Conocer la cantidad de pacientes con estadía prolongada, identificar las patologías más frecuentes, las edades y su destino posterior. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de libro de ingresos y datos atención entre 01/09/06 y 31/08/07. Uso de planilla Excel. **Resultados:** Consultas generales 108.734, ingresan a Observación 13.991 (12,8%) y de estos 576 (4,1%) superan las 24 horas de estadía. Varones 56,1% y mujeres 43,9%. Edades: RN: 7,3%, lactantes 73,4%, pre escolares 12,5%, escolares 7,1%, adolescentes 4,7%. Patologías: IRA baja 78,6%, Infecciosas 7,8%, Misceláneas 6,4%, Neurológicas 1,9%, Gastrointestinales 1,3%, IRA alta 1,2%, Otras 2,5%. Destinos: áreas críticas 2,9%, áreas básicas 41,8%, domicilio 36,1%, traslados 15,9%, no especificado 2,7%. Tiempo promedio estadía 34,6 hrs. Mayor estadía: Junio, Julio, Septiembre. Tiempo mayor estadía 118 horas. **Conclusiones:** La sala de observación resulta muy útil para el manejo del paciente con estadía prolongada y contribuye a la disminución del número de ingresos. El motivo de las estadías prolongadas en junio y julio se debe a falta de cupos en "campana de invierno" y en el mes de Septiembre por paro de funcionarios. Optimizar los registros.