

XLIX

CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA

Libro Resumen



28 al 31 de Octubre de 2009
Hotel Villa del Río, **VALDIVIA**

Despeval®

DESCLORATADINA / SAVAL

24 horas de
Alivio Antialérgico

- Antialérgico
- Antiinflamatorio
- Descongestionante

Agradable sabor
esencia Damasco



Despeval® (Desloratadina)
Presentaciones:
2,5 mg / 5 ml por 100 ml de jarabe
5 mg por 10 comprimidos
5 mg por 30 comprimidos


www.saval.cl

Sociedad Chilena de Pediatría

Miembro de la Asociación Latino Americana de Pediatría (ALAPE) y de la International Pediatric Association (IPA)

Directorio 2009-2010

Presidente

Oscar Herrera G.

Vicepresidente

Francisco Moraga M.

Secretario General

Carlos Saieh A.

Tesorero

Jorge Vergara C.

Directores

Teresa Alarcón O.

Luis Felipe González F.

Patricia Mena N.

Hernán Sepúlveda R.

Secretario de Actas

María Pilar Monteverde O.

Presidentes de Filiales

Zona Norte:

Arica: I Región de Tarapacá

Jimena Aramayo S.

Iquique: I Región de Tarapacá

Orquídea Arredondo B.

Antofagasta: II Región de Antofagasta

Antonio Cárdenas T.

El Loa: II Región de Antofagasta

Eduardo Coopman M.

Atacama: III Región de Atacama

Ricardo Espinoza O.

La Serena: IV Región de Coquimbo

Oscar García P.

Valparaíso: V Región de Valparaíso

Cristina Semler U.

Aconcagua: V Región San Felipe-

Los Andes

Mauricio Lagos T.

Zona Sur:

O'Higgins-Colchagua: VI Región del

Libertador Bernardo O'higgins

Fernando Véliz C.

Maule: VII Región del Maule

Ruth Muñoz E.

Ñuble: VIII Región del Bío-Bío

Julio Salas C.

Concepción: VIII Región del Bío-Bío

Jaime Tapia Z.

Bío-Bío: VIII Región del Bío-Bío

Clara Yevenes S.

Araucanía: IX Región de Araucanía

Rossana Villalobos C.

Los Lagos: X Región de Los Lagos

Loreto Podestá L.

Aysén: XI Región de Aysén del Gral.

Carlos Ibáñez Del Campo

Fernando Pinto L.

Punta Arenas: XII Región de

Magallanes y Antártica Chilena

Gustavo Pizarro T.

Presidentes de Ramas

Anatomía Patológica

Alejandra Henríquez V.

Enfermedades Respiratorias

Luis Astorga F.

Cardiología

Miriam Massú T.

Endocrinología

Vinka Giadrosic R.

Enfermedades Infecciosas

Juanita Zamora R.

Gastroenterología

Francisco Alliende

Genética

Silvia Castillo T.

Ginecología

Anghiela Borghero R.

Hematología-Oncología

Rosa Moreno H.

Nefrología

Patricia Barrera B.

Neonatología

Jorge Fabres B.

Neurología

Fernando Novoa S.

Nutrición

Ximena Raimann T.

Pediatría Ambulatoria

René Soto W.

Tratamiento Intensivo

Alejandro Donoso F.

Atención Primaria

Inés Guerrero M.

Presidentes de Comités

Adolescencia

María Eugenia Henríquez C.

Niños y Adolescentes con Necesidades

Especiales de Atención en Salud,

NANEAS

María Eugenia Ávalos A.

Ética

Marcial Osorio F.

Lactancia Materna

Morelia Ossandón M.

Maltrato Infantil

Nereyda Concha C.

Medio Ambiente

Enrique Paris M.

Urgencia Infantil

Ida Concha M.

Medios y Salud Infanto Juvenil

Valeria Rojas O.

Parasitología

Isabel Noemi H.

Becados

Clarita Ferrada C.

SIDA

Elba Wu H.

Medicina del Deporte y

la Actividad Física

Francisco Verdugo M.

XLIX Congreso Chileno de Pediatría
Volumen 80 - Número Especial

Editor:
Francisco Moraga M.

Nota: Los resúmenes fueron reproducidos utilizando los originales enviados por cada uno de los autores.

TEMAS OFICIALES DEL CONGRESO

ENDOCRINOLOGÍA

JUEVES 29 DE OCTUBRE DE 2009

GENÉTICA

VIERNES 30 DE OCTUBRE DE 2009

MEDIOS AUDIOVISUALES Y SALUD INFANTO-JUVENIL

SÁBADO 31 DE OCTUBRE DE 2009

CEFIRAX®

Cefpodoxima / SAVAL

Seguridad y Eficacia COMPROBABLE



- ✓ Infecciones Respiratorias
- ✓ Infecciones Urinarias



2 Cómoda Administración
2 veces al día
Niños y Adultos

CEFIRAX® (Cefpodoxima)

Presentaciones:

100 mg / 5 ml por 75 ml suspensión oral

200 mg por 10 comprimidos

www.savall.cl

LS
SAVAL

Clavinex® Duo

AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / SAVAL

Forte

Una respuesta *Forte*
contra la resistencia bacteriana

- Dos presentaciones para un mayor ajuste a los requerimientos de la terapia
- 800 / 57mg / 5ml x 35ml y 70 ml



Otras presentaciones

Denominación	Formulación y presentaciones
Clavinex comprimidos	500 / 125 mg x 21 comprimidos
Clavinex Duo comprimidos	875 / 125mg x 14 y 20 comprimidos
Clavinex XR	1000 / 62,5 MG X 40 comprimidos bicapa
Clavinex Suspensión	250 / 62,5 mg / 5ml x 60 ml
Clavinex Duo Suspensión	400 / 57 mg / 5ml x 35 y 70 ml

XLIX CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA

Libro de Resúmenes

VOLUMEN 80 (NÚMERO ESPECIAL) - 2009

Presentación _____	9
Índice de Trabajos por Temas	
• Adolescencia _____	10
• Broncopulmonar _____	13
• Cardiología _____	22
• Cirugía Pediátrica _____	27
• Endocrinología _____	28
• Gastroenterología/Nutrición _____	33
• Genética _____	44
• Hemato-Oncología _____	63
• Infectología _____	66
• Misceláneos _____	79
• Nefrología _____	82
• Neonatología _____	89
• Neurología _____	105
• Odontopediatría _____	114
• Pediatría Ambulatoria y General _____	121
• Tratamiento Intensivo _____	137
• Urgencia Pediátrica _____	145
Índice de Autores _____	151

XLIX CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA

Libro de Resúmenes

VOLUMEN 80 (NÚMERO ESPECIAL) - 2009

PRESENTACIÓN

Hoy, los Equipos de Salud enfrentamos una serie de desafíos de tipo clínicos y de índole administrativa: los nuevos modelos de atención dispuestos por la Reforma en Salud, las variaciones en la situación epidemiológica y demográfica, condiciones de salud emergentes y reemergentes, los desafíos que implica la inmigración, el acceso a la información en línea, la incorporación de la autogestión en la práctica clínica, la vorágine de conocimientos y la necesidad de mantenerse actualizados, por nombrar algunos. Esto hace necesario reevaluar nuestro trabajo, lo que a su vez permite transformar estos desafíos en oportunidades para la mejora de nuestros procesos, para desarrollar nuevas y mejores formas de atención.

Por otro lado, la continuidad histórica, con las adaptaciones que exigen los tiempos, ha sido y será una fortaleza y un valor orientador que ha destacado a los Equipos de Salud, donde ninguna tarea se termina: sólo se cumplen etapas. Este ha sido el camino y la riqueza de Chile en relación a la Salud Pública en general y a Pediatría en particular.

Las Sociedades Científicas tienen aportes indispensables que hacer para enfrentar estos desafíos y apoyar a los Equipos de Salud, a través de mantener actualizados los conocimientos a los que accedan los profesionales de la salud, basándose en la mejor evidencia científica disponible. Así, la Sociedad Chilena de Pediatría patrocina, auspicia y/o dirige numerosos cursos, jornadas y talleres destinados a la educación continua de sus miembros, siendo el Congreso Chileno de Pediatría su máxima expresión, al reunir en un solo evento a destacados expositores, nacionales e internacionales, de las variadas disciplinas que conforman el quehacer pediátrico general.

Este año, la hermosa ciudad de Valdivia nos acoge en la versión 49 de nuestro Congreso, dando cita a más de 70 expositores que nos actualizarán en los 5 Cursos Precongreso, sesiones plenarias, simposios y simposios satélites, en que se presentan 269 trabajos, seleccionados de los 367 recibidos, en sesiones plenarias así como en modalidad poster, los que reflejan el trabajo científico de numerosos grupos de colegas a lo largo del país.

Pero también el Congreso nos ofrece la oportunidad de departir, renovar amistades, tener gratos momentos de esparcimiento y entretenimiento, porque la Pediatría es más que nuestra profesión, es parte de nuestra vida y la Sociedad Chilena de Pediatría pretende ser parte de la de ustedes, contribuyendo a difundir y actualizar el conocimiento de la especialidad, pero también aportando por hacer de éste, un mundo mejor.

Bienvenidos a Valdivia 2009, la fiesta anual de la Pediatría nacional.

Dr. Francisco Moraga Mardones
Vicepresidente

Valdivia, Octubre de 2009.

CARACTERIZACIÓN DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE EN CLÍNICA PRIVADA DEL SECTOR PONIENTE DE SANTIAGO

*Carrasco LL, Salas O, Internos UFT, Palomo C, Gutiérrez C.
Clínica Hospital del Profesor (CHP).*

Introducción: El embarazo adolescente constituye un desafío para los profesionales de la Salud Pública. Mantiene el círculo de la pobreza, por ello se necesita mejorar su consejería. Nuestro objetivo es describir la población obstétrica entre 14 y 19 años que consulta en Clínica Hospital del Profesor (CHP) durante el año 2008 con el fin de implementar políticas de prevención primaria y secundaria. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Nuestro universo lo constituyen 152 embarazadas menores de 19 años de un total de 1.782 partos que fueron atendidos en CHP durante el año 2008. Los datos se obtuvieron del Sistema informático y de las fichas clínicas de estas pacientes. **Resultados:** 152 embarazadas menores de 19 años tuvieron su parto en CHP correspondientes al 8,5% del total de partos durante el año 2008. El 0,89% (16) eran menores de 15 años. Un 94% eran primigestas; 34% tuvo parto vaginal, 6,5% fórceps y 57,9% cesáreas. Sólo un 17% usó anticonceptivos orales y 12,5% fumaba. De las patologías obstétricas, hubo 1,3% de partos prematuros; no hubo partos de post término. Todos los Apgar encontrados fueron mayor de 5. La infección urinaria se encontró en un 6% de estas jóvenes, los síntomas de aborto en un 4% y los síntomas de parto prematuro en un 2,6%. Se obtuvo el registro de peso y talla en 135 pacientes (88,8%). Diecinueve de ellas (14,06%) se encontraban con bajo peso, 68 (48,1%) con peso normal; 18 (13,24%) con sobrepeso y 33 embarazadas (24,49%) se encontraban obesas. El sistema de atención previsional del 59, 9% de las pacientes fue por Fonasa y el 38% fue por Isapre. **Conclusión:** Las embarazadas adolescentes tuvieron su parto en CHP durante el año 2008, mayormente por cesárea, con escasa patología maternoinfantil. Esto difiere de los datos encontrados en los hospitales públicos. Hubo bajo uso de anticonceptivos orales, por estas jóvenes. Preocupa el desconocimiento de la características biopsicosociales de nuestras adolescentes. Necesitamos crear nuevas instancias que faciliten el conocimiento de una sexualidad responsable. Nuestro desafío continua siendo perfeccionar los registros y consejería multiprofesional. Ayudaremos a construir con ellas un mejor proyecto de sus vidas.

CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES Y EVOLUCIÓN DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) ATENDIDOS EN UN PROGRAMA DE ADOLESCENCIA DE ATENCIÓN SECUNDARIA

*Bataszew A, Correa L, Salas F.
Programa Adolescencia, Unidad Pediatría, Hospital Padre Hurtado (HPH).*

Los TCA son trastornos psiquiátricos que generan graves consecuencias orgánicas, con mortalidad de hasta un 12% y frecuencia en aumento en adolescentes y adultos jóvenes. Comparten la presencia de hábitos de alimentación alterados, distorsión de la imagen corporal y cambios en el peso. Requieren de tratamiento prolongado e interdisciplinario, con un importante impacto individual, familiar y social. **Objetivo:** Describir las características biopsicosociales de adolescentes con TCA atendidos en el P. de Adolescencia HPH a su ingreso y evolución a 6 meses. **Métodos:** Análisis retrospectivo aleatorio de 46 fichas de adolescentes de 10 a 19 años, entre 2004 -2009. Los datos fueron recolectados en Ficha CLAP-OPS y se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** Edad \bar{x} 14,4 años (10-18 años), 93,5% mujeres. Dos (4,6%) pacientes con anorexia nerviosa (AN), 11 (23,9%) Bulimia nerviosa (BN) y 33 (71,7%) TCA inespecífico (TCAI). Tres hombres con TCAI (13, 14 y 17 años). Antecedente familiar de depresión en 48%, alcoholismo 40%, VIF 37%, TCA 4,3%. Antecedente de abuso sexual en 21,7%, ideación suicida 70%, intento suicida 24% y autoagresiones 22%. Al ingreso el 74% fue eutrófica, 4,4% con desnutrición severa, 6,5% bajo peso y 17,3% con exceso nutricional. Tanner I-II el 6,5%, III el 15,2%, IV-V el 78,3%. Se encontró depresión en 52%, T. ansioso en 20%, T. desarrollo de la personalidad 11%, disfunción familiar 89%. El 76% acude a controles a los 6 meses. Hospitalización en 8,7% (2 por desnutrición severa y 2 por Intento Suicida). De las pacientes con AN una fue tipo compulsivo-purgativa (14 años) y la otra restrictiva (17 años), ambas con depresión mayor en tratamiento y sin mejoría en peso. Los pacientes con BN y TCAI presentaron al ingreso en \bar{x} 15,2 y 14 años respectivamente. Antecedente de exceso nutricional en el 27,3% vs 15,2%. Antecedente familiar de obesidad en 45,5% vs 57,6%. Actividad física promedio 4,1 vs 3,3 hr/semana, 45,5% vs 24,2% fuma, 36,4% vs 21,2% consume regularmente alcohol, 54,5% vs 15,2% había iniciado actividad sexual. Presentaban restricción el 90,9% vs 87,6%, atracones el 100% vs 39,4%, vómitos el 100% vs 36,4%. Refirió ánimo regular o malo el 100% de BN vs 63,6% de TCAI, presentaba ideación suicida el 90,9% vs 60,6%, planificación suicida el 45,5% vs 9,1% y autoagresiones el 45,5% vs 12,1%. Z- score IMC promedio al ingreso 0,56 vs 0,55 y a los 6 meses 0,99 vs 0,71. **Conclusiones:** 1) Predomina el sexo femenino (93,5%), edad \bar{x} 14,4 a, la mayoría TCAI (71,7%); 2) Existe alta frecuencia de antecedente familiar de depresión, alcoholismo y VIF; 3) Destaca el antecedente de abuso sexual en 21,7% de los TCA; 4) Comorbilidad psiquiátrica elevada con Depresión, T. Ansioso, Ideación suicida y autoagresiones, mayor en bulimia; 5) Asistencia a controles a 6 m de 76% es más alta que lo reportado, siendo fundamental mejorar adhesión e intervención precoz.

LOS PADRES Y LA COMUNICACIÓN CON SUS HIJOS/AS ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ESTUDIO CUALITATIVO

Millán T¹, Luengo X², Herreros J³, Zepeda A⁴.

¹Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Universidad de Chile. ²Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Consultora H&B. ⁴Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Existe escasa información a nivel país que dé cuenta de la influencia de la opinión de los padres respecto de la demanda de atención de sus hijos/as adolescentes en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Con el fin de conocer esta temática se realizó, en 2009, un estudio cualitativo que lo explora. Uno de los objetivos indagó la percepción de los padres sobre la comunicación que tienen con sus hijos/as adolescentes en esta área. **Personas y Método:** Se entrevistaron 9 padres de adolescentes (muestra intencionada y criterio de saturación), todos usuarios del sistema público de atención primaria de Santiago. La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, confidencial, anónima, que se realizó previa firma de un consentimiento informado aprobado por un Comité de Ética. La información obtenida fue transcrita y analizada. **Resultados:** Se observó que la mayoría de los entrevistados percibe las necesidades de sus hijos/as en esta etapa del desarrollo, pero no mantiene una comunicación directa ni una relación de confianza con sus hijos/as respecto a sus necesidades o inquietudes en SSR. Una razón importante es que los padres se describen a sí mismos como bruscos, demasiado directos, sin saber cómo abordar el tema de manera sutil o educada, en especial con las hijas. Sienten vergüenza de hablar de lo que no se les enseñó, protegiendo su propia intimidad. A lo anterior se suman las barreras y defensas de sus hijos/as para hablar del tema. Es así que aunque los padres se preocupan de la SSR de sus hijos, tienden a delegar la comunicación directa en las madres de sus hijos/as. Se observa sin embargo, una buena predisposición de parte de ellos a participar de actividades de educación sexual. Algunos padres participan de una comunicación familiar directa que valoran y tratan de mantener. Los contenidos de los mensajes de los padres apuntan, en primer lugar, a recalcar sus expectativas para ellas y ellos respecto a estudios, obediencia y valores de buen comportamiento social. En segundo lugar se refieren a la preocupación por los principales riesgos que son el embarazo precoz, las ITS y el SIDA, temas a los que aluden en forma implícita e indirecta a través del críptico mensaje “cuidate” o “tienes que cuidarte”. **Conclusiones:** Aun cuando la SSR de los hijos/as adolescentes preocupa a los padres, la comunicación de ellos con los/as adolescentes es indirecta debido en gran medida a sus propios temores y vergüenzas. A consecuencia de ello, la responsabilidad de la comunicación sobre prevención recae casi exclusivamente en las madres. Se propone considerar a los padres en las acciones educativas y de servicios de SSR, teniendo en cuenta su buena disposición y las dificultades que ellos reportan, mejorando así el impacto en la prevención de las conductas de riesgo en adolescentes. *Proyecto, SA08I20049 financiado por Fonis.*

PERFIL DEMOGRÁFICO DEL ADOLESCENTE QUE SE ATIENDE EN EL HOSPITAL CLÍNICO FUSAT DURANTE EL AÑO 2008

Rojas A¹, Romero K¹, Flores R¹, Hernández H¹, Gasitulli A¹, Lantadilla T².

¹Internos medicina 7° año Universidad Diego Portales, ²Ginecóloga Hospital Clínico Fusat.

Introducción: La OMS considera jóvenes al grupo entre 10 a 24 años, lo que corresponde a más de la mitad de la población mundial. En Chile, este grupo representa el 10,5% de la atención de salud. No existen datos sobre morbilidad. **Objetivos:** Establecer un perfil demográfico y de morbilidad de los pacientes jóvenes-adolescentes cotizantes FUSAT durante el 2008. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. La muestra corresponde a los pacientes cotizantes de Fusat entre 10 y 24 años atendidos en 2008. Se analizó fichas clínicas, libros de laboratorio y partos. Los datos fueron analizados utilizando el programa Statview. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Fusat. **Resultados:** Un 36% corresponden a adolescentes-jóvenes. Representan el 17% de las consultas, sin diferencias entre sexos. El principal motivo de consulta corresponde a la patología respiratoria (14.7%), en segundo lugar en mujeres la consulta ginecológica, y en hombres dermatológica. El 17% de consultas ginecológicas son realizadas por adolescentes, 44% corresponde a controles ginecológicos y 13,7% a control prenatal. 25% de los partos pertenece a este grupo, principalmente primigestas (83%) y embarazos de término (92%). En lo que respecta a ITS, 22% de los cultivos vaginales son de este grupo, siendo la *C. albicans* y la *G. vaginalis* el 68% de los resultados positivos. En relación a VDRL y VIH no hay exámenes positivos en este grupo. **Conclusiones:** Los adolescentes tienen características epidemiológicas diferentes de las existentes en los otros grupos, y demandan servicios de salud distintos. Destaca que la patología broncopulmonar es el primer motivo de consulta, en contraste con las causas traumatológicas que se mostraban como principal motivo de consulta en el servicio público de la sexta región. En la población femenina, la consulta ginecológica constituye el segundo motivo de consulta, lo que se condice con los estudios nacionales. En el servicio de maternidad se observa una tasa de embarazo similar a la descrita en la literatura nacional. En relación al estudio microbiológico, cabe destacar que presentan la misma proporción de muestras que la población adulta, con un predominio de cultivos de flujos vaginales y detección de Streptococo Grupo B, y un menor porcentaje de muestras para la detección de enfermedades de transmisión sexual. La creación de una unidad especializada en medicina de adolescencia y juventud permitiría entregar un abordaje integral del adolescente-joven.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE TONGOY Y CREACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE EN CESFAM DE TONGOY, JUNIO-AGOSTO 2009

Meriño P¹, Bernal P², Ortega B³.

¹Médico Cirujano, general de zona, CESFAM de Tongoy. Coquimbo, Chile. ²Internas Universidad Católica del Norte. CESFAM de Tongoy. Coquimbo, Chile.

Introducción: La adolescencia es un proceso psico-social, siendo los principales problemas de salud (según OMS): Salud Mental, Salud nutricional, Salud sexual-reproductiva. La población adolescente de Tongoy (20,2%) es muy vulnerable, destacando: vandalismo, consumo de alcohol-drogas, alto índice de intentos suicidas-suicidios y de embarazo adolescente, agregándose que del CESFAM no existe un programa adolescente, siendo atendidos por morbilidad, pero no ejerciéndose promoción de salud ni manejo condicionado a las consultas de éstos. **Objetivo:** Crear un programa a partir del diagnóstico participativo de salud del adolescente que permita promoción e intervención en salud en relación a los problemas que los afectan (Salud Mental, nutricional, sexual-reproductiva). **Material y Métodos:** Durante junio-agosto del 2009 se aplicó Ficha CLAPS-OPS a adolescentes de ambos géneros entre 10 -19 años pertenecientes a la Escuela David León Tapia, 5º-7º; y Liceo marítimo, 1º-4º de Tongoy. Los datos fueron analizados mediante EXCEL. Luego se diseñó el programa de salud integral del adolescente según riesgo biopsicosocial y áreas afectadas. **Resultados:** Según Fichas CLAPS aplicadas: Tasa de embarazo adolescente: 25,4%; Inicio consumo de alcohol (13-15 años): 56% hombres 55% mujeres; Inicio consumo de tabaco (10-12 años): 50% hombres, 42% mujeres; Inicio vida sexual activa (12-14 años): 50% hombres, 64% mujeres; Principales problemas de salud: alcohol-drogas (22%), salud mental (22%), problemas nutricionales (19%). Los problemas de Salud (5 básico, Escuela David León Tapia), son: Salud mental (28% trastornos conductuales), Nutricional (21%, conducta alimentaria, 10% desnutrición y sobrepeso, 3% obesidad) y judiciales (18%). Los problemas de salud (7º básico) son: salud mental (31%, 45% depresión, 33% integración), Alcohol-drogas (22%), Judiciales (19%) y ginecológicos (3%). Los problemas de salud en alumnos 1º medio, Liceo Marítimo son: Alcohol-drogas (34%), Mental (15%: 57% depresión-intentos suicidas, 43% conductuales), Ginecológicos (8%). **Discusión:** Según resultados se diseñó el Programa de Salud Integral del adolescente con el fin de otorgar atención a los adolescentes que necesitan atención, en aspectos promocionales, curativos, rehabilitación y derivación, estableciéndose como meta preventiva 1 taller bisemanal a adolescentes y 1 taller mensual para padres; Meta terapéutica según riesgo biopsicosocial, mesa comunitaria trimestral y acondicionamiento de Box de atención en ambos colegios siendo vistos por los distintos profesionales de la salud. **Conclusión:** La contribución del programa es desarrollar servicios modelos de atención integral, abordando al adolescente en forma holística considerando su salud física, psicosocial, sexual y reproductiva, teniendo en cuenta la dimensión individual, familiar y comunitaria con enfoque participativo e intercultural.

QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Silva M¹, Bernal P², Rojas E².

¹Pediatría, Servicio de Pediatría Hospital San Juan de Dios, La Serena. ²Internas Universidad Católica del Norte. Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios, La Serena - Chile.

Introducción: La parasitosis por *equinococcus granulosus* es una zoonosis que afecta a poblaciones humanas y animales de zonas agrícolas y ganaderas, siendo la región de Coquimbo, la que ha mostrado el mayor incremento en su seroprevalencia, de 5 a 14,4%, dado por el ganado caprino, siendo mayor en las provincias del Limarí y Elqui (Paihuano). En la población pediátrica la localización pulmonar es más frecuente, alcanzando un 25% de prevalencia en menores de 20 años en la región de Coquimbo. **Objetivo:** Mostrar caso clínico de escolar de Paihuano con presentación clínica inusual. **Caso clínico:** Escolar de 9 años, sin antecedentes mórbidos, procedente de Paihuano, consulta por historia de una semana de evolución de tos seca agregándose los últimos 3 días expectoración hemoptoica, afebril, sin compromiso del estado general, sin dificultad respiratoria. Consulta en el hospital de Vicuña, tomándose los siguientes exámenes: hemograma: 12.600 leucocitos, predominio linfocitario hematocrito: 35%; hemoglobina: 12 gr/dl, plaquetas normales, VHS 77 PCR 49 mg/l, 2 baciloscopias negativas y radiografía de tórax que muestra imagen de condensación basal izquierda. Persiste con expectoración hemoptoica por lo que se toman nuevos exámenes de control: hematocrito 26%, hemoglobina 8,5 gr/dl. Con estos exámenes y persistencia de la expectoración hemoptoica es derivado al Hospital de La Serena, Ingresando sin dificultad respiratoria, ni fiebre, ni requerimientos de oxígeno. Se solicita nueva radiografía de tórax y se hospitaliza con el diagnóstico de neumonía basal izquierda y se inicia tratamiento con penicilina sódica 200.000 U c/6 hrs endovenosa. Evolucionando favorablemente sin tos, sin expectoración hemoptoica, afebril. Se completa tratamiento con amoxicilina por 7 días, se toma un nuevo control radiográfico y se piden nuevas baciloscopias (negativas) y TAC de tórax que muestra condensación del lóbulo inferior izquierdo, asociado a adenopatías mediastínicas e hiliares, sugerentes de Tuberculosis. Se realiza PPD, que resulta negativo. Por cuadro clínico y resultado de TAC de tórax, se solicita evaluación por equipo Broncopulmonar de Hospital Roberto del Río, presentando durante la estadía en este hospital vómica, realizándose angiorresonancia que reveló quiste hidatídico basal izquierdo realizándose tratamiento médico con Albendazol 250 mg c/12 hr por 3 meses. **Conclusión:** La hidatidosis pulmonar es un diagnóstico planteable ante un escolar proveniente de la provincia del Elqui, con historia de hemoptisis e imagen de condensación basal en la radiografía, por su alta prevalencia en esta región. La localización del quiste fue preferentemente en los lóbulos inferiores, lo que concuerda con otras series.

INFLUENZA A/H1N1 EN NIÑOS: LA EXPERIENCIA DE ANTOFAGASTA

Cárdenas TA¹, Pietroboni P², Lagunas E.³

¹Pediatría Hospital de Antofagasta. ²Becado de Pediatría. Universidad de Antofagasta. ³E.U. Pediatría Hospital de Antofagasta.

Introducción: El 16 de Junio tuvimos el primer caso de la nueva Influenza A/H1N1 en nuestro servicio. Dado que se trata de un nuevo agente infeccioso quisimos conocer sus características clínicas. **Material y Método:** En forma prospectiva registramos los casos desde el 16 de Junio al 18 de Agosto y se evaluó la edad, género, T°ax, recuento de blancos, PCR, diagnósticos, días de estada, patología de base crónicas, días de evolución previo al ingreso, duración de la fiebre e IHH. Todos los casos están confirmados por PCR del ISP. Se usaron estadísticos descriptivos de Epi info 6 y se consideró significativo un $p < 0,05$ cuando fuese necesario. **Resultados:** Se registraron 18 casos con edad promedio de 5,2 años (rango 0 mes a 14 años). El 66,6% (12/18) fueron varones ($p = 0,02$). Al ingreso se tuvo como prom: 10.240 blancos (400-17.400), PCR: 33,9 mg/l (0-139 mg/l), Tax: 37,6 °C (36,5-39 °C) y en un 33,3% (6/18) tenían patología de base. La fiebre duró en prom: 1,7 días (0-5 días) y la hospitalización 6,86 días (rango 1-27 días). La evolución previa a la hospitalización fue de 2,7 días (1-7 días). Los diagnósticos de egreso fueron: Neumonía 44,4% (8/18), SBO 11% (2/18) y Faringitis aguda: 44,4% (8/18). Hubo 2 casos de IHH, uno de los cuales se encuentra gravísimo al momento de este estudio. **Discusión:** No incluimos un lactante (Síndrome de Apert) fallecido con H1N1 ya que tenía co-infección con VRS. Destaca en nuestra serie un predominio de género masculino y un amplio rango de edad que van desde el RN hasta los 14 años. Un 44,4% fueron cuadros leves, pero por desconocimiento del agente se hospitalizaban. Las neumonías eran condensantes y se cubrían con ATB de amplio espectro. La fiebre, el recuento de blancos y la PCR fueron en general bajas, aún en los niños con neumonía. Un tercio de nuestra serie tenía patología crónica subyacente. Este factor y el predominio en varones son coincidentes como factores de riesgo con la Influenza A estacional. No así con la edad, en donde la población de mayor riesgo para Influenza estacional son los lactantes y en nuestra serie no tuvimos diferencias en la distribución por grupos etarios. Lo mismo ocurrió con la fiebre que en nuestra serie fue baja en comparación a lo que se describe en la Influenza estacional. No se produjeron fallecidos hasta el término del estudio. Consideramos a nuestro estudio un primer esfuerzo por caracterizar este nuevo tipo de Influenza en Antofagasta y contribuir a su conocimiento.

1

2

INFLUENZA A/H1N1 V/S VRS. ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?: EXPERIENCIA DE ANTOFAGASTA

Cárdenas TA¹, Pietrononi P², Lagunas E.³

¹Pediatría Hospital de Antofagasta. ²Becado de Pediatría. Universidad de Antofagasta. ³E.U. Pediatría Hospital de Antofagasta.

Introducción: El 16 de Junio tuvimos el primer caso de Influenza A/H1N1 en nuestro Servicio. Al tratarse de un nuevo agente infeccioso quisimos compararlo con uno antiguo: el VRS y así intentar caracterizarlo para su sospecha clínica. **Material y Método:** En forma prospectiva del 16 de Junio al 16 de Agosto, registramos 22 casos de VRS y 18 con H1N1 hospitalizados y se evaluó: edad, género, Tax, recuento de blancos, PCR, diagnósticos, días de estada, enfermedades previas, días con síntomas antes del ingreso y duración de la fiebre. Los casos de H1N1 fueron confirmados por PCR del ISP y los VRS por IFI de nuestro hospital. Se usó el EPITABLE de Epi Info 6, para comparar medias y proporciones de ambas series. Se consideró un $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** No hubo diferencias significativas (medidos al ingreso) en el recuento de blancos ($p = 0,39$), PCR ($p = 0,69$), T. ax ($p = 0,06$), días de hospitalización ($p = 0,47$) ni género ($p = 0,35$). La edad promedio en H1N1 fue de 5,2 años y en VRS de 7 m ($p = 0,00$). Hubo un 33,3% (6/18) de patología crónica en H1N1 y en VRS ninguno. Los días previos de enfermedad antes de la hospitalización fue de 4,4 días para VRS y de 2,7 días en H1N1 ($p = 0,01$). El promedio de días con fiebre fue de 0,54 en VRS y de 1,65 en H1N1 ($p = 0,035$). La neumonía estuvo en el 44,4% (8/18) de los H1N1 y en un 9% en VRS ($p = 0,02$), en tanto que el SBO estuvo presente en el 100% de los VRS y en un 11% de los H1N1 ($p = 0,00$). Dos casos de H1N1 fueron IIH, uno de ellos grave al concluir este estudio. **Discusión:** No incluimos en la serie un lactante con síndrome de Apert fallecido por neumonía y que tenía co-infección de H1N1 con VRS. La Influenza A estacional y el VRS, son los mayores responsables de las IRAs bajas en lactantes y tienen gran similitud clínica a esa edad. El H1N1 parece compartir dicho perfil ya que al ingreso no se encontraron diferencias en ambos grupos que nos pudieran orientar. Más adelante la edad es clave. No tuvimos ningún niño mayor de 36 meses con VRS. Por tanto en el lactante se debe buscar dirigidamente el H1N1 ya que se tiene antivirales eficaces. En el niño mayor, la neumonía por H1N1 se presentó con laboratorio viral, a pesar de ser condensantes y que permitiría diferenciarla de las bacterianas. No obstante a todos se les indicó ATB. Es llamativa la presencia de IIH por H1N1 a pesar de todas las precauciones.

SÍNDROME DE HEINER: HEMOSIDEROSIS PULMONAR SECUNDARIA A ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Córdova T, Ríos G, Lezana V, Lagos M.

Hospital Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.

La Hemosiderosis pulmonar es una causa rara de hemorragia alveolar difusa. Su debut es en los primeros años de la vida. Se puede presentar de forma aguda o crónica. Clásicamente la forma de presentación aguda se manifiesta con anemia, hemoptisis e infiltrados pulmonares difusos y la forma crónica se presenta con anemia ferropriva resistente al tratamiento con hierro, síntomas respiratorios recurrentes y pseudohemorragia digestiva al deglutir restos hemáticos. Puede corresponder a causa primaria (idiopática) o secundaria. Una de las causas secundarias descritas en niños es la alergia a la proteína de la leche de vaca. Es importante reconocer ésta etiología ya que su tratamiento mejora ostensiblemente su pronóstico. **Caso clínico:** Paciente de un año de edad, con antecedentes de RNPT de 36 semanas, usuario de oxígeno domiciliario hasta los 8 meses de edad por presentar en el período neonatal cuadro de neumonía connatal grave con hipertensión pulmonar que requirió de ventilación mecánica por cinco días. Se hospitaliza para estudio por anemia ferropriva no respondedora a terapia con hierro, con un hematócrito de 18%, por lo que se transfunde. Madre refiere que desde la introducción de fórmula láctea presenta distensión abdominal, reflujo, vómitos explosivos, en algunas ocasiones con estrías de sangre. Se realiza estudio inicial: AC antitransglutaminasa y sangre oculta en deposiciones normales. Cincética del hierro confirma patrón ferroprivo. Se decide alta con control ambulatorio para completar estudio. A los dos días del alta consulta por tos y dificultad respiratoria progresiva. Rx de tórax revela condensación en LMD y se decide hospitalizar por saturación límite iniciando aporte de oxígeno con cánula nasal. IFI viral (+) VRS, PCR elevada (12 mg/dl) y destaca HT 22% recibiendo nueva transfusión de GR. Se inicia tratamiento con PN sódica. Evolucionó con infiltrados alveolointersticiales bilaterales en Rx de tórax, mayor requerimiento de O₂ y distrés severo, por lo que ingresa a UCIP. Se observa en malas condiciones generales, pálido intenso, retracción costal y supraesternal, polipneico, agitado, mal perfundido, saturando 80% con mascarilla de alto flujo. A la auscultación destaca signología obstructiva y condensante bilateral de predominio derecho. Se toman exámenes que muestran ascenso de PCR y en Rx de tórax rápida progresión de infiltrados alveolointersticiales, en menos de 24 horas, con mayor extensión que placa anterior, predominado condensación a derecha. Se inicia Cefotaxima, hidrocortisona y se conecta a VM requiriendo parámetros ventilatorios elevados, sin lograr saturación óptima, por lo que requiere paso a VAFO que se mantiene por 7 días. Recibe apoyo inotrópico con dobutamina e infusión de furosemida, midazolam, fentanyl y pavalón. Aumento de parámetros infecciosos por lo que se cambia esquema a Vancomicina + Imipenem por 10 días. Por patrón intersticial radiológico persistente y sospecha de bronquiolitis obliterante se decide tratar con bolos de metilprednisolona (3), con buena respuesta que coincide con paso a VM que se mantiene por 6 días y descenso progresivo de parámetros, logrando pasar a VMNI y luego a cánula nasal. Sufre descompensación brusca, que requiere 11 días de VM nuevamente. Se controla con TAC de torax que muestra neumonía intersticial. Por evolución tórpida se discute caso con equipo broncopulmonar y se plantea la realización de biopsia pulmonar la que se efectúa y se informa con diagnóstico de Hemosiderosis pulmonar. Por antecedentes se plantea que pudiese ser secundaria, a alergia a la proteína de leche de vaca. Se inicia tratamiento empírico con fórmula láctea hidrolizada. Se completa estudio para descartar otras causas secundarias: función renal normal, ecocardiograma normal, recuento de inmunoglobulinas, complemento, anticuerpos ANCA, antiirroglobulinas, antimicrosomales, anti ENA, antiDNA y antinucleares resultaron negativos. Se solicita estudio con IgG específica (precipitinas) para alergia a la proteína de la leche de vaca que resulta en niveles elevados confirmando el diagnóstico. Paciente evoluciona satisfactoriamente tras cambio de fórmula y mantención de tratamiento corticoideal con prednisona, pasando rápidamente a bigotera, alcanza a recibir una segunda cura de metilprednisolona, siendo dado de alta en buenas condiciones con oxígeno domiciliario, corticoides inhalatorios y controles de forma ambulatoria. **Discusión:** El Síndrome de Heiner es una rara asociación entre hemosiderosis pulmonar y alergia a la proteína de la leche de vaca. Es una manifestación de hipersensibilidad no mediado por Ige. Es habitual que durante las primeras manifestaciones de la enfermedad se confunda con infecciones del tracto respiratorio bajo por la presencia de síntomas como tos, sibilancias, dificultad respiratoria y en la etapa aguda incluso manifestaciones de enfermedad inflamatoria sistémica como taquicardia y fiebre. La presencia de hemoptisis, facilita el diagnóstico clínico, pero no siempre se presenta como síntoma, como queda expuesto en este caso. El diagnóstico tardío, retarda el tratamiento por lo que los fenómenos de inflamación crónica y fibrosis pulmonar se perpetúan provocando remodelación alveolar y a daño irreversible. En este caso el antígeno de la leche de vaca gatilla la formación de inmunocomplejos provocando daño a nivel del endotelio alveolar el que lleva a ruptura y sangramiento. Los macrófagos alveolares inician la fagocitosis de restos de sangre, acumulándose en su interior como hemosiderina que genera depósitos en los alveolos y sus productos de degradación aumentan los fenómenos de inflamación y daño. Por esto es necesario conocer que existe ésta forma de presentación, ya que la eliminación del antígeno (proteína de la leche) de manera precoz, detiene el daño a nivel pulmonar, incluso logrando la curación de la enfermedad.

MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Ferrón CS, Macho FL, Espinoza MM, del Río UC, Mardones P, Venegas G, Blanco A. Servicios de Radiología, Broncopulmonar, Neonatología, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Las malformaciones pulmonares congénitas primarias (lesiones quísticas pulmonares) son entidades poco comunes, con una incidencia del 2,2% con respecto al total de la patología malformativa congénita. El diagnóstico prenatal es más frecuente en los últimos años gracias al desarrollo de la ultrasonografía de alta resolución y la resonancia magnética (RM). El secuestro pulmonar (SP), la malformación adenomatoidea quística (MAQ), el enfisema lobar congénito (ELC) y el quiste broncogénico (QB) son las lesiones quísticas pulmonares (LQP) de mayor frecuencia. El propósito de este estudio es la revisión de nuestra experiencia Institucional en el Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM) en el diagnóstico y manejo multidisciplinario (clínico, radiológico, quirúrgico e histológico) de estas patologías. **Material y Métodos:** Entre Enero de 1997 y Diciembre de 2006 se estudiaron en forma retrospectiva 32 pacientes hospitalizados en el HLCM con diagnóstico de LQP, desde su nacimiento hasta su resolución clínica-quirúrgica y diagnóstico histológico previo a su egreso hospitalario. **Resultados:** De los 32 pacientes tratados, 18 (56%) varones y 14 (44%) mujeres, el rango de edad fluctuó entre el nacimiento y los 13 años. Tres (12%) pacientes tenían diagnóstico prenatal por Ultrasonografía de alta resolución y 1 (3%) por RM. A los pacientes se les realizó Tomografía Computada (TC) en su estudio inicial. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente, de los cuales los sintomáticos requirieron cirugía precoz. El diagnóstico histológico demostró que del total de los pacientes, las LQP encontradas correspondieron a: 18 (56%) MAQ, 8 (25%) SP, 5 (16%) ELC y 1 (3%) correspondió a un quiste broncogénico. Sólo 2 (3%) de los pacientes presentaron complicaciones en su evolución clínica (infección de la herida operatoria). No hubo mortalidad en la muestra estudiada. **Discusión:** El mayor porcentaje de las LQP corresponden a MAQ, SP Y ELC, presentándose en forma aislada el QB. Las malformaciones pulmonares congénitas representan un alto porcentaje de las cirugías en el período neonatal; siendo el pronóstico y tratamiento altamente efectivo y con buenos resultados. El manejo multidisciplinario oportuno ha permitido una sobrevida del 100% de los pacientes. Sin embargo, el diagnóstico prenatal en nuestro medio aún es limitado, debido a la falta de acceso a una técnica de imagen de alta complejidad (RM).

PERFIL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA VIRAL Y SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO CON INMUNOFLORESCENCIA POSITIVA A VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

Gárate M¹, Espinoza CM², Muñoz M. Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital El Pino. ¹Interno, ²Alumno.

En Chile, cada año ocurre la epidemia de virus respiratorio sincicial (VRS) y provoca más de la mitad de las hospitalizaciones en el invierno. Existe asociación entre neumonía por VRS, sibilancias recurrentes y asma posterior. No está claro el rol del virus respiratorio sincicial (VRS) como causa o como un marcador de asma. Se postula que existe predisposición genética en los pacientes en los que el virus respiratorio sincicial (VRS) se asociará a asma. Por otra parte, los inmunocomprometidos presentan riesgo de neumonía grave, falla respiratoria y mortalidad de un 8,6. **Objetivos:** Averiguar si existe patrón en pacientes de esta área, con diagnóstico de neumonía viral, síndrome bronquial obstructivo e inmunofluorescencia positiva a virus respiratorio sincicial que determine su evolución. **Métodos:** Estudio retrospectivo con análisis de fichas clínicas de 355 pacientes hospitalizados con diagnósticos de neumonía viral y síndrome bronquial obstructivo con inmunofluorescencia positiva a virus respiratorio sincicial en el Servicio de Pediatría del Hospital y El Pino, durante un período de tres años 2006 al 2008. Muestra de 355 pacientes, con edades entre 10 días y 4 años, de ambos sexos. **Resultados:** 355 pacientes hospitalizados con diagnósticos de neumonía viral y síndrome bronquial obstructivo con inmunofluorescencia positiva a virus respiratorio sincicial de ambos sexos 166 pacientes masculinos y 189 femenino. Edades entre 10 días a 4,1 años con una media de 5,4 meses de edad. Los días de hospitalización fueron de 2 a 10 días con un promedio de 3,6 días. Se observó que 48 pacientes presentaron patologías de base asociadas lo que representa un 13,5% y 104 pacientes evolucionaron con sobreinfección bacteriana asociada. La evolución grave se presentó en 28 pacientes (7,9%), los cuales fueron derivados a unidades de pacientes críticos. No se registraron fallecidos. **Conclusiones:** El perfil de pacientes hospitalizados fue el adecuado a una unidad básica y cuando se requirió apoyo de unidades críticas esto se pudo resolver. Pacientes con patologías de base asociadas no representaron un alto porcentaje, esto puede ser dado por el buen control de estos por las unidades especializadas tales como neumología infantil o por la hospitalización directa a unidades de mayor complejidad. Un tercio de los pacientes presentó sobreinfección asociada lo que pudo haber determinado su evolución por lo que se nos abre múltiples interrogantes para desarrollar investigaciones futuras.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INDICACIÓN DE OXIMETRÍA CONTINUA NOCTURNA HOSPITAL DR. H. HENRÍQUEZ A. DE TEMUCO 2003-2005

Betancourt AM, Troncoso TP, Haro RK, González CR¹, Vidal SP¹.

Unidad de Respiratorio, Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. ¹Internos.

Introducción: La oximetría continua nocturna (OCN) corresponde a una medición continua de la saturación de oxígeno, mediante un oxímetro de pulso, con la finalidad de medir la saturación continua de oxígeno en sangre arterial por vía transcutánea por un tiempo determinado, utilizado por ejemplo, en el estudio de apneas, displasia broncopulmonar (DBP) del prematuro, pacientes con secuelas post infección viral, fibrosis quística, entre otros. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes desde 1 mes de vida (n = 33), con indicación de OCN en el período señalado. Se registraron variables: edad, sexo, etnia, grupo etario, procedencia, patología de base, duración de OCN, uso previo de oxígeno y flujo, fracción de requerimientos de oxígeno adicional posterior al examen, en una planilla diseñada en Epi Info® versión 3.3.2. Análisis estadístico realizado Stata® 9.0. **Resultados:** Media de edad de 44,4 meses, rango entre 1-207 meses. Relación niña:niño 0,6:1; 27,2% con al menos un apellido mapuche; 39,4% correspondió a lactantes y 30,3% a preescolar. El 45,5% de los pacientes fue referido de la Unidad de Lactantes del Servicio de Pediatría. El número de horas promedio de duración de la OCN fue 12,3 horas. Del total de pacientes, 18,1% eran usuarios de oxígeno previamente y de estos el 83,3% tuvo variación en la indicación del aporte de oxígeno indicado. De los pacientes no usuarios de oxígeno (81,8%) sólo el 11,1% tuvo indicación de oxigenoterapia posterior al examen. La indicación de OCN más frecuente fue en el grupo de lactantes con un 48,5% y en ellos, la principal patología de base fue la secuela pulmonar post infección viral con un 39,4%, seguido por DBP con un 18%. **Conclusión:** El grupo de lactantes presenta un mayor tipo de patologías que requerirán oxígeno ambulatorio como parte de su tratamiento. Se observó una mayor solicitud de registro de OCN en los pacientes de sexo masculino y la patología de base predominante fue secuela pulmonar post infección viral. Este examen demostró ser útil no sólo para conocer la necesidad de requerimientos adicionales de oxígeno en los pacientes, sino también para monitorizar y ajustar el flujo de oxígeno en los pacientes oxígeno dependientes.

EXPERIENCIA DE 19 AÑOS DE FIBROBRONCOSCOPIA PEDIÁTRICA EN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Linares J², Herrera O¹, Sepúlveda H¹, Letelier ML³, Hurtado C².

¹Pediatra Neumólogo, ²Becada de Pediatría, ³Internas de Pediatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

Introducción: La fibrobroncoscopia pediátrica fue introducida en Chile hace casi dos décadas, procedimiento indispensable en la neumología pediátrica, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. El objetivo del presente trabajo es describir nuestra experiencia clínica en fibrobroncoscopia desde su inicio, en cuanto a población estudiada, indicaciones, hallazgos y complicaciones. **Material y Método:** Se revisan en forma retrospectiva los datos de los procedimientos realizados en nuestro hospital desde octubre 1991 a agosto 2009. Se evaluaron: características de los pacientes, indicaciones, vía, diagnóstico endoscópico y complicaciones. **Resultados:** Se realizaron 1302 fibrobroncoscopias durante este período. 57% en hombres y 55% en menores de un año, de este grupo 23% era recién nacido. Rango etéreo desde 3 días a 18 años. 87% de los procedimientos se realizó en pacientes hospitalizados, de los cuales 68% fueron en unidad de paciente crítico. Las principales indicaciones en orden decreciente fueron: lavado broncoalveolar, estridor, dependencia de ventilación mecánica y atelectasia. En toda la muestra el principal diagnóstico fue laringo y/o traqueobronquitis seguido de malacia de la vía aérea alta y/o baja. Un 15% de los pacientes tenía una vía aérea normal. En el grupo menor de 6 meses el principal hallazgo fue laringo y/o traqueobroncomalacia. Las complicaciones fueron poco frecuentes (13%), principalmente depresión respiratoria y desaturación. La mayoría ocurrió en pacientes de cuidados intensivos. **Conclusiones:** La fibrobroncoscopia es un procedimiento útil y seguro en pacientes pediátricos, ya sea ambulatorio u hospitalizado. Utilizado en su mayoría en pacientes de unidades de cuidados intensivos, con escasas complicaciones y una gran magnitud de posibilidades diagnóstico terapéuticas.

QUISTE MESOTELIAL INTRATORÁXICO ADQUIRIDO

*Madrid R, Hachim A, Jaramillo Y, Saldías G, Vejar L, Clerc N.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

Introducción: El quiste mesotelial intratorácico (QM), es infrecuente, puede ser congénito o adquirido. La proliferación de células mesoteliales normales puede producirse en respuesta al trauma, infección o inflamación. **Objetivo:** Presentar un caso clínico que aporta datos que pueden ayudar a mejorar el conocimiento de este tipo de patología. La bibliografía pediátrica revisada se refiere a casos esporádicos. **Caso clínico:** Lactante femenino de 1 año 3 meses, sin antecedentes, ingresó por tos, fiebre, requerimientos de oxígeno, se hospitalizó con diagnóstico de pleuroneumonía. Se realizó aseo pleural toracoscópico, recibió tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona, evolucionó satisfactoriamente con resolución completa del cuadro clínico. Cuatro meses más tarde se controló radiografía tórax, la cual evidenció imagen aérea redonda de paredes finas, la cual aumentó de tamaño en los controles radiográficos posteriores, a los 6 meses se confirmó neumatocele complicado (mayor 50% hemitorax y atelectasia severa) con tomografía axial computada de tórax. A los 7 meses se resolvió quirúrgicamente. Anatomía patológica: aspecto histológico compatible con quiste mesotelial. **Conclusiones:** El quiste mesotelial como respuesta del pulmón a la inflamación e infección, es una rara lesión adquirida y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de un neumatocele complicado.

INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN-BARR Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

*Madrid R, Jaramillo Y, Jorquera P, Vejar L, Clerc N.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

Introducción: El virus Epstein-Barr (VEB) no es un agente etiológico habitual de neumonías. La coinfección es frecuente y permite entender evoluciones atípicas de algunas enfermedades. **Objetivo:** Se describen 2 casos de neumonías complicada con compromiso pleural, asociados a infección por VEB. **Casos clínicos:** Caso 1: lactante femenino de 1 año 3 meses, neumonía complicada con derrame pleural por neumococo resistente a penicilina, tratado con toracoscopia, dos esquemas antibióticos diferentes, 24 días de hospitalización. A pesar de la buena respuesta clínica y mejoría de parámetros de laboratorio, persistió febril. Se estudió síndrome febril prolongado diagnosticándose mononucleosis infecciosa asociada (serología Ig M e Ig G VEB +). Caso 2: preescolar masculino de 2 años 11 meses, ingresó por tos y fiebre de 8 días evolución, con neumonía basal izquierda con compromiso pleural, adenopatías cervicales y edema bpalpebral. Síndrome mononucleósico, serología Ig M VEB +. Se demostró coinfección con *Chlamidia pneumoniae* con serología Ig M +, buena evolución tratado con claritromicina. **Conclusiones:** 1) La asociación infección por EBV y neumonía bacteriana complicada es infrecuente; 2) No se puede precisar si ambos agentes son concomitantes, o que uno de ellos precipitó la infección del otro; 3) En el segundo caso clínico el VEB podría haber favorecido la infección bacteriana; 4) Ante fiebre persistente con buena respuesta al tratamiento de una pleuroneumonía se puede plantear infección por VEB.

EFFECTIVIDAD CLÍNICA Y FUNCIONAL DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE 9 A 14 AÑOS CONTROLADOS EN EL CESFAM PUEBLO NUEVO

Rivas VR, Cares SJ, Paillao MX, Bonilla CH, Toledo MI, Quintana MA.

Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo. Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco. Universidad Mayor, sede Temuco.

Introducción: El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad clínica y funcional de un programa de entrenamiento muscular inspiratorio para mejorar valores fisiológicos, funcionales y de calidad de vida en pacientes asmáticos de 9 a 14 años controlados en el Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo de Temuco. **Material y Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado simple ciego de 42 niños asmáticos, de los que 21 recibieron una intervención experimental y 21 una de control. La intervención experimental consistió en un programa de sesiones de entrenamiento de músculos inspiratorios 3 veces a la semana durante 3 meses. Utilizando como sistema de entrenamiento muscular inspiratorio (EMI) un dispositivo tipo válvula umbral Threshold que administraba una resistencia de 30% de la presión inspiratoria máxima. Se evaluaron fuerza muscular inspiratoria, función pulmonar, tolerancia al ejercicio y la calidad de vida. **Resultados:** El tratamiento experimental mostró una mejoría significativa en la fuerza muscular inspiratoria al mes y medio de entrenamiento con una diferencia de 20,48 cm H₂O. Al término de los 3 meses de entrenamiento esta misma variable mostró una diferencia estadísticamente significativa de 31,47 cm H₂O a favor del grupo experimental ($p = 0,000$). En la función pulmonar destaca la Flujometría que muestra diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental con un promedio basal de $299,04 \pm 59,99$ min y final de $339,29 \pm 5,48$ min ($p = 0,00$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto para el grupo control como para el experimental en las variables VEF₁ y CFV. En la variable capacidad física, evaluada por el test de marcha de 6 minutos al tercer mes de entrenamiento el promedio de metros recorridos para el grupo control fue de $596,81 \pm 92,96$ m ($p = 0,002$), en cambio el grupo experimental presentó un recorrido de $638,48 \pm 72,16$ m ($p = 0,0001$), con una diferencia de 41,67 m. Para el grupo control el incremento de metros promedio recorridos fue de 24,14 m, mientras que en grupo experimental fue de 63,58 m ($p = 0,018$). En el cuestionario de calidad de vida la evolución del grupo experimental obtuvo resultados estadísticamente significativos ($p = 0,007$), de un puntaje basal promedio de $5,47 \pm 1,05$ a un puntaje final de $6,15 \pm 0,64$. En las dimensiones actividades y síntomas con un $p = 0,001$ y $p = 0,04$ respectivamente, no así para la dimensión función emocional que resultó ser estadísticamente no significativa ($p = 0,051$). **Discusión:** El entrenamiento específico de los músculos respiratorios con este programa de rehabilitación logra obtener resultados positivos en los pacientes asmáticos pediátricos, en aspectos relacionados con la fuerza de los músculos respiratorios y calidad de vida. Es necesario estudiar su efecto a largo plazo especialmente enfocado al número de crisis y al ausentismo escolar.

ESCOLAR CON TUBERCULOSIS MILIAR

Milinarsky TA, Rojas RE, García MJ.

Hospital Carlos van Buren.

Paciente de 10 años, procedente de San Antonio con antecedentes de parálisis cerebral, epilepsia secundaria en tratamiento y desnutrición. Inmunizaciones al día. Inicia cuadro de neumonía manejada con cefotaxima, oxígeno y kinesiterapia respiratoria. Luego de dos días, por aumento de requerimientos de oxígeno se traslada a hospital Van Buren. Ingresa saturando 95% con apoyo de oxígeno. Parámetros infecciosos muestran PCR de 29,2 y recuento de blancos de 11.900. IFI viral (-), IgM *Mycoplasma* (-). Gases sin acidosis ni retención de CO₂. Se recaba antecedente de contacto familiar íntimo con tos crónica. La radiografía de tórax muestra infiltrado micronodulillar bilateral e imagen de aspecto condensante en LID (patrón miliar), por lo que se realiza baciloscopia I y II de contenido gástrico y cultivo de secreción traqueal. Este es positivo para *P. aeruginosa* por lo que se modifica esquema antibiótico. Baciloscopia I es negativa. Paciente evoluciona con disminución de su dificultad respiratoria y de requerimientos de oxígeno. La auscultación pulmonar siempre se caracteriza por disminución acentuada del murmullo pulmonar y estertores difusos. Se discute caso con equipo de infectología y por contexto clínico de patrón radiológico y contacto sospechoso, se decide iniciar tratamiento antituberculoso según norma MINSAL. Ese día la segunda baciloscopia es informada como BAAR (+). Paciente se aísla y se solicita además TAC de tórax que muestra un patrón miliar y una imagen sospechosa de caverna en LSD. Se realiza PPD que resulta negativo. Tras 7 días de tratamiento antituberculoso se decide traslado a hospital de origen por evolución favorable. Tras algunos meses de tratamiento se sabe que al contacto sospechoso se le diagnosticó tuberculosis. Dos cultivos de Koch de muestra de contenido gástrico, salen positivos con 80 y 30 colonias respectivamente. La tuberculosis en el menor de 15 años ha sufrido una reducción gradual y sostenida. En 1996 significó el 4,6% de casos totales y el 2000 el 2,5% y se debió principalmente a la implementación del programa nacional de la tuberculosis con pesquisa y tratamiento de bacilíferos adultos, estudio epidemiológico de contactos y alta cobertura de vacuna BCG. La TBC infantil es un permanente desafío clínico ya que aunque el rendimiento bajo de la bacteriología y la falta de especificidad de la clínica y radiología ésta junto al contacto con adulto bacilífero es la que más frecuentemente plantea la sospecha diagnóstica.

CORRELACIÓN ENTRE DOS ESCALAS DE FUNCIÓN VENTILATORIA EN LACTANTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Araneda P, Jara R, *Sánchez V*, Soto I, Varas F, Gomolán P, Guerrero A, Valenzuela J. *Kinesiólogos. Área de Cuidados Básicos - Hospital Padre Hurtado.*

Introducción: Establecer objetivamente el compromiso ventilatorio del paciente hospitalizado permite priorizar los esfuerzos terapéuticos. El índice kinésico de carga de trabajo ventilatorio (IKCTV)* y el score Wood-Downes modificado por Ferrés (W-D-F) son alternativas válidas para lograr este propósito. Nuestro objetivo fue determinar el nivel de correlación entre W-D-F e IKCTV en lactantes hospitalizados por infección respiratoria aguda (IRA). **Material y Métodos:** Estudio correlacional, analítico, prospectivo. Se realizó un seguimiento de la evolución clínica en lactantes hospitalizados por IRA durante los meses de Julio y Agosto de 2009. Esta condición fue valorada simultáneamente a través del score W-D-F, aplicado por el kinesiólogo A e IKCTV, por el kinesiólogo B. Los resultados fueron expresados en medianas (intercuartiles). Se aplicó el test de correlación de Spearman, considerando estadísticamente significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 116 mediciones en 25 pacientes, edad de 4 (1-9) meses, peso de 7,5 (5-8,9) kg, talla 66 (56-71) cms. La estadía hospitalaria fue de 4 (3-4) días. Existe una correlación directa entre ambas escalas ($r = 0,48$; $p < 0,05$). **Discusión:** Las escalas empleadas miden distintas variables, mientras W-D-F se enfoca principalmente en pacientes con compromiso obstructivo, IKCTV agrega mayor información de interés kinésico, integrando de manera equilibrada cargas, asistencias y traductores de la función ventilatoria. Ambas herramientas de medición pueden utilizarse de forma independiente o complementaria en un ambiente hospitalario, permitiendo objetivar el compromiso ventilatorio del paciente pediátrico hospitalizado por IRA. **Conclusión:** Existe correlación moderada entre IKCTV y W-D-F en lactantes hospitalizados por IRA.

DAÑO PULMONAR SEVERO Y NEUMONÍA POR *ACINETOBACTER BAUMANII*

González A, *Sandino D*. *Servicio Neonatología Clínica Dávila.*

Introducción: En las últimas dos décadas *Acinetobacter baumannii* se ha descrito como un patógeno nosocomial emergente y causa importante de neumonía asociada a ventilación mecánica. La afección en pacientes de pretérmino extremo con riesgos de displasia broncopulmonar elevado se ha relacionado con empeoramiento de su condición clínica y desarrollo de daño pulmonar severo. **Material y Métodos:** En relación con un brote epidémico de infección por *Acinetobacter baumannii*, se describe la evolución de un pretérmino con daño pulmonar por neumonía asociada a ventilación mecánica. Se describen otros dos casos de similares características clínicas conformando una serie de 3 pacientes de pretérmino extremo, menores de 1.000 gr con factores de riesgo para displasia más bronconeumonía por dicho germen con muy tórpida evolución, comparado con la evolución de pacientes de similares características en dicho servicio de neonatología. **Resultados:** Pretérmino de 27 semanas con rotura de membranas desde las 22 sem, oligohidromanios severo maduración pulmonar completa, cesárea por trabajo de parto prematuro, Apgar 5-9, 916 g, neopuff en la sala de partos, desarrolla enfermedad de membrana hialina, 2 dosis de surfactante y cierre de DAP, al 7° día en ventilación en descenso presenta deterioro clínico, radiológicos, enfisema intersticial difuso, hemograma alterado, elevación de PCR, hemocultivos negativos y cultivo de aspirado traqueal con *A. baumannii* 100.000 col/ml. Recibe Imipenem por 21 días, radiografías con evolución a “pulmón en panal de abejas”, permanece en ventilación mecánica por 37 días requiere corticoides para extubar, permanece en CPAP con requerimientos altos de oxígeno a los 56 días de vida. Los casos históricos corresponden a 2 pretérmino de 768 y 828 g, que presentan neumonía asociada a ventilación mecánica a los 28 y 10 días de vida, por *A. baumannii* (10^5 col/ml), con daño pulmonar difuso imágenes de enfisema intersticial y posteriormente “panal de abejas”, con ventilación mecánica por 60 y 32 días, oxígeno 119 y 76 días. La evolución torpida de estos casos clínicos contrasta con la realidad de pacientes tratados en esta unidad con incidencia de displasia en menores de 1.000 gr de 36,7%, necesidad de ventilación mecánica promedio en este grupo de 17,5 días y oxígeno de 21,8 días.



Discusión: La displasia broncopulmonar cada vez menos grave (nueva displasia), contrasta con estos prematuros con factores de riesgo elevados y neumonía por *A. baumannii* con deterioro significativo; dependencia prolongada de ventilación mecánica y oxigenoterapia, por daño pulmonar crónico. Lo anterior refuerza la importancia de las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias sobretodo neumonías asociadas a ventilación, en especial a gérmenes tan agresivos, que determinan un empeoramiento clínico en la evolución respiratoria de estos niños.

FIBROBRONCOSCOPIA PEDIÁTRICA EN HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO. EXPERIENCIA 2005-2008

Betancourt AM, Troncoso TP, Haro RK, Mansilla AB¹, López AM¹.

Unidad de Respiratorio, Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. ¹Internos.

Introducción: Técnica introducida hace más de una década en nuestro país, de gran utilidad en el estudio de patologías de vía aérea. **Objetivo:** Describir experiencia clínica entre 2005-2008 de este procedimiento. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva de historias clínicas de 63 pacientes pediátricos que fueron sometidos a fibrobroncoscopia (FBC) durante este período. Se registraron las variables: edad, sexo, etnia, procedencia, patología de base, diagnóstico clínico, tipo de premedicación, procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, complicaciones y hallazgos endoscópicos, en una planilla diseñada en Epi Info® versión 3.3.2. Análisis estadístico realizado en Stata 9.0. Procedimiento efectuado con equipo Olympus BF-3C30 y video cámara Olympus OTV-F3. **Resultados:** Media de edad de 66 meses (1 DS = 59,1), rango entre 1 y 186 meses, la mayoría escolares con un 31,7%. Relación niño:niña 1: 1,5; 25,4% con al menos 1 apellido mapuche. Un 13,6% procedente de la unidad de Lactantes del Servicio de Pediatría. Del total de pacientes, un 69,8% con antecedente de patología de base, siendo las de tipo respiratorio las más frecuentes. Las indicaciones más frecuentes fueron: 20,6% estridor laríngeo congénito, en lactantes; 15,5% neumonía recurrente y 15,5% tos crónica. El 92% de las FBC realizadas bajo sedación, el resto bajo anestesia general. El 90% de los procedimientos fueron diagnósticos, sin complicaciones. El 79,3% con hallazgos patológicos, siendo laringomalacia (34%) el diagnóstico endoscópico más frecuente. En el grupo de escolares, la indicación más frecuente fue estudio de tos crónica, con un 30%, siendo el hallazgo endoscópico más frecuente inflamación crónica inespecífica laringotraqueal con un 35%. **Conclusiones:** Procedimiento realizado desde el período de lactante, la mayoría de características diagnósticas, el cual ha sido un aporte en el estudio etiológico de enfermedades de vía aérea, en la mayoría de los pacientes con antecedentes mórbidos. En el grupo total, la indicación principal fue estudio de estridor laríngeo congénito, en ellos el hallazgo endoscópico más frecuente fue laringomalacia. En los escolares, fue indicado en su mayoría en el estudio de tos crónica.

COMPORTAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL DE LA SERENA (MAYO-AGOSTO 2009)

Vargas P^{1,2}, Palomo H³, Cortés V³, Geraldo G³, Bernal J³.

¹Médico Pediatra, ²UCN, ³Internos Universidad Católica del Norte (UCN). Servicio Pediatría Hospital San Juan de Dios La Serena.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas son una causa importante de morbilidad y de hospitalización en nuestros servicios de pediatría. Con el objetivo de conocer nuestra realidad local en plena campaña de invierno estudiamos a los ingresos del servicio, con los medios diagnósticos disponibles en el hospital, además de su evolución clínica, tratamiento y complicaciones. **Material y Métodos:** Se realizó una base de datos para consignar en forma descriptiva y prospectiva todos los ingresos de tipo respiratorio en forma diaria en el programa Excel 2003 y Epi Info 3.5.1. χ^2 para análisis estadístico. **Resultados:** Durante el período estudiado (1 mayo a 20 agosto 2009) ingresaron 285 Pacientes. Los hombres fueron 159 (55,8%) y 126 mujeres (44,2%). El promedio de edad fue de 26,6 meses (rango: 1 a 179 meses). Los menores de un año fueron 144 (50,5%). Los diagnósticos de egreso más frecuentes son: 1) bronconeumonía viral 73 pacientes, (26,5%); 2) neumonía bacteriana, 62 pacientes, (22,6%); 3) bronquiolitis, 56 pacientes (20,4%); 4) síndrome bronquial obstructivo, 49 pacientes, (17,8%). La duración promedio de la hospitalización fue de 4,6 días (rango de 1 a 28 días). Recibieron tratamiento antibiótico 95 pacientes (33,6%). La evolución fue favorable en 220 pacientes (77,2%). Se trasladaron 15 pacientes (5,2%) a la UCIP de Coquimbo. En relación a etiología, con IFI se demostró en 178 (62,6%) pacientes = Virus Respiratorio Sincicial 94 pacientes (75,8%), Adenovirus 14 pacientes (11,3%), Influenza 14 pacientes (11,3%) (12 AH1N1 y 2 estacional), para influenza 2 pacientes (1,6%) (45 sin etiología) ($\chi^2 = 176,806$; $p < 0,001$). De los VRS corresponden a BCN 22 pacientes (23,9%), SBO 21 pacientes (23,6%), bronquiolitis 28 pacientes (31,4%). La infección por virus demostrada fue 42,6% (76 pacientes) en menores de 12 meses. La infección de tipo bacteriano fue (por clínica, laboratorio, to y evolución), *Mycoplasma pneumoniae* 19 pacientes (30,6%), 43 pacientes (69,4%) sugerentes de *S. pneumoniae* ($\chi^2 = 11,458$; $p < 0,001$). Usaron Broncodilatadores 236 pacientes (82,8%) y 161 (56,5%) corticoides. **Conclusiones:** Este estudio nos permitió: 1) demostrar en 62,6% etiología viral en nuestros pacientes hospitalizados; 2) conocer la evolución de la infección respiratoria en el paciente hospitalizado; 3) implementar medidas extraordinarias para la contingencia respiratoria.

DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE MALFORMACIÓN PULMONAR EN NIÑOS. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Vidal D¹, Kutz AM², Escobar P², Maturana M³.

¹Servicio de Pediatría S.S. Arauco, ²Interna Universidad del Desarrollo, ³Unidad de Genética HGGB, ³Unidad de Infectología HGGB.

Introducción: Las anomalías pulmonares congénitas constituyen un grupo de alteraciones poco frecuentes. Se estima que corresponden a un 2% del total de las autopsias de recién nacidos y niños. Pueden ser asintomáticas, provocar distress respiratorio en el recién nacido o cuadros de infección recurrentes. Se agrupan en anomalías del esbozo pulmonar: agenesia, aplasia e hipoplasia pulmonar, anomalías en la lobulación: secuestro pulmonar y el pulmón accesorio; las alteraciones en la diferenciación bronquial y bronquiolar: quistes congénitos del pulmón; anomalía en la diferenciación alveolar: enfisema congénito y las malformaciones vasculares. La ecografía obstétrica facilita diagnóstico prenatal y mejora el pronóstico de esta patología. **Caso clínico:** Menor sexo masculino, primer hijo de padres jóvenes sanos. Ecografía a las 24 semanas de embarazo muestra quiste bronco génico izquierdo. A las 28 semanas una nueva ecografía descarta este hallazgo. Parto normal a las 37 semanas. Hospitalizado por 6 días por distress respiratorio. Sin otros antecedentes mórbidos de importancia. A los 3 a 8 m presenta cuadro de neumonía asociado a imagen radiológica sugerente de quiste bronco génico del pulmón izquierdo. TAC pulmonar: compatible con malformación quística, ecografía tórax: lesión quística paratraqueal. Se extrae quirúrgicamente confirmando diagnóstico preoperatorio. **Discusión:** Los quistes congénitos del pulmón tienen su origen en malformaciones embrionarias bronquio-alveolares. Pueden ser únicos o múltiples; pequeños, medianos o gigantes. Están revestidos de epitelio respiratorio y en su pared puede haber músculo liso o islotes de cartilago. Se pueden complicar con neumotórax, infecciones recurrentes, hemorragias y fibrosis. El diagnóstico prenatal facilita el seguimiento y control. Presentamos este caso, en el cual el diagnóstico se realiza a las 24 semanas de embarazo, se descarta a las 28 semanas, permanece asintomático y sin controles radiológicos hasta los 3a8m que debuta con un cuadro de neuropatía, con el hallazgo radiológico de imagen quística del pulmón izquierdo, que se resecta quirúrgicamente.

INFLUENCIA DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y VIRUS RESPIRATORIOS EN INFANTES DE VALDIVIA

Yévenes TS¹, Cares RS¹, Cisterna P¹, Uribe D¹, Sotomayor CC².

¹Estudiantes Medicina, Universidad Austral de Chile. ²Tutora. Instituto Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: La contaminación atmosférica es la presencia de partículas (PM10 y PM2.5) que alteran la calidad del aire, implicando posibles riesgos para las personas, llegando a afectar las vías respiratorias superiores e inferiores; debilitando las barreras de defensa y posibilitando el paso de patógenos, como el virus de la influenza estacional tipos A, B o C. El objetivo del estudio fue establecer las posibles relaciones entre los niveles de contaminación por PM10 y PM2.5 y afectados por influenza estacional en Valdivia, entre el 22 de Junio y 22 de Agosto de 2009, en la población pediátrica entre 1 y 14 años. **Material y Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal. Durante el período entre el 22 de Junio y el 22 de Agosto de 2009, se determinaron y analizaron las medias diarias de partículas en suspensión PM10 y PM 2,5 en la estación de monitoreo Parque Kraemer, Valdivia. Además, se recolectó información proveniente de 336 fichas de pacientes afectados por influenza estacionaria, atendidos en CESFAM Dr. Jorge Sabat (error 7%, confianza 95%). Para el análisis de resultados se utilizó Excel 8.0 y Epi-Info 2008. **Resultados:** Para las variables edad, el rango mayoritario de pacientes que fueron diagnosticados con influenza estacional fue entre 5 y 9 años, representando el 38,6% del total, siendo de sexo masculino un 59,57% de estos. Entre el 29 de Junio y 5 de Julio, el promedio de PM10 y PM2,5 fue de 39,54 y 34 respectivamente, correspondiendo a la semana de mayor atención de pacientes con la patología, con un 38,73% de los casos. Entre el 3 y 9 de Agosto, el promedio de PM10 y PM2,5 fue 86,09 y 75,3 respectivamente, correspondiente al mínimo de consultas atendidas, representando el 0,9% de estas. **Conclusiones:** Descriptivamente, los pacientes que consultaron por influenza son mayoritariamente varones de entre 5 y 9 años. De los datos resultantes, se puede determinar que el material particulado analizado tendría relación inmediata con las consultas por influenza estacional. En Valdivia hay altos niveles de contaminación por PM10 y PM2.5, que no afectan directamente el desarrollo del virus de influenza estacional. **Discusión:** Son necesarios más estudios para establecer posibles causas en el desarrollo del virus de la influenza estacionaria. Además de medidas para disminuir los niveles de contaminación en Valdivia, y evitar efectos en la salud a largo plazo.

ENFERMEDAD REUMÁTICA: EXPERIENCIA DE 37 AÑOS

*Caballero E, Araneda I, González S, González AM, Campos C.
Hospital Exequiel González Cortés. Unidad de Cardiología. Centro de responsabilidad de CAE.*

Introducción: La Fiebre Reumática, es una enfermedad inflamatoria del corazón, articulaciones, SNC y tejido subcutáneo después de una infección faríngea por *Streptococcus* grupo A β -hemolítico. La Enfermedad Reumática, es una patología casi olvidada y los servicios pediátricos la ven cada vez menos. En el Hospital Exequiel González Cortés, se ha llevado un protocolo de seguimiento en los últimos 37 años, con registro en sistema codificado. En Enero 2009, un nuevo caso de Corea de Sydenham, nos motivó a su revisión. **Material y Métodos:** Se revisó el sistema de registro de los niños con fiebre reumática llevado en la Unidad de Cardiología desde el año 1971 a la fecha. Se han ingresado un total de 746 pacientes, los que fueron seguidos durante su profilaxis secundaria. El diagnóstico se definió según los criterios de Jones, y se consignaron tipo de compromiso presentado como carditis, corea, forma articular, catalogándolos en grados, y en actividad de la enfermedad y número de brotes presentados. Se evalúa el cumplimiento de la profilaxis y las recidivas. Para un mejor análisis se separó el tiempo de observación en tres períodos. **Resultados:** El primer período de análisis entre 1971 y 1979, ingresan 537 pacientes, cuyo compromiso más frecuente fue la Carditis en un 58%, el compromiso articular en un 30%, y el corea en un 12%. Se observa una recidiva de un 20%. En este período fallecen 2 pacientes por carditis graves. En el segundo período 1980-1994 ingresan 203 pacientes, cuyo compromiso no difiere en forma significativa del grupo anterior. En este período fallecen 2 pacientes por carditis severa. En el tercer período 1995-2009 ingresan 6 pacientes, en todos ellos se observó carditis y en 2 de ellos catalogada como grave, en un paciente se asoció a corea, lo que permitió hacer el diagnóstico. No hubo fallecidos. **Resumen:** La fiebre reumática, ha tenido un descenso importante en el tiempo, recibiendo en promedio en el primer período 67 pacientes al año, en el segundo 14 por año, y en el tercero menos de un paciente por año. La forma articular no se ha presentado en el último período de 14 años. Aunque poco frecuente esta enfermedad no ha desaparecido, por lo cual debe seguir teniéndose en cuenta.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN PEDIATRÍA: FRECUENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y EVOLUCIÓN

*Hernández M, Clavería C, Bolte L, Schiele C, Córdova G, Heusser F, Urcelay G, Frangini P, Garay F, Becker P.
Secciones de Neurología, Cuidado Intensivo y Cardiología Pediátrica, Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: Gracias al avance de las técnicas de diagnóstico y quirúrgicas, la sobrevivencia de los pacientes con cardiopatía congénita (CC) ha aumentado significativamente. En este contexto, el accidente cerebrovascular (ACV) ha emergido como una complicación seria y frecuente, representando el 30% de las causas de ACV en niños. En la literatura se menciona una frecuencia de ACV de 5,4 por 1.000 niños con CC sometidos a cirugía cardíaca (de Veber 2008). **Objetivo:** Identificar la frecuencia, factores de riesgo y describir la evolución clínica de los pacientes pediátricos con CC que presentan ACV. **Método:** Se realizó un estudio de casos y controles de pacientes menores de 18 años con CC ingresados a nuestra Institución, entre Enero 2002 y Junio 2009. Se consideró caso a todo paciente con CC que presentó un ACV y se consideró control a los pacientes con CC sin ACV, estudiando 4 controles por cada caso. Los factores asociados estudiados fueron: sexo, procedencia, genopatía, tipo de cardiopatía, número de cirugías/procedimientos y tromboembolismo periférico. El diagnóstico de ACV se realizó con neuroimagen que evidenciara infarto cerebral o trombosis de senos venosos. **Resultados:** Durante el período ingresaron para estudio y/o tratamiento quirúrgico 1100 pacientes con CC, registrándose 35 ACV (30 isquémicos arteriales y 5 trombosis de senos venosos), lo que da una frecuencia de ACV de 32 por 1.000 niños con CC. El 83% de los ACV ocurrió en relación a cirugía o procedimiento. Falleció el 30% de los pacientes y el 57% presentó secuelas neurológicas graves. El 50% de los infartos fue bilateral con una recurrencia de un 15%. El análisis univariado mostró que los factores de riesgo más significativos fueron el tromboembolismo periférico, más de dos cirugías/procedimientos, cardiopatía cianótica con un OR de 6,7; 4,0 y 3,7 respectivamente y un valor $p < 0,02$. En el análisis multivariado sólo se asoció a ACV el tromboembolismo periférico y más de tres cirugías/procedimientos. **Conclusiones:** En nuestra serie la frecuencia de ACV en pacientes pediátricos con CC fue de 32 por 1.000 niños. Se asoció significativamente con ACV el tromboembolismo periférico y el antecedente de más de dos cirugías/procedimientos. Cabe destacar que el 17% de los ACV no estaban relacionados a cirugía ni procedimientos. Existe una tendencia a mayor riesgo de ACV en pacientes con CC cianóticas. Debido al avance en las terapias médicas y quirúrgicas de las CC, es prioritario estudiar la epidemiología, factores de riesgo y evolución de estos pacientes.

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL PRE Y POST TRASPLANTE RENAL

González VAM, Araneda AI, González DS, Caballero IE.

Unidad de Cardiología, Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción: La Miocardiopatía hipertrófica (MCH) del ventrículo izquierdo (VI), es un hallazgo frecuente y a menudo severo en los niños portadores de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), tratados con terapia de sustitución renal (hemodiálisis o peritoneodiálisis). Dentro de los factores relacionados es importante la hipertensión arterial (HTA), y la prolongación de la diálisis. Las anomalías ecocardiográficas encontradas son: hipertrofia de VI, crecimiento de aurícula izquierda (AI), dilatación de VI y disfunción sistólica del VI. Numerosas publicaciones han consignado una tendencia hacia la normalización de los parámetros ecocardiográficos en etapas post-trasplante renal (TR). **Material y Método:** En el Hospital Exequiel González Cortés, centro nacional de TR en el niño, se evalúa el compromiso cardíaco de los pacientes en la Unidad de Cardiología. Desde el año 1996, se han realizado 56 TR de donante vivo relacionado o de donante cadáver. El tratamiento de sustitución renal es mantenido por tiempo variable de acuerdo a la factibilidad de conseguir donantes. El estudio cardiológico consiste en examen clínico, electrocardiograma, radiografía de tórax y ecocardiografía (ECO). Este último ha demostrado ser el procedimiento más útil en el diagnóstico. Se ha utilizado el método de ECO transtorácica con equipo General Electric Vivid 4 y transductores de 7,5 y 3,5 S. Se realizan mediciones en modo M, B y estudio doppler continuo, pulsado y color. De los 56 pacientes trasplantados renales 36 (64,2%) tenían diversos grados de MCH del VI. Se realizó cálculo de masa de VI y función sistólica de VI. De acuerdo a los parámetros estudiados, el compromiso del VI se clasifica en tres grados: leve, moderado y severo. Se correlacionan con datos clínicos y bioquímicos de los pacientes. **Resultados:** Se observa en estos pacientes que un 64,2% presenta MCH del VI, pre-TR. Existe correlación del compromiso miocárdico con el grado de HTA y el tiempo de evolución de ésta. En el control ECO post-TR se observa una mejoría parcial y/o total del compromiso cardíaco pre-TR que se relaciona con la mejoría de la HTA. **Conclusiones:** En pacientes con IRCT existe un 64,2% de compromiso miocárdico del VI. Dicho compromiso se correlaciona con el grado de HTA. La evolución de la MCH post-TR hacia la mejoría se ve en la totalidad de los pacientes estudiados. La mejoría total de la MCH tiene directa relación con la normalización presión arterial post-TR exitoso.

FIEBRE REUMÁTICA: UNA PATOLOGÍA EN EL OLVIDO

Caballero E, González S, Araneda I, González AM, Campos C.

Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología.

Introducción: La Fiebre Reumática (FR), es una enfermedad inflamatoria del corazón, articulaciones, SNC, tejido subcutáneo después de infección faríngea por *Streptococcus* hemolítico grupo A. Su patogenia es desconocida. No tiene tratamiento específico. En nuestro hospital los casos de FR han descendido, el penúltimo se diagnosticó en 1999, reapareciendo un caso este año, lo que motivó esta presentación. **Caso:** Paciente de 12 años con 1 mes de artralgias migratorias bilaterales, decaimiento y anorexia, a las 2 semanas aparece hipotonía, movimientos incoordinados de extremidades derechas y cambio de carácter. Consulta en varias ocasiones derivándose a Inmunología donde se plantea: poliartralgias obs artritis reumatoide juvenil, manejado con indometacina. En urgencia se pesquisa soplo, enviándose a Cardiología, destacando signos de enfermedad mitral y corea a la búsqueda dirigida. Se obtuvo antecedente de amigdalitis 4 meses atrás tratada con amoxicilina 7 días. En los exámenes destaca VHS 85 mm/h, antiestreptolisina O (ASO) de 800 UI/ml, ECG: PR 0,18", ecocardiografía: insuficiencia mitral moderada, estenosis mitral leve e insuficiencia aórtica moderada. Se hospitaliza con diagnóstico de FR aguda, recibe penicilina benzatina y ácido acetilsalicílico (AAS). En control aumenta insuficiencia mitral, se cambia AAS a prednisona por 10 días, reanudándose posteriormente. Evolución con VHS en descenso (15 mm/h). A las 3 semanas desaparece el corea y leve disminución de las insuficiencias valvulares. Alta a los 28 días. Se controla en cardiología cumpliendo profilaxis secundaria. Mejoró la capacidad funcional y se mantiene sin corea, las insuficiencias valvulares son leves a los 6 meses de seguimiento. **Comentarios:** Por la dificultad diagnóstica con nuestra paciente se revisa el tema. Por ser una enfermedad olvidada, se recomienda en la literatura evaluación por médico con experiencia, como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico se basa en Criterios de Jones, la paciente presentaba corea y carditis como criterios mayores; artralgias, VHS elevada y PR prolongado como menores. La elevación de los títulos de ASO sustentó la infección estreptocócica. El diagnóstico es apoyado por la ecocardiografía, especialmente en pacientes con poliartritis. Probablemente en pacientes con artralgias sería recomendable la búsqueda dirigida de los criterios de Jones, revalidados en 1992. Es importante recordar la prevención primaria que debe ser adecuada para erradicar el *streptococcus*. El tratamiento habitual, permitió la rápida mejoría del corea y una evolución satisfactoria de la carditis.

COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI: SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LA QUINTA REGIÓN ENTRE LOS AÑOS 1994-2008

Moreno JA¹, Faccilongo C¹, Bettoli P¹, Carrasco P¹, Michea K^{1,2}, Vergara R^{1,2}, Consigliere ME³, Arellano R⁴, Montecinos T⁴.

¹Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso, ²Unidad de Infectología Infantil, Hospital Carlos van Buren, ³Unidad de Cardiología Infantil, Hospital Gustavo Fricke, ⁴Unidad de Cardiología Infantil, Hospital Carlos van Buren.

Introducción: La Enfermedad de Kawasaki (EK) constituye la principal causa de enfermedad cardiovascular adquirida en niños. A través de ecocardiografía se pueden pesquisar alteraciones coronarias como dilataciones aneurismáticas y compromiso de la pared descrito como hiperrefringencia. La terapia con gammaglobulina endovenosa (GGIV) administrada precozmente disminuiría la incidencia y severidad del compromiso coronario (CC). El grado de afectación endotelial coronario a futuro se mantiene inconcluso. **Objetivo:** Describir la evolución del compromiso cardiovascular en pacientes con EK en control en cardiología infantil en los Hospitales Carlos van Buren de Valparaíso y Gustavo Fricke de Viña del Mar entre 1994 y 2008. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con el diagnóstico de EK. La obtención de datos se realizó a partir de las fichas clínicas y posteriormente los datos se analizaron a través de estadística descriptiva. **Resultados:** De un total de 60 pacientes, un 50% presentó CC al ingreso, evidenciándose 16 dilataciones, 5 aneurismas y 7 hiperrefringencias. Un 98% (59) recibió tratamiento con GGIV 2 g/kg día en promedio a los 8,2 días de inicio de la fiebre y un 100% aspirina en dosis antiinflamatoria y dosis antiagregante plaquetaria de mantención, tratamiento que se mantuvo por 4 meses promedio. El seguimiento en Cardiología fue de 21 meses promedio (2 meses a 10 años). Del total de pacientes con CC: 8 tuvieron regresión espontánea, 6 presentaron disminución del compromiso coronario pero persistió el hallazgo, 8 se mantuvieron en similares condiciones y 2 presentaron compromiso mayor. No se observaron casos posteriores de infarto al miocardio, arritmias o evidencia de otra patología cardíaca. No hubo mortalidad en la serie. **Discusión:** Se observó una elevada incidencia de CC en la población en estudio, que alcanza un 50%, con una evolución relativamente benigna a lo largo del seguimiento, presentando regresión en el 54%, sin otras complicaciones cardiovasculares ni muerte. Estas cifras son similares a otras publicaciones. No se evidencian diferencias en cuanto a género ni edad de aparición del cuadro. La ecocardiografía fue fundamental en los casos de EK incompletos, ya que definió el diagnóstico y el tratamiento posterior. Se destaca la importancia del diagnóstico e inicio de tratamiento precoz. Faltan estudios prospectivos a largo plazo para determinar la real implicancia de EK en la edad adulta.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE DOS CASOS

Guzmán G¹, Salgado D².

¹Hospital Regional de Rancagua, Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil. ²Interno. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales.

Objetivos: Describir dos casos de enfermedad de Kawasaki con manifestaciones hepáticas atípicas destacando la evolución hasta el diagnóstico y el manejo posterior. **Caso 1:** Niño, 2 años 7 meses, sano; cuadro de 6 días de fiebre y rash generalizado atribuido a metamazol. Evolucionó con ictericia, CEG, adenopatías y eritema palmo-plantar. Es hospitalizado, en otro centro, con sospecha de ITU y hepatitis. PCR elevada e hipoprotrombinemia. Radiografía de tórax: neumonía retrocardíaca y derrame pleural izquierdo. Ecografía abdominal: hepatomegalia y ascitis. Es trasladado a nuestro centro con diagnóstico de sepsis de foco respiratorio y hepatitis. Ingresa decaído, ictericia generalizada, conjuntivas hiperémicas, labios fisurados y rojos, faringe congestiva, adenopatías cervicales y axilares bilaterales, hemitórax izquierdo con broncofonía, abdomen con ascitis y hepatoesplenomegalia, edema genital y pretibial más eritema palmar. Exs de laboratorio: leucocitosis, PCR, VHS, bilirrubina y transaminasas elevadas. Diagnóstico: EK clásica con compromiso hepático. Se inicia tratamiento con gammaglobulina (caída de fiebre 24 horas después), antibioticoterapia, drogas vasoactivas y aspirina. Ecocardiografía: ectasia de tronco coronaria derecha e izquierda. **Caso 2:** Niña, 3 años 3 meses, cuadro febril de 5 días de evolución con rash escarlatíniforme descamativo, de predominio en el área del pañal asociado a poliadenopatías pequeñas, fisuras labiales, lengua rojiza y faringe congestiva. Manejada ambulatoriamente por 3 días con Claritromicina por sospecha de escarlatina. Al ingreso, irritable, ictericia de escleras y mucosas, coluria y descamación en el área del pañal. Laboratorio: PCR, VHS, GOT, GPT y bilirrubina total elevadas, leucocituria y microhematuria. Se realiza ecocardiografía que no evidencia dilatación coronaria. Se realiza diagnóstico de EK incompleto con compromiso hepático. Se inicia tratamiento con gammaglobulina y aspirina con caída de la fiebre a las 48 hrs. Actualmente, 6 años de seguimiento, ambos niños realizando actividades de la vida diaria sin limitaciones y el niño con regresión total de ectasia coronaria. **Conclusiones:** Desde la perspectiva clínica, existe la necesidad de sospechar precozmente la EK, ya que un número importante de casos no reúnen las características clásicas y pueden manifestarse en formas atípicas como una hepatitis aguda.

INDICADORES CLÍNICOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN NIÑOS PORTADORES DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Toledo GMI¹, Alarcón MAM², Bustos ML^{2,6}, Heusser RF³, Castillo NME⁴, Garay GF^{3,5}, Molina PJ¹.

¹Hospital Hernán Henríquez A. ²UFRO. ³Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁴Hospital Dr. Sótero del Río. ⁵Hospital Padre Hurtado.

Calidad de vida relacionada a salud (CVRS) ha emergido como un indicador multidimensional en salud. **Objetivo:** Conocer como se asocia CVRS a indicadores biomédicos utilizados en la práctica clínica en niños con cardiopatía congénita (CC). **Material y Método:** Se aplicó el cuestionario de CVRS ConQol, específico para CC, traducido al español, a 335 niños de 8 a 16 años portadores de CC. Se correlacionó: score de CVRS a indicadores biodemográficos y clínicos. Se analizó: promedios, porcentajes y fue estadísticamente significativo un $p < 0,005$. **Resultados:** 151 niños de 8-11 años (45,4%), de edad promedio 9,5 años, y 183 entre 12-16 años (54,6%), edad promedio 14,4 años. Procedencia: 114 H. Hernán Henríquez A., 148 H. Sótero del Río, 40 H. Clínico P. Universidad Católica y 21 H. Padre Hurtado. De similar distribución por género, la mayoría no mapuche, procedencia urbana y de colegios públicos. Portadores de CC Simple un 53,4% de 8-11 años, y 63,1% de 12-16 años, y complejas 21,5% y 14,6% respectivamente. La CC más frecuente fue la comunicación interventricular. De 8 a 11 años se operó un 44,3%, no se realizó tratamiento a un 39,0%. De 12 a 16 años un 39,1% recibió tratamiento quirúrgico y el mismo porcentaje ningún tratamiento. El score de CVRS de 8-11 años en promedio fue 64,7 (12,8-100) y de 12-16 años 65,8 (9-97), no tuvo diferencias estadísticamente significativas al relacionar el score con variables biodemográficas, diagnóstico de CC, complejidad y tratamiento ($p > 0,05$). De 8-11 años la capacidad funcional (CF) I tuvo score promedio (69,59) mayor a niños con CF III/IV (53,35), $p < 0,002$. De 12-16 años con CF I tuvieron un score promedio (68,25) mayor que con CF III/IV, 58,89 ($p < 0,045$). Consultado el niño como percibe su salud, de 8-11 años los que respondieron "muy buena-buena" tuvieron score promedio de 68,29, "regular" de 58,79 y "mala-muy mala" de 53,71, $p < 0,002$. De 12-16 años para "muy buena- buena" score promedio de 78,37, "regular" 64,96 y "mala-muy mala" 38,15, $p < 0,000$. **Discusión:** Indicadores biodemográficos, y clínicos como diagnóstico, complejidad de la CC o terapia, no demuestran asociarse a CVRS. Son indicadores de CVRS la percepción del niño respecto de su salud, y la evaluación clínica de CF. **Conclusiones:** Se demuestra como indicadores biomédicos tradicionales reflejan CVRS, resultando ser la CF el mejor en niños con de CC. Para conocer la CVRS del niño es necesario consultarle dirigiéndolo respecto de su propia percepción.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN NIÑOS PORTADORES DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Toledo GMI¹, Alarcón MAM², Bustos ML^{2,6}, Heusser RF³, Castillo NME⁴, Garay GF^{2,5}, Molina PJ¹.

¹Hospital Hernán Henríquez A. Temuco. ²Universidad de la Frontera. ³Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. ⁴Hospital Dr. Sótero del Río. ⁵Hospital Padre Hurtado. ⁶Profesor.

Introducción: La incidencia de cardiopatías congénitas (CC) se estima en un 1% de los recién nacidos vivos, dada su morbimortalidad, han sido priorizados en políticas de salud en Chile. Junto con mejorar la sobrevida de nuestros pacientes es necesario velar por las condiciones de ésta, así, emerge calidad de vida relacionada a salud (CVRS) como un importante indicador multidimensional del estado de salud. Considerando la importancia de contar con un cuestionario para medir CVRS de niños con CC, se plantea la necesidad de contar con un cuestionario específico para CC aplicable en niños chilenos. La Universidad de York con apoyo de British Heart Foundation Care and Education Research Group desarrolló el cuestionario ConQol, para medir CVRS en niños con CC, como un instrumento válido y confiable, de utilidad clínica y de investigación. Esta escala genera mediciones de CVRS y un perfil descriptivo de la frecuencia de síntomas. El objetivo es la validación y adaptación sociocultural del cuestionario ConQol en pacientes chilenos de 8 a 16 años portadores de CC. **Material y Métodos:** Se utilizó un estudio de corte transversal multimétodo multicéntrico, aplicando técnicas cualitativas y cuantitativas, en la recolección como análisis de la información. Se realizó con pacientes de: H. Hernán Henríquez A. de Temuco, H. Clínico P. Universidad Católica, H. Dr. Sótero del Río y H. Padre Hurtado de Santiago, en 3 fases: 1) de Adaptación: para la adaptación idiomática y cultural del cuestionario se realizó su traducción y retrotraducción, consultas a expertos en Cardiología infantil, entrevistas y sesiones de grupos focales con niños portadores de CC según grupos de edad. Se estableció la validez de fachada y validez de contenido a través de expertos, y se obtuvo un cuestionario adaptado; 2) Estudio piloto: se realizó un estudio piloto del cuestionario adaptado, en 31 niños portadores de CC de 8 a 16 años de policlínicos de Cardiología Infantil, se realizó análisis exploratorio de estos resultados y se procedió al rediseño y construcción de cuestionario adaptado definitivo; 3) de Determinación de las propiedades psicométricas del cuestionario adaptado definitivo: en muestra de 335 pacientes con CC de 8 a 16 años atendidos en cuatro centros de referencia del país. Análisis de los datos: determinación de validez de criterio comparado con estándar clínico como medida de correlación y validez de constructo mediante análisis factorial. Determinación de la confiabilidad por alfa de Cronbach: índice superior a 0,8 en ambos grupos. **Resultados:** Este estudio, multicéntrico y multidisciplinario, bajo un riguroso procedimiento metodológico, que combina metodología cualitativa y cuantitativa, se logra obtener un instrumento de medición de CVRS en español, válido y confiable, para medir CVRS en niños portadores de CC. **Discusión:** La sobrevida de pacientes portadores de CC ha ido mejorando y junto con ello, surge la necesidad de medir CVRS. Este estudio conjuga el enfoque biomédico con el enfoque sociomédico expresado en los hallazgos sobre la percepción de salud de los niños. Este equipo multidisciplinario ha permitido incorporar distintas perspectivas metodológicas en el análisis de la condición de vida de los niños con CC. El diseño multicéntrico de la investigación con la participación en el proyecto de cuatro centros de atención, incluyendo hospitales públicos y privado, que atienden niños de provincia y de la capital contribuye a otorgar mayor representatividad en la selección de la muestra, aportando variabilidad en las condiciones de vida de los niños, establecer lazos de colaboración entre equipos y Servicios de Salud y promover el concepto de red de servicios establecido por el Ministerio de Salud no sólo para efectos asistenciales sino también de investigación. En nuestro país existe poco desarrollo de metodologías para la construcción y validación de instrumentos que midan realidades complejas en salud, especialmente en la población infantil. Desde esta perspectiva este estudio aportará con un modelo de validación para esta población que complementa elementos cualitativos y cuantitativos de investigación. Considerando que el procedimiento metodológico recoge una muestra de niños portadores de CC que es representativa de la población, sus resultados son aplicables a niños con esta condición a través de todo el país y en diferentes estratos socioeconómicos. Este cuestionario que ha sido sometido a un estricto proceso de adaptación sociocultural y ha demostrado ser válido y confiable, ahora estará disponible para ser aplicado en nuestra población, ya sea con fines clínicos o de investigación. Permite, a través de un procedimiento simple y breve, de manera autoadministrada informar respecto de la calidad de vida fundamentado en la percepción subjetiva del niño. Los instrumentos que evalúan calidad de vida son de utilidad en el ámbito de decisiones, tanto individuales como sociales, y sus resultados son aplicables a conductas clínicas como políticas de salud. **Conclusiones:** El cuestionario ConQol traducido, adaptado y validado es el primer instrumento específico para niños con esta condición, disponible en español a nivel de país y en Latinoamérica. Permite contribuir al diseño de estrategias terapéuticas apropiadas a la condición de salud, bajo una mirada integral de nuestros pacientes.

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIO SOBRE LA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DE LOS NIÑOS CON CARDIOPATÍA, SOMETIDOS A CIRUGÍA A CORAZÓN ABIERTO EN EL INCICH

*Vivanco-Muñoz N, Buendía-Hernández A, Talavera JO, Juanico A, Figueroa J, Clark P.
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.*

Objetivos: Determinar si la desnutrición o el sobrepeso se asocian a una estancia prolongada y mayor mortalidad posquirúrgica, en niños con cardiopatía congénita, sometidos a cirugía cardíaca bajo bomba de circulación extracorpórea, por primera ocasión. **Pacientes y Métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes menores de 3 años, con cardiopatía congénita, sometidos a corrección quirúrgica con bomba de circulación extracorpórea por primera ocasión, ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Se evaluó el diagnóstico nutricional al nacimiento y previo a la cirugía, y el manejo nutricional (días de ayuno y tipo de apoyo nutricional). Se realizó análisis multivariado, considerando las variables pre, trans y postquirúrgicas, para evaluar la asociación de las variables nutricionales con la estancia prolongada y mortalidad. **Resultados:** Se incluyeron 291 expedientes. Se reportaron 45 (15%) fallecimientos. La presencia de desnutrición al nacimiento incrementó el riesgo de estancia prolongada (OR 2.772 IC 95% 1.282-5.995 p 0,010) y la desnutrición previa a la corrección quirúrgica incrementó el riesgo de muerte 3.447 veces (IC 95% 1.006-11.812 p 0,049) al comparar a ambos contra los pacientes eutróficos. En relación al manejo nutricional, el apoyo parenteral tardío incrementó significativamente el riesgo de estancia prolongada (OR 12.409; IC95% 1.626-94.724 p 0,015) y el apoyo enteral temprano se reportó como un elemento protector para el mismo desenlace (OR 0,11; IC95% 0,026-0,472 p 0,003). Por otro lado, la nutrición parenteral temprana (OR 0,032; IC95% 0,002-0,452, p 0,011), la enteral temprana (OR 0,011; IC95% 0,001-0,126, p 0,000) y tardía (OR 0,007; IC 95% 0,007; IC 95% 0,000-0,097, p 0,000), se encontraron como elementos protectores para mortalidad, al compararlos contra aquellos pacientes que no recibieron apoyo nutricional. Todo lo anterior alcanzando significancia estadística aún después de ajustar los modelos por las variables pre, trans y post quirúrgicas. **Conclusiones:** En conclusión, la desnutrición al nacimiento y el apoyo parenteral tardío son factores de riesgo para incrementar el tiempo de estancia en la UTIP, la desnutrición previa a la cirugía tiene un impacto en la mortalidad. El administrar tempranamente apoyo nutricional y la vía enteral son elementos protectores para disminuir la estancia y muerte en la UTIP.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA A UN AÑO EN CLÍNICA ALEMANA PUERTO VARAS

Gómez GN, Tagle AJ, Ochoa SH, González KC, Del Toro CG.

Servicio Pediatría y Cirugía Pediátrica - Servicio Anatomía Patológica, Clínica Alemana Puerto Varas, Puerto Varas, Chile.

Introducción: El enfrentamiento laparoscópico del abdomen agudo en los niños es una alternativa cada vez más usada por los cirujanos pediátricos. **Objetivo:** Analizar nuestra serie a un año de formación de la Unidad de Cirugía Pediátrica en la Clínica Alemana de Puerto Varas. **Resultados:** Se analizan 67 niños con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en el período Abril 2008 a Julio 2009 con su correspondencia anatomopatológica. Sólo un paciente no fue abordado por vía laparoscópica y sólo un paciente debió ser convertido (cirugía abierta) por sospecha de patología neoplásica del ciego. La edad media fue de 9 años (2 a 15 años); la distribución por sexo fue de 36 niñas (54,5%) y 30 niños. En 3 pacientes (4,5%) la causa del abdomen agudo correspondía a una patología de origen ginecológico; en un paciente se diagnosticó una adenitis mesentérica y en otro la causa fue un divertículo de Meckel complicado. Hubo 3 laparoscopias en blanco (4,5%). El 89,3% (59 pacientes) correspondió a una patología apendicular, de los cuales 36 pacientes (61%) fueron apendicitis aguda no perforada y 23 pacientes (38%) a apendicitis aguda perforada. En todos los pacientes se aplicó el mismo protocolo de profilaxis y tratamiento antibiótico. En 2 pacientes con apendicitis aguda perforada, hubo una evolución desfavorable: infección de herida operatoria y absceso piógeno hepático; éste último con satisfactoria respuesta al manejo médico conservador. La mortalidad fue nula. El promedio de estadía general fue de 2,6 días, siendo de 1,3 días para las apendicitis agudas simples y 4,5 días para las apendicitis perforadas. **Conclusiones:** Consideramos la vía laparoscópica como el enfrentamiento inicial del abdomen agudo en los niños, ya que esta técnica ha demostrado, tanto en series nacionales como extranjeras, ser un método seguro y eficaz. Cuando existen las condiciones de equipamiento y entrenamiento adecuado, aspectos como la resolución de todos los diagnósticos diferenciales, la capacidad de convertir a cirugía abierta si fuera necesario, mejor confort post operatorio, menor tiempo de hospitalización, menores complicaciones post-operatorias y los mejores resultados estéticos, sitúan a la laparoscopia como el método de elección en el manejo de esta patología en los niños.

MANEJO DEL EMPIEMA PLEURAL CON VIDEOTORACOSCOPIA EN CLÍNICA ALEMANA DE PUERTO VARAS

Tagle AJ, Gómez GN, Iñiguez OF, Schmauck LA.

Servicio Pediatría, Cirugía Pediátrica y Traumatología Infantil. Clínica Alemana Puerto Varas, Puerto Varas, Chile.

Introducción: La videotoracoscopía (VTC) en niños ha demostrado ser una herramienta eficaz en el manejo del empiema pleural (EP). Su indicación en una fase precoz (fibrinopurulenta) es una estrategia cada vez más común en pediatría, debido a sus claros beneficios reportados en los tiempos de hospitalización y antibioterapia intravenosa.

Objetivo: Presentar la evolución y manejo quirúrgico en tres pacientes con diagnóstico de EP resueltos por VTC.

Descripción: En el transcurso de 1 año, hemos operado 3 pacientes con EP; en todos se realizó ecografía torácica que evidenció derrame pleural paraneumónico complejo. **Caso 1:** Sexo femenino, 5 años, VTC al 4º día evolución, afebril a las 48 horas postoperatoria. Alta y suspensión de antibioterapia intravenosa al 4º día post VTC. **Caso 2:** Sexo femenino, 5 años, VTC al 6º día evolución, afebril a las 24 horas postoperatoria. Alta y suspensión antibioterapia intravenosa al 7º día post VTC. **Caso 3:** Sexo masculino, 8 años, VTC al 9º día evolución, afebril a las 24 horas postoperatoria. Alta y suspensión antibioterapia intravenosa al 4º día post VTC. Se realizó VTC con 2 trocares de 5 milímetros (mm); óptica de 5 mm-30 grados y neumotórax a 6 mm de mercurio. El tiempo quirúrgico promedio fue de 130 minutos; en todos se tomó cultivo del líquido pleural. Se dejaron dos tubos pleurales en los mismos sitios de inserción de trocares: uno apical de seguridad con retiro a las 24 horas y un segundo basal aspirativo con retiro a las 48 horas. No se presentaron complicaciones y no fue necesaria la reintervención. **Conclusiones:** La VTC es el método de elección en el manejo de los EP en su fase fibrinopurulenta en nuestro centro. Los resultados postoperatorios son acordes a lo publicado en la actualidad.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO CONTROLADOS EN HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO 1997-2009

*Arancibia M, Ruiz M, López B, Giglio C, Campos L.
Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras Talcahuano.*

Introducción: El hipotiroidismo congénito (HC) es la primera causa de retardo mental prevenible. Su detección precoz y oportunidad de tratamiento determinan su pronóstico. El Programa de hipotiroidismo congénito se inició en Chile el año 1992, implementándose en regiones a partir de octubre de 1997. **Objetivo:** Conocer etiología del hipotiroidismo congénito y oportunidad de tratamiento en pacientes controlados en el Hospital Las Higueras Talcahuano desde 1997-2009. **Material y Método:** Diseño retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes con HC diagnosticados en el Hospital Las Higueras Talcahuano a partir de 1997 y se analizaron las siguientes características: sexo, TSH de screening, exámenes de confirmación, cintigrafía tiroidea y edad de inicio de tratamiento. **Resultados:** Un total de 24 pacientes fueron analizados. El 58,3% fue de sexo masculino. El promedio de TSH de screening fue 81,9 uUI/ml. El 100% de nuestros pacientes tienen cintigrama tiroideo. Se encontró en un 39,7% tiroides ectópicas (37,5% sublinguales, 4,2% submandibular), 20,8% bocio difuso, 16,7% tiroides informadas como exclusión, 8,3% tiroides hipocaptantes, 8,3% tiroides normales y 4,2% tiroides uninodular. El promedio de TSH de screening más elevado se observó en las tiroides ectópicas y fue de 139,9 uUI/ml con un rango de 31,7 a 395 uUI/ml, mientras que la más baja se observó en glándula uninodular (27 uUI/ml) y bocio difuso (32,3uUI/ml). El 100% de los pacientes con TSH de screening >100 uUI/ml correspondieron a tiroides ectópica. El promedio de edad de inicio de tratamiento fue 12,5 días con un mínimo de 6 y un máximo de 18 días. El 70,8% de nuestros pacientes inicia tratamiento antes de los 15 días. Se excluyó de este promedio un paciente con exámenes de repetición normales (TSH:5,27 uUI/ml y T4t 16,97 ug/dl) que inició tratamiento al quinto mes de vida cuando se diagnosticó por cintigrafía, tiroides uninodular. **Conclusiones:** La principal causa de hipotiroidismo congénito en nuestra población fue tiroides ectópico, similar a lo publicado. Se realizó cintigrafía tiroidea al 100% de nuestros pacientes. El promedio de edad de inicio de tratamiento es menor a 15 días de vida, siendo este inferior a lo publicado en Chile previamente. Sin embargo, existe un porcentaje menor que inicia tratamiento después de los 15 días por lo que se debe optimizar aún más los tiempos de rellamado y de inicio de tratamiento.

ABSCESO TIROIDEO (AT) CON FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME (FSP) PRESENTACIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DEL TEMA

*Grob LF, Godoy CC.
Universidad de Los Andes, Clínica Dávila.*

Pacientes y Método: Caso 1: Niña de 13 años. 2 meses de fatiga, taquicardia; 4 días fiebre. Aumento de volumen cervical y retroauricular izq. Eco Tiroides: nódulo heterogéneo, aspecto inflamatorio (3,8 cm). Usa Cefadroxilo vo 2 días. Ingresar por aumento del nódulo de 6 cm, sensible, eritematoso, consistencia casi pétreo. H. tiroideas (HT) normales, PCR 6,8 (VN < 1), leucocitos 14.100, seg 70%, VHS 76. Usa 7 días AB ev (cefotaximo, cloxacilina) y completa 10 días con cefuroximo vo. Mejora sin complicaciones. A los 2 meses, esofagograma con bario (EB) muestra FSP. Se deriva a cirugía. Caso 2: Niño de 6 años. 7 meses carraspera y halitosis por RGE. Tres semanas odinofagia y 4 días decaimiento, fiebre y aumento de volumen cervical; se diagnostica amigdalitis y recibe AB oral. Ingresar con aumento de volumen cervical izquierdo de 4 cm, sensible, eritematoso. Leucocitosis, PCR 16,3, VHS 111, HT normales, antic tiroideos (-), tiroglobulina 50 ng/ml (VN < 55). TAC cuello: AT. Usa AB ev por 4 días, con mejoría clínica y de laboratorio, por lo que se cambia a Cefuroximo oral, pero clínica y fiebre reaparecen a los 6 días; ecografía: flegmón pretiroideo, no colección. Reingresa y completa 10 días de Clindamicina, Cefotaximo ev y omeprazol por RGE. Al mes EB muestra FSP. Se deriva a cirugía. Caso 3: Varón de 10 años. Quince días de odinofagia, dolor cervical y fiebre intermitente. Cuello pastoso y tiroides aumentado de tamaño, ecografía: múltiples zonas hipocogénicas. PCR, VHS y leucocitos elevados; HT normales, antic. tiroideos (-) tiroglobulina 255 ng/ml. Colección aumenta a espacio carotideo y prevertebral izquierdo por lo que se punciona sin salida de pus. Usa AB por 7 días ev, y vo por 7 días. Clínica y laboratorio se normalizan. A las 2 semanas persiste imagen de colección y se explora quirúrgicamente, mostrando zona flegmonosa, necrótica. Completa 21 días de tratamiento AB. A los 4 meses persiste colección residual. EB no muestra FSP. **Discusión:** El AT es infrecuente; representa 0,7% de la patologías tiroidea que requiere cirugía. En adultos se asocia a TBC o a patología preexistente del tiroides. En niños se relaciona a defectos anatómicos, en especial a FSP. Presentamos 3 escolares con AT. No se aisló agente en cultivos por el uso de AB previo al diagnóstico; requirieron AB ev prolongado (x 7 días), y orales completar 10-14 días, por riesgo de recidiva. En 2 de ellos se demostró FSP, por EB el que debe hacerse alejado del cuadro agudo. La presencia de FSP requiere manejo quirúrgico.

CALIDAD DE VIDA E INDICADORES DE DEPRESIÓN Y AISLAMIENTO EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1)

Jara V¹, EU Slaibe L, Rumié H, Lacourt P.

Unidad de Endocrinología Infantil, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. ¹Ps.

Introducción: La calidad de vida hace referencia a la percepción del paciente de su propio bienestar, variando según su estado anímico, mecanismos de afrontamiento a diversas situaciones y el soporte social. Su evaluación es relevante en la adolescencia, ya que es un período crítico en el que se establece la identidad, la autonomía y el plan vital. El diagnóstico de una enfermedad crónica puede influir en su estado de ánimo, relaciones interpersonales y valoración subjetiva de su estado de salud. **Objetivos:** 1) Percepción de la calidad de vida de los adolescentes con DM1; 2) Identificar indicadores de depresión y aislamiento de los adolescentes; 3) Comparar aspectos de la calidad de vida de los pacientes respecto de su control metabólico actual. **Material y Métodos:** Aplicación de encuestas: 1) Evaluación de la Calidad de Vida en Diabetes Mellitus tipo 2 modificada; 2) Depresión; 3) Aislamiento Social en Adolescentes. Se administró a 42 pacientes de ambos sexos (21 mujeres y 21 hombres) escogidos al azar, cuyas edades fluctúan entre los 12 y 18 años. Se registró: edad, años de diabetes y última hemoglobina glicosilada (HbA1c). **Resultados:** El promedio de edad y HbA1c es de 15 años y 9,38% respectivamente. El indicador promedio de Calidad de Vida (CV) resultante del grupo fue de 2,25, el de Depresión (D) 2,35 y el de Aislamiento (A) 2,26, de un máximo de 5. Hay mayor índice de Depresión en las mujeres (2,38 vs 2,32 de los hombres). Hay una relación inversamente proporcional de HbA1c, con CV y D, pero no parece influir en A. Pacientes con más de 6 años desde su debut poseen mejores índices de CV, D y A (menor puntaje). Considerando los pacientes con buen control metabólico, aquellos con más años de diagnóstico perciben su calidad de vida como mejor respecto a los de reciente diagnóstico (1,79 vs 2,01). **Discusión:** La investigación sobre indicadores de bienestar psicológico en general y la satisfacción por la vida aporta información acerca de cómo el paciente vivencia su propio estado de salud. La percepción de una buena calidad de vida impactará positivamente en el autocuidado del paciente. En tanto, una evaluación negativa de la calidad de vida, sumado a sintomatología ansiosa y depresiva, permite detectar alteraciones en el área emocional y entregar al paciente un tratamiento oportuno, acorde a sus necesidades.

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2 EN EL DEBUT EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN HOSPITAL LAS HIGUERAS EN ÚLTIMOS 10 AÑOS

Campos L, Lépiz B, Mardones C, Ibieta M, Carrasco H, González N, Dedes C, Atkinson M, Bello F.

La DMT2 en niños y adolescentes esta en aumento en el mundo y es un importante problema de salud pública. Se presenta en todas las razas, con diferente prevalencia, puede ir desde un 6% en descendientes europeos a 76% en nativos americanos. En Chile, a la fecha no se ha reportado la tendencia de su incidencia ni el porcentaje a los que ha llegado en el debut en menores de 15 años. **Objetivo:** Conocer la incidencia y tendencia de DMT1 y DMT2 en los últimos 10 años, en menores de 15 años al debut de diabetes en nuestro hospital base del Servicio de Salud, centro de referencia en Endocrinología Infantil. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisan fichas clínicas de pacientes con debut de DMT 1 y 2 del Servicio de Pediatría desde julio 1999 a junio del 2009 y del Centro de Subespecialidades. Los datos recolectados fueron: tipo de DM, fecha debut, edad, peso, talla, IMC, pH, HCO₃, cetonuria, acantosis nigricas (AN), Tanner, antecedentes familiares de DM en 1° ó 2° grado. Se analizaron

Fecha	DMT1	DMT 2
7/99-6/00	3	0
7/00-6/01	5	1
7/01-6/02	0	1
7/02-6/03	1	0
7/03-6/04	1	1
7/04-6/05	2	0
7/05-6/06	4	1
7/06-6/07	1	2
7/07-6/08	2	2
7/08-6/09	1	3
Total	20	11

los datos con el programa estadístico Stata 9.0. **Resultados:** Se identificó 34 pacientes en debut de DM tipo 1 y 2 en los últimos 10 años, 11 presentó DMT2 (35,4% del total). La DMT2 aparece el año 2001, con incremento sostenido de su incidencia. En los últimos 4 años debutó el 72% de estos pacientes. En los 12 últimos meses el 75% de DM corresponden a DMT2. El promedio de edad en DMT1 fue de 8,7 años con 1 DE de 4,06 y un IC 95% (6,3-10,1) y de 12,7 años en DMT2 con 1 DE de 1,35 y un IC 95% (11,8-13,6) con un p < 0,05. El 100% de los pacientes con DMT2 fue puberal y el 35% en DMT1. Todos los pacientes con DMT2 presentó AN y ninguno en DMT1. Antecedentes de DMT2 en familiares presenta el 91% de los pacientes con DMT2 y el 40% en DMT1. El 100% de los pacientes con DMT2 fue obeso o sobrepeso. En DMT1 no se observó obesidad. El 60% de los pacientes con DMT1 debutó en cetoacidosis y el 18% de los con DMT2.

Conclusión: La DMT2 en nuestra población infantojuvenil ha emergido en los últimos años con clara tendencia al aumento, llegando a ser el 50% o más en el debut de DM en menores de 15 años los últimos 3 años. Se presenta en púberes, con factores de riesgo identificables y hasta un 18% debuta en condición clínica que amenaza su vida.

NIVELES CIRCULANTES DE LOS PRODUCTOS DE LA GLICOSILACIÓN AVANZADA (AGES) DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

*Mericq V, Piccardo C, Cai W, Vlassara H, Uribarri J.
Clínica Los Coihues.*

Objetivo: Los productos finales de la glicosilación avanzada (AGEs) son un grupo de compuestos con acción proinflamatoria y oxidativa, pueden derivar desde alimentos y contribuir a varias enfermedades crónicas como la diabetes. Poco se sabe sobre los niveles circulantes de AGEs en los primeros años de la vida. Medimos los niveles circulantes de AGEs en niños en el período de recién nacido, a los 6 meses y a los 12 meses de vida. **Pacientes:** Se evaluaron madres sanas (n = 60) en trabajo de parto y a sus hijos en el momento del nacimiento, a los 6 meses y a los 12 meses de vida. **Método:** Se obtuvo una muestra de sangre de la madre y del cordón umbilical del recién nacido al momento del nacimiento, a los 6 y a los 12 meses de edad. Se midió AGEs, derivados de N-carboxymethyl-lisina (CML) y methylglyoxal (MG), 8 isoprostano, hemoglucotest e insulina. **Resultados:** Encontramos una correlación positiva entre los niveles de CML maternos y del recién nacido ($r = 0,734$, $p = 0,001$) y de MG ($r = 0,593$, $p = 0,001$). Niveles séricos de CML de los recién nacidos fue ~60% de los maternos ($2,8 \pm 1$ versus $4,8 \pm 3$ u/ml, $p = 0,001$, respectivamente) y alcanzó los valores maternos a los 12 meses, cuando se traspasa desde una alimentación con leche materna a alimentación combinada con leche en polvo, fórmula y alimentos sólidos. Niveles de sMG al nacimiento fueron similares a los maternos e incrementaron significativamente durante los próximos 12 meses. En contraste, niveles de 8-isoprostano, alto en el recién nacido, disminuyó progresivamente durante el primer año de vida. Un cuarto de los AGEs analizados reveló una asociación significativa entre MG maternos y niveles de insulina en niños ($p = 0,027$). **Conclusión:** Niveles de AGEs séricos aumentan significativamente en el primer año de vida en asociación con la introducción de comida rica en AGEs. Estos hallazgos apoyan que una dieta rica en AGEs podría contribuir al pool corporal de AGEs y ser riego de enfermedad.

GALACTOCELE: CAUSA INUSUAL DE GINECOMASTÍA DEL LACTANTE

*Rumié HK, Zavala A, Mancilla E, Panteón E.
Universidad de Chile, Megasalud. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: La causa más frecuente de aumento de volumen mamario en el varón recién nacido es la ginecomastia neonatal fisiológica debido al traspaso transplacentario de estrógenos maternos. Usualmente transitoria, puede persistir hasta 12 meses y tiene características ecográficas específicas. **Pacientes:** Reportamos 2 lactantes varones que consultaron por aumento mamario progresivo bilateral. Caso 1: Lactante de 6 meses con ginecomastia bilateral desde el período de recién nacido sin galactorrea. Antecedentes: RNT-GEG, reflujo gastroesofágico que recibió domperidona y omeprazol en su tratamiento. Al examen destacan mamas de 6,4cm a derecha y 6,1cm a izquierda sin galactorrea, con genitales Tanner 1. Exámenes: primera ecografía mamaria compatible con linfangioma, ecografía un mes posterior muestra imágenes sugerentes de galactocele. Los niveles de prolactina, estradiol, testosterona y marcadores tumorales (CEA, alfa-feto proteína) fueron normales. Por crecimiento mamario progresivo se realizó cirugía, donde se aspiró leche y la biopsia mostró formación quística revestida por epitelio cuboideo, sin evidencia de malignidad en muestras de ambas mamas. Caso 2: Lactante de 13 meses con ginecomastia desde el tercer mes. Antecedentes: RNT-GEG, recibió domperidona. Al examen: Masa mamaria derecha de 5,5 cm e izquierda de 6,5 cm, blanda, fluctuante, no sensible y genitales normales para su edad. Los niveles de prolactina, estradiol, testosterona y hormonas tiroideas fueron normales. La ecografía mamaria mostró formaciones anecogénicas, avasculares, quísticas, bilaterales, retroareolares compatibles con galactocele bilateral. **Discusión:** Presentamos 2 casos de ginecomastia del lactante producidas por galactoceles bilaterales, una causa benigna y poco frecuente. La ginecomastia prepuberal después del período neonatal es rara y debe estudiarse. En su mayoría son benignas y debe diferenciarse entre ectasia ductal, hemangioma, galactocele, inducida por drogas, estrógenos endógenos o exógenos, exceso de aromatasa, tumores testiculares, de línea germinal o adrenales. El galactocele es una dilatación de los ductos mamaros de etiología desconocida que se trata con punción o cirugía mamaria.

PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA: QUISTE OVÁRICO FUNCIONANTE DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA

Ugarte F, Sepúlveda C, Yizmeyián A, Villanueva S, Panteón E.
Unidad de Endocrinología y Diabetes Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: La pubertad precoz periférica (PPP) en la niña, corresponde a la presencia de desarrollo puberal antes de los 8 años, sin activación del eje HHG. Dentro de sus causas están el síndrome de Mc Cune Albright, los quistes ováricos funcionantes, estrógenos exógenos, tumores secretores de estrógenos, entre otros. **Objetivo:** Comunicar un caso de PPP, su estudio y evolución a la resolución espontánea. **Caso clínico:** Paciente de 5, 2 años, con antecedentes de PEG, con historia de 1 mes de flujo vaginal blanquecino, sin eritema, al que se agrega aumento de volumen mamario rápido e hiperpigmentación areolar 20 días antes. Al examen físico: piel morena, mancha café con leche en escápula de 0,5 x 0,5 cm, mamas Tanner II bilateral de 1 cm de diámetro con hiperpigmentación leve de areolas. Genitales femeninos infantiles con abundante secreción blanquecina, vello púbico Tanner I. Estudio: eco ginecológica: útero 4,6 x 2,2 x 2,7 cm con endometrio de 7 mm. Ovario derecho (OD): 2,8 x 1,4 x 2,6 cm (5,5 cc). Ovario izquierdo (OI) con quiste de 4 x 2,3 x 3,5 cm (16,1 cc), Test LHRH: LH 0,2-0,6-0,85 uUI/ml y FSH 0,34-0,56-0,5 uUI/ml, Estradiol 98 pg/ml. Mutación Proteína G (-) Arg His y (-) Arg Cys. Radiografía de carpo de 2 años 3 m (5 a 2 m). Se plantea diagnóstico de pubertad precoz periférica, quiste ovárico funcionante, obs sd. Mc Cune Albright. Evolución: al mes de control, examen físico: disminución del tamaño mamario con mamas Tanner II bilateral de 0,7-0,8 cm, blandas, areolas más claras. Genitales femeninos infantiles, con secreción blanquecina en menos cantidad y sin sangrado genital. Ecografía de control: útero de 4 x 1,7 x 2,9 cm, endometrio de 2 mm, OD: 4,2 cc, OI: 5 cc, no se observan masas. Evolucionan sin nueva signología, en controles periódicos en la especialidad. **Discusión:** En niñas la causa más frecuente de pubertad precoz, corresponde a la pubertad precoz central idiopática. El hallazgo de test de LHRH plano con estradiol aumentado, confirma el diagnóstico de PPP. Los quistes ováricos funcionantes son causa infrecuente de PPP y evolucionan a la resolución espontánea en la mayoría de los casos, si persiste o recurre por más de tres meses deben alertar la presencia de tumor de la granulosa. Requieren seguimiento clínico y ecográfico y pueden complicarse con torsión ovárica requiriendo quistectomía. El hallazgo de mutaciones (-) para proteína Gs945; no descarta el sd. Mc Cune Albright y recidivas.

IMPACTO DE UN MODELO DE EDUCACIÓN CONSTRUCTIVISTA EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (INFORME PRELIMINAR)

Slaibe L¹, Jara V², Karime RH, Lacourt P.
Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Unidad Endocrinología Infantil. ¹EU. ²Ps.

Introducción: La aceptación de la DM1 por parte del niño y de la familia es fundamental para su manejo, sin embargo, durante la adolescencia se producen cambios físicos y psíquicos que ocasionan un impacto en la salud del paciente. Por lo tanto, intervenir a esta edad es primordial en su cuidado. En la unidad hay 154 pacientes en control, de los cuales 70% son adolescentes con un promedio de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 9,2% y sólo un 12% es menor de 7%. **Objetivo General:** Intervenir un grupo de adolescentes con DM1 con un modelo de educación constructivista. **Objetivos específicos:** Observar los cambios en HbA1c, número de consultas a Servicio de Urgencia (SU) por descompensaciones, prueba de conocimientos y cambios en evaluación psicológica. **Material y Métodos:** Se formó un grupo de 15 jóvenes entre 10 y 18 años, el 74% con menos de 5 años de diagnóstico (n = 11), 13% entre 5 y 10 años (n = 2) y 13% con más de 10 años (n = 2). Participaron en talleres teóricos prácticos semanales durante 3 meses. Se realizó un programa educativo en DM1 y actividades para mejorar su autoestima, aceptar la enfermedad e intercambiar experiencias, para facilitar el aprendizaje y comprensión de su enfermedad. Se evaluó al inicio y a los 3 meses: HbA1c, número de consultas a SU, encuesta psicológica (Evaluación Calidad de Vida en DM2 modificada y Cuestionario Depresión y Aislamiento Social en Adolescentes) y prueba de conocimiento. **Resultados:** Se observó que en 3 meses los jóvenes bajaron su HbA1c 0,8 puntos porcentuales (p%). El 25% de los niños disminuyó más de 1 p% (n = 5). El número de consultas a SU disminuyó 60% al mes y 100% a los 3 meses, los conocimientos mejoraron en un 69% y en la evaluación psicológica se observa mayor integración al grupo de pares y un desarrollo concordante con las tareas de adolescencia, la diabetes no interfiere significativamente con su plan vital. **Discusión:** El pertenecer a un grupo y colaborar en la educación y planificación de actividades le permite al joven sentirse útil, aumentar su autoestima y reafirmarlo en el manejo de su diabetes. Claramente hubo cambios en el autocontrol evidenciado por HbA1c y los otros parámetros medidos lo que hace que este informe preliminar sea prometedor a largo plazo. El método constructivista requiere tiempo y preparación de los profesionales pero asegura que los jóvenes participen activamente en las decisiones de su tratamiento entregándoles la responsabilidad de su autocuidado.

ESTUDIO DE HIPERANDROGENISMO OVÁRICO EN PACIENTES PUBERALES CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA CLÁSICA (HSRC-C) POR DÉFICIT DE 21-HIDROXILASA

Ugarte F, Gallardo V, Codner E, Iñiguez G.

Hospital Exequiel González Cortés. IDIMI - Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: Pacientes con HSRC-C durante la vida adulta presentan, a pesar de un buen control de andrógenos suprarrenales, aumento en la producción de andrógenos de origen ovárico, el momento en que se desarrolla esta alteración no está determinado. **Objetivo:** Evaluar la presencia de hiperandrogenismo de origen ovárico (HAO) en pacientes puberales con HSRC-C, en tratamiento con glucocorticoides y mineralocorticoides. **Método:** Se estudiaron 13 pacientes ($11,9 \pm 0,6$ años) y 26 controles ($11,7 \pm 0,3$ años) pareadas por edad y estadio de Tanner; se evaluó peso, talla, IMC, estadio puberal según Tanner, hirsutismo según Ferriman Gallwey y presencia de acné. Para evaluar función ovárica se realizó Test de Leuprolide 500 mcg s.c (previa supresión suprarrenal con Dexametasona 0,5 mg cada 6 horas por 5 días en HSRC-C), con medición de LH y FSH 0 y 3 h; Estradiol, 17OH Progesterona (17OHP), Testosterona total (T), DHEAS y Androstenediona (A) a las 0 y 24 h y SHBG basal para cálculo de IAL. Análisis estadístico: t test ó MannWithney según tipo de distribución, con nivel de significancia $< 0,05$. **Resultados:** Las pacientes HSRC-C tienen menor Z talla/edad ($-0,79 \pm 0,22$ vs $-0,15 \pm 0,2$, $p = 0,04$) y mayor Ferriman ($2,2 \pm 1$ vs $0,2 \pm 0,1$ $p = 0,034$). Los niveles de T y A basal fueron significativamente menores en HSRC-C ($0,11 \pm 0,03$ vs $0,24 \pm 0,03$ ng/ml, $p = 0,004$ y $0,6 \pm 0,13$ vs $1,28 \pm 0,11$ ng/ml, $p = 0,001$, respectivamente), al igual que T post Leuprolide ($0,17 \pm 0,03$ vs $0,48 \pm 0,06$ ng/ml, $p = 0,001$ y $0,06 \pm 0,01$ vs $0,24 \pm 0,05$ ng/ml, $p = 0,001$). 17OHP post leuprolide fue mayor en grupo control ($2,68 \pm 0,22$ vs $1,79 \pm 0,33$ ng/ml, $p = 0,027$). Las pacientes HSRC tienen mayor FSH post Leuprolide ($25,2 \pm 3,8$ vs $16,6 \pm 1,8$ uUI/ml $p = 0,032$), mayor SHBG ($62,3 \pm 7,3$ vs $40 \pm 2,5$ nmol/L, $p = 0,011$) y menor IAL ($0,81 \pm 0,25$ vs $2,21 \pm 0,27$ $p = 0,01$). No hubo diferencias estadísticamente significativas para las otras variables estudiadas. Al analizar de acuerdo a estadio Tanner se encontró que las pacientes HSRC-C en Tanner 5, presentan una tendencia a mayor aumento de 17OHP ($282 \pm 185\%$ vs $97 \pm 40\%$, ns) y mayor LH que las controles ($173 \pm 48,4$ vs $58,6 \pm 14,1$ uUI/ml, $p = 0,024$). **Conclusiones:** Las pacientes con HSRC-C no presentan mayor HAO que las controles. En Tanner 5, observamos una mayor respuesta de LH, la que podría estar involucrada en el desarrollo posterior de HAO en HSRC adultas. (Financiamiento: SOCHED - SOCHIPE).

OBESIDAD INFANTIL: INTERVENCIÓN EN UN JARDÍN INFANTIL

Zúñiga J^{2,4}, Alfaro R³, Duk B^{3,4}, Riveros G^{1,4}.

¹CESFAM Tierras Blancas, ²CESFAM Sergio Aguilar, ³Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, ⁴Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: La obesidad infantil es considerada hoy en día una epidemia en países desarrollados con un crecimiento exponencial en los últimos 25 años. En Chile, esta epidemia afecta desde muy temprana edad con índices de obesidad de un 10-20% al ingresar al período escolar. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la intervención en salud en un jardín infantil, mediante la promoción de alimentación saludable en todo ambiente e incentivar el ejercicio a temprana edad. **Pacientes y Métodos:** Estudio de intervención, descriptivo y transversal. En un jardín infantil perteneciente a Junji en Coquimbo se realizó una evaluación nutricional inicial, luego charlas semanales con las educadoras de párvulos sobre promoción en alimentación saludable y ejercicios, además de instruir sobre la dieta adecuada para los menores, tema que también se revisó con el personal de cocina del establecimiento. Paralelamente se extendieron estas charlas a los padres en las reuniones de cursos, donde se educaba y aclaraban dudas en forma particular. El seguimiento se inició en Marzo de 2009 y finalizó en Agosto del mismo año, con un seguimiento fijo a 25 niños. Los datos fueron procesados en Excel 2007, para la valoración estadística se utilizó la prueba de t-student con una significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** De los 25 pre-escolares en seguimiento, 13 correspondieron al sexo femenino. El promedio de edad en Marzo fue de $3,2 \pm 0,78$ años. El diagnóstico nutricional de Marzo evidenció: 28% Normal, 52% Sobrepeso y 20% Obeso, no se diagnosticó riesgo de desnutrición o desnutrición. Luego de la intervención en salud el diagnóstico nutricional de Julio presentó los siguientes cambios: 44% Normal, 48% Sobrepeso y 8% Obeso. La variación del diagnóstico de obesidad entre Marzo a Julio fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). **Discusión:** Los resultados favorecen la hipótesis de que la promoción de estilos de vidas saludables logra una significativa disminución de los niveles de obesidad, en nuestra experiencia en pre-escolares, mediante una intervención multisectorial y constante, con un equipo de atención primaria. **Conclusión:** La sola educación en hábitos alimentarios adecuados y promover el ejercicio físico en un jardín infantil, motivado por la constancia para el cambio, logra bajar considerablemente los niveles de obesidad. Se postula replicar la experiencia en otros jardines infantiles.

RELACIÓN PESO-TALLA DURANTE EL PERÍODO DE LACTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL A LOS 5 AÑOS

Barrera C^{1,2}, Cárcamo F³, Castillo C³, Alvarado P, Marín F².

Instituto de Pediatría¹, Instituto de Salud Pública², Escuela de Medicina³, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: La obesidad es el principal problema nutricional en Chile. Es un desafío para la Pediatría y la Salud Pública reconocer patrones de riesgo en el crecimiento. **Objetivo:** Evaluar si existen diferencias en la relación Peso-Talla (PT) en el período de lactante entre niños obesos, sobrepeso y normales. **Material y Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo. Se evaluó por 5 años una cohorte de RN inscritos los años 2002-2003 en el consultorio externo Valdivia. Se determinaron los PT z score (referencia "WHO Child Growth Standards", 2006) de mediciones antropométricas realizadas en los controles sano: RN, 2m, 6m, 12m, 18m y 24m. Se graficaron y compararon medias e IC 95% de PT z por edad y estado nutricional a los 5 años ("WHO Child Growth Standards", 2006). Se consideraron diferencias entre medias estadísticamente significativa cuando los IC no se superpusieron. Se corroboró con prueba de comparación de medias, estadística t y valor $p < 0,05$ como diferencia significativa. **Resultados:** Muestra de 297 individuos: 52% niñas; 20% obesos (55% niñas) y 40% sobrepeso (55% niños) a los 5 años. Se observan diferencias de medias PT z progresivas en todas las edades según el estado nutricional a los 5 años, que son estadísticamente significativas, exceptuando sólo la comparación entre sobrepeso y obesos en las edades de RN, 2 m y 6 m. **Conclusiones:** Existen diferencias estadísticamente significativas en la relación PT en el período de lactantes entre niños normales/obesos y normales/sobrepeso. Entre niños sobrepeso/obesos sólo se obtienen diferencias significativas a los 12 m, 18 m y 24 m. **Discusión:** La relación PT es un buen indicador para identificar en etapas tempranas del crecimiento a niños en riesgo de obesidad.

HIPERTENSIÓN PORTAL EN NIÑOS: TIPS TERAPÉUTICO EN COLOPATÍA

Brethauer S¹, Soriano H², Harris P², Gana C², Loyola M², Monje M².

¹Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile. ²Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hipertensión portal es un síndrome que se define como una gradiente de presión venosa portal superior a los 5 mmHg. La causa más frecuente de esta entidad, es la cirrosis hepática, que la mayoría de las veces es secundaria a atresia de vías biliares. Una de las alternativas terapéuticas en el manejo de este síndrome son los shunt porto sistémico transyugular intrahepáticos (TIPS). Este es un procedimiento poco común en niños, no obstante, una alternativa que logra gran éxito clínico. La conexión portosistémica se realiza bajo guía fluoroscópica vía vena yugular hasta llegar retrógradamente al hígado donde se coloca una prótesis expandible entre una rama del sistema venoso y otra del sistema portal. Su ventaja es disminuir la presión portal y así el riesgo de hemorragias, además, de ser aplicable en niños que están en espera de trasplante hepático. **Caso clínico:** Lactante de 2 años, con antecedentes de atresia de vías biliares y Kasai a los 2 meses de edad. Evoluciona con cirrosis hepática y luego hipertensión portal, que se manifiesta inicialmente con várices esofágicas moderadas que se tratan endoscópicamente. Comienza con hemorragia digestiva baja persistente, requiriendo múltiples transfusiones, sin foco hemorrágico claro. Tras varios estudios endoscópicos y radiológicos, se demuestran pequeñas varices colónicas en la angiografía secundarias a colopatía hipertensiva. Se decide realizar un TIPS, evolucionando sin nuevas hemorragias y en excelentes condiciones generales. **Conclusión:** La hipertensión portal es de baja prevalencia en pediatría, pero muchas veces antes de los dos años los niños ya alcanzan estadios terminales y requieren trasplante hepático. Dentro de las complicaciones, las várices esofágicas es la más frecuente, encontrándose en forma excepcional colopatía hipertensiva como en este caso. Pese a que los reportes publicados de shunt portosistémicos para el manejo de la hipertensión portal en pacientes pediátricos son muy escasos, arrojan excelentes resultados. Es importante destacar que el TIPS es una técnica invasiva, por lo que sus indicaciones deben discutirse y evaluarse caso a caso.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN ESCOLARES Y ASOCIACIÓN CON OBESIDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

Carrillo J, Aranda C, Barna R, Borel C.

Corporación Municipal de San Miguel. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) constituyen un problema de salud pública. Los estudios internacionales muestran una asociación con dificultades de aprendizaje, conductas inapropiadas y déficit cognitivo con el síntoma ronquido nocturno. La prevalencia de estos trastornos y sus factores asociados están inicialmente investigándose en Chile. Nuestro propósito es conocer algunos aspectos epidemiológicos de los TRS y su posible asociación con obesidad y deterioro del rendimiento académico. **Material y Métodos:** Realizamos un estudio en escolares de primer año básico en escuelas municipales de la comuna de San Miguel en Santiago. Se realizó una encuesta mediante un cuestionario de Sueño Pediátrico aplicado a 120 apoderados (padres y/o responsables directos). Simultáneamente realizamos un examen físico, medimos talla y peso y determinación del IMC para la edad y sexo. Al término del año escolar recogimos los datos de desempeño escolar. **Resultados:** En el grupo estudiado, 49% son varones, con un promedio de edad 7,6 (6 a 8 años). Según encuesta 71% no roncaba o lo hacía ocasionalmente (nR), 29% lo hacía siempre o más del 50% de las veces (R). Un 41% del grupo estudiado tenía sobrepeso u obesidad (> percentil 85), y un 18% era obeso (> percentil 95). Los escolares con sobrepeso y obesos presentan un RR= 2,27 (p < 0,01) de presentar R. Los escolares R presentan un RR = 3,14 (p < 0,01) de tener un resultado académico más deficiente (notas < 5,1) respecto de los nR (notas > 6). En ambos grupos de comparación no encontramos diferencias por sexo. **Discusión:** Los TRS tienen una alta prevalencia en la edad pediátrica, lo cual se confirma en nuestro grupo de estudio. A esto ha contribuido la epidemia de obesidad infantil. Entre las consecuencias más importantes de los TRS en los niños de edad escolar están el deterioro cognitivo y los trastornos de conducta, que pueden manifestarse con disfunción ejecutiva, deterioro de la capacidad de atención y de memoria, así como con hiperactividad, impulsividad y también como agresividad y oposicionismo. También tienen consecuencias cardiovasculares, endocrinas y metabólicas, y deterioro en la calidad de vida de los niños que los padecen. **Conclusión:** Nuestros resultados muestran que los escolares con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de ser roncadores, y que los niños roncadores, a su vez, tienen un rendimiento académico más bajo que los no roncadores.

PRONÓSTICO DE LACTANCIA EN CIRUGÍA MAMARIA

Villalón H, Martínez JL, Castro S, Avaria MJ, Rossel M.
Comité de Lactancia. Clínica Las Condes.

Introducción: La cirugía mamaria, es una condición cada vez más frecuente en madres nodrizas. Se ha planteado que la cirugía cosmética no afecta el pronóstico de lactancia. Nuestro objetivo es evaluar el resultado de lactancia materna exclusiva (LME) en madres sometidas a cirugías de mama. **Material y Métodos:** Se analizaron 536 pacientes atendidas en la clínica de lactancia de Clínica Las Condes, en el período abril 2008-2009, identificándose 62 pacientes con antecedentes de cirugía de mama (11,6%). Se estudiaron según el tipo de cirugía (involucra la glándula mamaria o no); y además, la evolución en las reducciones e implantes. **Resultados:** De las 62 pacientes operadas, en 55, la intervención compromete la glándula (88,7%). El fracaso de LME en el grupo general fue de 40,7% (218/536) y 50,0% (31/62) en el de las operadas (NS); en éstas, el fracaso alcanzó 28,5% (2/7) en aquellas que no involucra glándula mamaria y 46,7% (29/62) en las demás (NS); el riesgo relativo (RR) de fracaso de LME en este último grupo es de 1.147. Las cirugías cosméticas, constituyeron el 58,1% (36/62) del total de pacientes quirúrgicas, de las cuales 30,6% reducciones (11/36) y 69,4% implantes (25/36). Se observó fracaso de LME en 81,8% de las reducciones (9/11) y 56,0% (14/25) en los implantes (NS). Si se observan diferencias significativas en relación al grupo de todas las intervenidas (81,8%, 9/11 vs 50%, 31/62, $p < 0,05$) y en relación al grupo general (81,8% vs 40,7%, $p < 0,01$). No se observaron diferencias significativas en el grupo de los implantes al comparar con ambos grupos generales. El RR de fracaso de LME en las madres con reducción mamaria, es de 1.636 en relación al de todas las intervenidas y de 2.01 en relación al grupo general. En el caso de los implantes el RR es de un 1,12 y 1,376 respectivamente. **Discusión:** Se observan claras tendencias hacia un mayor riesgo de fracaso de LME en el grupo de las madres con intervención que involucra la glándula mamaria, lo cual no es significativo en esta serie por el bajo número de pacientes estudiadas. Sin embargo, sí es significativo en el caso de las reducciones mamarias, en las que el riesgo de fracasar es alto.

MANEJO DE LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE HUÉPIL

Allegro F, Cortez P, Navarro G, Bertrán C, Jara M.
Hospital de Huepíl, SS Bio-Bío, VIII Región.

Introducción: La malnutrición por exceso se ha constituido en una epidemia creciente a nivel mundial y nacional. En la actualidad uno de cada cuatro niños(as) o adolescentes padece obesidad y uno de cada tres tiene riesgo de adquirirla. En cuanto a su tratamiento, el objetivo fundamental en todos los grupos etarios, es promover cambios hacia hábitos de ingesta y actividad física más saludables. **Objetivo:** Describir los resultados del Programa de alimentación saludable y actividad física (PASAF), destinadas a lograr cambios de estilo de vida saludables en niños(as) y adolescentes con malnutrición por exceso en el Hospital de Huépil. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo en que se analizan todos los menores del PASAF que presentaban malnutrición por exceso, los cuales fueron sometidos a una evaluación y plan de tratamiento multidisciplinario durante 9 meses (Julio 2008 a Marzo 2009). Se registran el peso, índice de masa corporal (IMC), glicemia, perfil lipídico al inicio y al término del programa. **Resultados:** De 31 participantes, completaron el programa 29 niños, de los cuales 66% eran mujeres, con rango edades entre 8 y 13 años (promedio 10,2). El 79,3% se encontraban obesos al ingreso del estudio, y el 20,7% restante tenían sobrepeso. El colesterol total al ingreso fue de 162 mg/dl en ambos grupos, siendo para las mujeres 158 y los hombres 175. Sólo el 48,2% presentaba valores óptimos de colesterol y 6 niños (20,6%) presentaban niveles de dislipidemia. Los valores de LDL, HDL y triglicéridos fueron para ambos grupos de 103,7, 43 y 96 mg/dl respectivamente. Luego del cuarto mes de seguimiento los niveles de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos fueron 156,4, 93,2, 52 y 116 mg/dl respectivamente, observándose una leve disminución en términos generales. Al término del programa, 19 menores (65,5%) lograron una disminución de su IMC, observándose en ellos una reducción del 4,94%, siendo de mayor importancia en los hombres (5,71% vs 4,58%). **Conclusiones:** La obesidad constituye en la actualidad la enfermedad nutricional más prevalente en la población < 20 años. Su tratamiento es difícil y requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario. Los beneficios del programa no lograron la reducción del IMC esperada (reducción del 5%), pero se observa que la mayoría disminuye sus valores en un porcentaje no menos importante. Destaca la reducción de los niveles de colesterol y aumento significativo de HDL en la mayoría.

EFFECTOS DE LA INGESTA POSTNATAL DE UN ALIMENTO FUNCIONAL ELABORADO CON QUÍNOA, SOBRE EL DETERIORO QUE PRODUCE EL ESTRÉS CRÓNICO EN LA MEMORIA DE RATAS SPRAGUE-DAWLEY

Figueroa H, Terreros G, Muñoz-LLancao P, Pérez M, Westphal K, Dagnino-Subiabre A. Laboratorio de Neurobiología y Conducta, Unidad de Neurociencias, Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo.

Introducción: La nutrición y el estrés crónico son factores importantes que afectan el neurodesarrollo y la cognición. En animales de experimentación el estrés crónico produce atrofia del hipocampo, deteriorando la memoria y el aprendizaje. En humanos, alteraciones similares se producen en patologías neuropsiquiátricas relacionadas con el estrés, como la depresión mayor y el trastorno de estrés post-traumático. Actualmente nos hemos focalizado en buscar productos naturales enriquecidos con moléculas esenciales que favorecen el reestablecimiento de la homeostasis durante la respuesta al estrés. **Métodos:** En este contexto, hemos elaborado un alimento funcional (AFQ) mezclando alimento comercial de rata con Quínoa, un pseudocereal que crece principalmente en el norte de Chile y que presenta altas concentraciones de antioxidantes y lípidos esenciales. Evaluamos el efecto del AFQ sobre el daño producido por el estrés en la retracción dendrítica de neuronas hipocámpales, mediante morfometría neuronal (técnica de tinción de Golgi), y en la memoria, mediante el paradigma de laberinto en Y. **Resultados:** Nuestros resultados demuestran que el consumo de AFQ, desde el destete (infancia) de las ratas Sprague-Dawley, disminuye significativamente el deterioro que produce estrés crónico en la memoria. Encontramos que este resultado se correlaciona con una disminución significativa de la retracción dendrítica que produce el estrés en el hipocampo. **Conclusiones:** Estos resultados son muy importantes ya que por primera vez se demuestra que la ingesta previa de un alimento funcional tiene propiedades antiestrés en el hipocampo. Nuestra investigación preclínica entrega información muy importante para el entendimiento de la neurobiología del estrés en etapas temprana de la vida.

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA DE ESCOLARES CHILENOS

Mallol J, Aguirre V, Gallardo A, Amarales L, Contreras A, Vera L, González F, Flores C. Universidad de Santiago de Chile, Hospital El Pino, Hospital de Punta Arenas, Hospital de Chiloé y Hospital de Calama.

Introducción: La población escolar tiene necesidades nutricionales específicas por su potencial de desarrollo. Chile muestra una prevalencia creciente de malnutrición por exceso y entre los factores que lo explican está una inadecuada ingesta alimentaria, el tiempo que los niños destinan a ver televisión asociado a una disminución de la actividad física y un menor gasto energético basal. **Objetivo:** Describir los hábitos alimentarios y actividad física de una población de escolares chilenos con variables geográficas diferentes. **Material y Método:** Los datos de este estudio corresponden a las encuestas chilenas del International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), que evalúa la prevalencia y severidad del asma, rinitis y eczema en niños. Estas fueron aplicadas en forma aleatoria a 10.689 escolares de 13-14 años de Calama, Santiago, Chiloé y Punta Arenas durante los años 2002-2003. Junto al cuestionario principal se aplicó una encuesta ambiental con preguntas sobre hábitos alimentarios, actividad física y tiempo destinado a ver televisión. Se efectuó análisis descriptivo general y evaluación comparativa entre las ciudades participantes. **Resultados:** El 33,3% (IC 95% 32,4-34,2) de los escolares estudiados consume carne 3 o más veces por semana (mvps), el 60,5% (IC 95% 59,6-61,4) nunca o casi nunca ingiere pescado o mariscos, el 62,6% (IC 95% 61,7-63,5) y el 48,6% (IC 95% 47,7-49,6) consume frutas y vegetales tres o mvps respectivamente. El pan y cereales 3 o mvps se observó en el 62,2% (IC 95% 61,3-63,2). El 52% (IC 95% 51-53) bebe leche 3 o mvps. El 16,4% (IC 95% 15,7-17,1) consume comida rápida 3 o mvps. El 33,5% (IC 95% 32,6-34,4) realiza ejercicios 3 o mvps y un 63,7% (IC 95% 62,8-64,6) destina 3 o más horas diarias viendo televisión. Analizando los datos según ubicación geográfica, Santiago destaca con un 68,3% (IC 95% 66,6-70,0) con ausencia de pescado en la dieta. Chiloé presenta 37,6% (IC 95% 35,9-39,4) y 45,1% (IC 95% 43,3-46,8) de consumo de vegetales y leche respectivamente y por debajo del promedio nacional. En relación a actividad física sólo el 27,4% (IC 95% 25,2-29,6) de los estudiantes de Calama realiza ejercicios 3 o mvps. **Conclusiones:** Los escolares chilenos reportan un bajo consumo de pescado, leche, frutas y de vegetales, alimentos recomendados en la Guía de alimentación diaria del MINSAL. Además el sedentarismo queda reflejado en la escasa actividad física realizada y en las altas horas destinadas a la televisión.

ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y VARIACIÓN DE ÍNDICES NUTRICIONALES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA OBESA

Fuertes M del P, Reyes M.

Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción: La obesidad es de alta prevalencia en Chile, requiriendo cambios de hábitos y controles frecuentes. Existen pocos estudios que señalen la adherencia a tratamiento y los factores que inciden en ello. **Objetivos:** Conocer la variación de índices nutricionales en pacientes con malnutrición por exceso e identificar factores que afecten la adherencia a tratamiento. **Método:** Se incluyeron niños entre 6 meses y 14 años ingresados al policlínico de Nutrición del HEGC el 2006 con diagnóstico de obesidad primaria, en tratamiento no farmacológico. Se registraron antecedentes personales y sociodemográficos, índices nutricionales y cumplimiento de indicaciones, asignándose puntajes de 1 a 3 (menor a mayor riesgo) a cada variable. **Resultados:** De 183 pacientes, abandonaron al primer control 58 (32,2%), edad promedio $10 \pm 3,3$ años, 56,8% hombres, sin diferencias significativas con quienes continuaron en control, aunque los padres presentan menor educación. Del grupo que continuó en control, el peso promedio inicial fue $58,1 \pm 20$ kg y el peso promedio final $59,6 \pm 21,4$ kg, con variación de P/T -2,57% y de IMC -0,26 kg durante el año. La edad promedio fue $10,04 \pm 3,1$ años, con 51,6% de hombres. El 79% tenía familiar de primer grado con sobrepeso y el 57% de los padres no había completado su escolaridad media. Un 92% de los pacientes reconocían consumo excesivo de alimentos y 57,6% tenía signos clínicos de resistencia insulínica. Quienes realizaron dieta y ejercicio lograron una mejoría en su condición nutricional (14,4%, $n = 18$), con una eficacia global del 9,8%, con mejor respuesta en pacientes con tanner 1. No se encontraron diferencias para variables sociodemográficas. **Discusión y Conclusiones:** En este estudio, un tercio de los pacientes acudieron sólo al primer control, lo que podría relacionarse con la toma de conciencia de cada paciente y familia, la menor educación de los padres y la búsqueda de soluciones inmediatas. Se corrobora la disminución de peso en quienes adoptan una dieta equilibrada e hipocalórica y realizan mayor actividad física (grupo 1). La mejor respuesta para Tanner 1 es explicable por la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida a temprana edad, más fáciles de modificar en niños más pequeños, existiendo en los púberes menor control parental y actividad física y más acceso a alimentos calóricos. Se hace necesario el trato multidisciplinario y personalizado, con énfasis en la prevención y manejo desde temprana edad.

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO POR ROTAVIRUS

Gárate MI¹, Espinoza M², Muñoz M.

Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital El Pino. ¹Interna. ²Alumno.

El rotavirus (RTV) es la causa más frecuente de síndrome diarreico agudo (SDA) en menores de 3 años con 50% de las hospitalizaciones y 35% de consultas de urgencia por SDA. No hay estudio en relación al tiempo de hospitalización y su impacto en los días cama de un servicio. **Objetivo:** Investigar la relación entre las características epidemiológicas y el tiempo de hospitalización en pacientes con diagnóstico de SDA por RTV. **Método:** Estudio retrospectivo con análisis de fichas clínicas en el servicio de Pediatría del Hospital El Pino, durante un período de tres años. Se contempló una muestra de 164 pacientes hospitalizados por SDA por rotavirus, con edades fluctuantes entre los 21 días y los 10 años, de ambos sexos. Se investigó sobre las características epidemiológicas y se relacionó con los días de hospitalización. Los datos obtenidos fueron ingresados en una planilla electrónica y analizados mediante un programa estadístico (SPSS), un valor de $p < 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo. Los resultados se expresan como promedio y desviación estándar. **Resultados:** Promedio de hospitalización de 3,4 días con un rango 2 a 6 días. Con edades fluctuantes entre los 21 días y los 3,3 años, con una media de 6 meses y 23 días, siendo 93 hombres y 71 mujeres, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos sexos. Noventa y seis hospitalizaciones en los meses de Junio a Agosto representando el 58% de las hospitalizaciones. En Julio el promedio de días de hospitalización fue de 4,9 días siendo estadísticamente significativo. Los 47 pacientes con deshidratación leve al ingreso (29 %) presentan un promedio de 2,7 días de hospitalización, los 72 pacientes con deshidratación moderada (44%) presentaron 3,8 días de hospitalización y los 45 pacientes con deshidratación severa (27%) presentaron en promedio de 4,6 días de hospitalización siendo estadísticamente significativo esta condición. Los 42 pacientes con patología de base asociada presentaron 4,9 días de hospitalización siendo estadísticamente significativo. **Conclusiones:** Los días de hospitalización prolongados de los SDA por rotavirus se relacionan con el estado de hidratación al ingreso, con patologías asociadas y con los meses de más frío. Se nos plantea una nueva línea de investigación en relación a los factores que provocarían las deshidrataciones moderadas y severas, atribuibles a la educación y prevención.

CASO CLÍNICO: PANCREATITIS AGUDA LITIÁSICA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN EL NIÑO

Figueroa F¹, Guzmán C², Rojas S¹.

¹Médico General, ²Becada Pediatría. Universidad de Antofagasta. Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

Introducción: La litiasis biliar es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica, en las últimas décadas ha aumentado su prevalencia debido a mayor sospecha clínica y a masificación de procedimientos diagnósticos especialmente la ultrasonografía. La presentación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos hasta cuadro de vómitos, fiebre, dolor abdominal e ictericia. **Objetivo:** Reporte de un caso de coledoclitiasis como una causa infrecuente de dolor abdominal en pediatría. **Caso clínico:** Paciente de 11 años, sexo femenino, antecedente insulinorresistencia e hipotiroidismo en tratamiento con metformina y levotiroxina hace 1 año. Además destaca cólicos abdominales recurrentes con múltiples consultas en el Servicio de Urgencias. Inicia dolor abdominal punzante periumbilical, afebril, vómitos aislados y deposición normal. Dolor migra a hipocondrio y flanco derechos. acude a Urgencias, y después de 14 horas de evolución se realiza Ecografía que concluye coledoclitiasis y hallazgos sugerentes de pancreatitis en evolución. Estudio enzimático e imagenológico confirman los hallazgos (Amilasa 3409, Bili total 3,2, Bili dir 2,5, GPT 686, GOT 514.6, GGT 523). TAC abdomen demuestra pancreatitis grave necrótica. Ingresa a UCIP. Requiere sólo manejo médico, reposo enteral por 21 días, hiperglicemia se maneja con BIC de insulina. Evolución satisfactoria. Se practica colecistectomía laparoscópica reciente exitosa. **Conclusión:** Coledoclitiasis es un diagnóstico que se debe tener presente dentro de las causas de dolor abdominal en niños.

TALLA BAJA: COMPARACIÓN DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO VERSUS DOS COMUNAS DEL CENTRO SUR DE CHILE

Fuertes P, López A, Martínez J.

Hospital de Lota; CGR Quinta de Tilcoco; CM Farr.

Introducción: En Chile, en los 20 últimos años, el porcentaje de talla baja (TB) ha descendido en los escolares, reflejo de la transición nutricional del país, situándola en 2,6% (JUNAEB 2008-1° básico) a nivel nacional. El 2008 se encontró un 8,9% de TB en el área sur de Santiago. Se buscó evaluar si esto se repite en otras zonas del país. **Objetivo:** Comparar la prevalencia de TB en escolares controlados en atención ambulatoria del área sur de Santiago versus 2 comunas del centro sur de Chile. **Método:** Se incluyó escolares entre 6 y 10 años, de 3 comunas del área sur de Santiago (Grupo A) y de las comunas de Lota y Quinta de Tilcoco (Grupo B), sin patologías crónicas que afectaran su estado nutricional, atendidos en forma ambulatoria entre Enero y Julio de 2009. Cada comuna tuvo un observador que cotejó medidas antropométricas, sexo y edad. Se clasificó a escolares en 4 categorías según percentiles de las curvas CDC para talla [TB, talla normal (TN), talla normal alta (TnA) y talla alta (TA)]. Se analizó mediante comparación de proporciones, con un valor de p de 0,05 para diferencias estadísticamente significativas. **Resultados:** Se evaluó a 324 escolares, siendo 247 del Grupo A (76,2%). Ambos grupos eran similares en edad (7,91 ± 1,16 años) y proporción hombres/mujeres (51,5% y 49,5%). Del total, 11,1% presentó TB; 80,2% TN; 6,8% TnA y 1,9% TA. Al analizar por grupos, A y B, se obtuvo: TB 7,3% y 23,4%; TN 84,6% y 66,2%; TnA 6,5% y 7,8%; TA 1,6% y 2,6% respectivamente. La comparación de proporciones estos grupos en relación con TB mostró los siguientes valores Zcalc: 3,92 total (p < 0,001); 3,32 varones (p < 0,001) y 2,02 mujeres (p = 0,043). Al dividir por sexo (Hombres y Mujeres), la talla se distribuyó así: TB 13,2% y 8,9%; TN 77,2% y 83,5%; TnA 7,8% y 5,7%; TA 1,8% y 1,9% respectivamente. Los valores Zcalc fueron: -1,22 total (p = 0,222); -0,47 Grupo A (p = 0,638) y -1,06 (p = 0,289) Grupo B. **Discusión y Conclusiones:** Se encontró mayor prevalencia de TB en ambos grupos al comparar con estadísticas nacionales. Al cotejar TB entre grupos A y B, se observó diferencias estadísticamente significativas para el total, niños y niñas (p < 0,001; p < 0,001 y p = 0,043 respectivamente). Al comparar TB por sexo, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Estas diferencias de TB concuerdan con varios estudios internacionales con relación a prevalencia de TB en comunidades con realidades socioeconómicas bajas (Grupo B). Pese a esto, llama la atención que persistan estas diferencias, pues si comparamos con estudios nacionales (Kain, 2005; Rodríguez, 2006), las comunas del grupo B están aun “en los años de 1980” respecto al porcentaje de TB, y las comunas de Santiago muestran valores más cercanos a los descritos nacionalmente. Otra posible explicación puede ser la forma de evaluar de JUNAEB. Amigo y cols. (2008) pesquió poca concordancia entre las mediciones hechas por profesionales de la salud respecto a las mediciones JUNAEB para talla, peso e IMC; en las cuales se subvalora tanto la talla baja como el IMC elevado. En suma, es importante caracterizar mejor la realidad nacional, puntualizando las diferencias locales con relación a la talla de los escolares para así intervenir focalizadamente y abordar mejor el manejo de los problemas nutricionales.

MALNUTRICIÓN POR EXCESO: COMPARACIÓN DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO *VERSUS* DOS COMUNAS DEL CENTRO SUR DE CHILE

Martínez J, López A, Fuertes P.

CM Farr, CGR Quinta Tilcoco, CGE Hospital de Lota.

Introducción: La malnutrición por exceso (ME) es prevalente a nivel mundial, siendo un reto para la salud pública. En EEUU el 18% de los niños son obesos; en Chile (JUNAEB 2008 – 1° básico) lo son el 20,8%. El 2008 se encontró en el área sur de Santiago un 54,9% de ME. Se buscó evaluar si esto se repite en otras zonas del país. **Objetivo:** Comparar la prevalencia de ME en escolares controlados en atención ambulatoria del área sur de Santiago *versus* escolares de 2 comunas del centro sur de Chile. **Método:** Se incluyó escolares entre 6 y 10 años, de 3 comunas del área sur de Santiago (Grupo A) y de las comunas de Quinta de Tilcoco y Lota (Grupo B), sin patologías crónicas que afectaran su estado nutricional, atendidos en forma ambulatoria entre enero y julio de 2009. Cada comuna tuvo un observador que constató medidas antropométricas, sexo y edad. Se calculó IMC y se clasificó estado nutricional y talla según norma MINSAL. Se analizó estadísticamente por comparación de proporciones, con un valor de p de 0,05 para diferencias estadísticamente significativas. **Resultados:** Se evaluó a 324 escolares, siendo 247 del Grupo A (76,2%). Ambos grupos eran similares en edad ($7,91 \pm 1,16$ años) y proporción hombres/mujeres (51,5% y 49,5%). Del total, el 2,5% presentó bajo peso (BP); 47,2% fue eutrófico (EU); 24,1% con sobrepeso (SP) y 26,2% tiene obesidad (OB); siendo ME un 50,3%. Al evaluar por grupos A y B se obtuvo: BP 2,4% y 2,6%; EU 44,1% y 57,1%; SP 25,1% y 20,8%; OB 28,3% y 19,5%; siendo ME 53,4% y 40,3% respectivamente. Al comparar la proporción de escolares con ME entre los dos grupos se encontró los siguientes valores Zcalc: 2,02 para el total ($p = 0,043$); 2,88 para varones ($p = 0,004$) y -0,13 para mujeres ($p = 0,897$). Al separar por sexo (Masculino y Femenino), la distribución del total fue: BP 1,2% y 3,8%; EU 47,3% y 47,1%; SP 22,2% y 26,2%; OB 29,3% y 22,9%; siendo ME 51,5% y 49,1%. Los valores Zcalc obtenidos de esta comparación fueron: 0,44 ($p = 0,330$) para el total; 1,46 para Grupo A ($p = 0,072$) y -1,55 ($p = 0,061$) Grupo B. **Discusión y Conclusiones:** Se encontró mayor prevalencia de ME en ambos grupos al comparar con estadísticas nacionales; notando en Santiago valores similares a los encontrados el 2008. Al comparar ME entre los grupos se halló diferencias estadísticamente significativas para el total ($p = 0,043$) y para los varones ($p = 0,004$). Al comparar la ME por sexo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados motivan a buscar las posibles causas, por ejemplo: acceso a "comida chatarra", espacios para realizar actividad física, nivel de sedentarismo, influencia de la Jornada Escolar Completa, entre otros. Además, es necesaria la extensión de los controles sanos hasta la adolescencia, donde se maneje y eduque en relación a estilos de vida saludable para evitar, en toda edad, las enfermedades crónicas no transmisibles. También se debe focalizar y aumentar cobertura del programa EGO Chile. Finalmente es importante recalcar que la realidad de Santiago no refleja la realidad nacional, siendo importante realizar estudios regionales y comunales para enfrentar mejor la ME.

PROMOVIENDO HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN ALUMNOS DE LA ESCUELA ESPAÑA, VALPARAÍSO, 2008

Mora DR¹, Muñoz PN¹, Ogalde SN¹, Olguín AP¹, Matus MS¹, Merino L¹, Abarca MJ², McColl CP¹

¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. ²Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El incremento en Chile de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, producto de la mala alimentación y sedentarismo, es un problema de salud pública de gran magnitud. La dificultad en el trabajo con la población infantil requiere una estrategia nueva y creativa que involucre a la comunidad escolar, familia y red de salud para lograr un cambio de hábito alimentario efectivo. **Objetivo:** Promover hábitos de alimentación saludable al interior de la comunidad educativa y fortalecer la relación entre la escuela España y la red social local para la promoción en salud. **Material y Métodos:** Estudio cuasi experimental en el que participaron 74 alumnos de 2° y 4° básico. El equipo de trabajo estaba compuesto por 7 alumnos de Medicina, apoyados por profesionales de la salud y profesores de la Escuela España. Se empleó metodología participativa para enseñar conceptos de alimentación saludable. Conjuntamente, se realizó un concurso para motivar la preferencia por colaciones saludables, supervisado por profesores. Además, se educó a apoderados sobre la correcta alimentación de escolares. Los resultados se midieron a dos niveles: consumo de colaciones saludables y conocimientos de alimentación saludable en los alumnos y apoderados mediante evaluaciones cognitivas. **Resultados:** El 51% de los alumnos prefirió consumir al menos 3 colaciones saludables semanales durante la intervención. Se evaluó al final de la intervención a 61 alumnos sobre alimentación saludable, de los cuales el 79% obtuvo un puntaje satisfactorio. Tras la intervención, los apoderados obtuvieron mejor calificación en la evaluación que al comienzo de ésta. Se logró fortalecer la red social de la escuela España, especialmente con el Centro de Salud Jean et Marie Thierry y la Corporación Municipal de Valparaíso, avanzado en los requisitos para lograr acreditación como escuela saludable. **Conclusiones:** La intervención realizada es un modelo efectivo que se puede reproducir fácilmente e incluir en los contenidos curriculares de los centros educativos de nuestro país. Para lograr el cambio de hábitos alimentarios, se requiere del apoyo de los docentes y familias, además del aporte que entrega la red social en cuanto a los recursos humanos y materiales. Dentro de la escuela, el acceso a alimentos saludables es también una gran fortaleza.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 2° A 5° AÑO BÁSICO DE UN COLEGIO SUBVENCIONADO DE VALPARAÍSO

Palma X, González C.

Departamento de Nutrición y Alimentos. Facultad de Farmacia. Universidad de Valparaíso.

Introducción: Datos del Ministerio de Salud muestran un notorio aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población pediátrica chilena. La mayor parte de la información disponible corresponde a niños de 2 a 6 años, pero se cuenta con menos estudios de población escolar de mayor edad. **Objetivos:** Evaluar el estado nutricional de niños de 7 a 10 años de edad de un colegio subvencionado de Valparaíso. **Material y Métodos:** Estudio transversal donde se evaluaron alumnos de 2° a 5° año básico de la escuela Santa Ana, Valparaíso. Se excluyeron los alumnos con Tanner M2 ó G2 y más. Con evaluadores entrenados, instrumentos calibrados y técnicas de medición antropométrica estandarizadas se tomó peso y talla. Se construyeron los indicadores IMC/Edad y Talla/Edad y se compararon con el estándar CDC/NCHS. Se determinó estado nutricional según IMC/Edad, clasificando los niños en enflaquecidos (E), normales (N), sobrepeso (SP) y obesos (OB), y Talla/Edad, separándolos en < P5 y > P5. Se aplicó χ^2 para verificar diferencia estadística en la prevalencia de sobrepeso y obesidad a través de los distintos grupos de edad ($p < 0,005$). **Resultados:** La muestra se constituyó de 189 escolares, 101 niñas (53,4%) y 88 niños (46,6%). De acuerdo al IMC/Edad, no se encontraron niños enflaquecidos y el 53,3% presentaron SP u OB (26,9% y 26,4%, respectivamente). En cuanto a la distribución por sexo, el 50% de los varones y el 56,4% de las niñas se encontraron con malnutrición por exceso (varones 27,2% SP y 22,8% OB; niñas 26,7% SP y 29,7% OB). En relación a la evolución del estado nutricional según la edad, la mayor prevalencia de malnutrición por exceso se manifiesta en el grupo de 8 años de edad (57,4%). Lo contrario ocurre con el grupo de 10 años, que presenta la menor prevalencia de SP y OB (40%). El análisis estadístico demostró que no hay diferencias significativas en el estado nutricional entre los diferentes grupos de edad ($p = 0,009$) En cuanto al indicador Talla/Edad, el 25,3% de la muestra se encontró bajo el P5. **Discusión:** Los resultados encontrados concuerdan con los de otros estudios realizados en Chile en que la prevalencia de SP y OB en escolares es de importante magnitud. **Conclusiones:** Los escolares de 2° a 5° año básico evaluados presentan una importante prevalencia de sobrepeso y obesidad, y no se observan diferencias significativas de estado nutricional entre los distintos grupos de edad.

CÁNCER HEREDITARIO DE COLON: APORTES DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR A LA PEDIATRÍA

Aravena T, Passalacqua C, Castillo S, Melo C.

Sección Genética, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer de colon (CC) es una patología prevalente, con 800.000 nuevos casos anuales en el mundo, en Chile la mortalidad es de 6,2 por 100.000 y ha aumentado en los últimos años. Un 30% presentan historia familiar de CC. Un 5% son formas hereditarias y condicionan un riesgo aumentado de presentar CC, requiriendo controles seriados, cirugías profilácticas y pueden transmitir la mutación a su descendencia. **Material y Métodos:** Familia 1: se solicitó el estudio molecular para la mutación del gen APC, responsable de la Adenomatosis polipósica familiar (FAP), a un paciente con múltiples pólipos benignos por endoscopia, que tiene 6 hijos. Familia 2: se solicitó el estudio molecular para la mutación del gen MLH1, responsable del cáncer de colon hereditario no polipósico (HNPCC) a un paciente sano, con 2 hijos, con el antecedente de historia familiar con múltiples cánceres, en donde su madre presentaba la mutación. A ambos pacientes se le extrajo ADN y fue enviado a EEUU para realizar la búsqueda de la mutación. **Resultados:** El paciente con diagnóstico clínico de FAP presentó una inserción de 17 pares de bases en el exón 9 de APC generando una proteína trunca, por lo que su riesgo de desarrollar CC es de un 93% a los 50 años, y de los 6 hijos, dos (20 y 6 años) presentaron la inserción. En el paciente con historia de HNPCC no se encontró la mutación familiar en MLH1 por ende tiene el riesgo de la población general a desarrollar CC. **Discusión:** Ambas patologías se heredan de manera autosómica dominante, es decir cada hijo tiene el 50% de riesgo de presentar la mutación. En el caso de FAP con mutación confirmada todos los hijos deben realizarse el estudio molecular, ya que las manifestaciones pueden comenzar en etapa infantil y requieren seguimiento para el manejo precoz de posibles neoplasias. En el caso de HNPCC con mutación confirmada, el estudio de sus hijos puede postergarse hasta los 18 años, ya que el riesgo aumentado de cáncer comienza desde los 20 años. **Conclusiones:** El CC es una patología de gran prevalencia y mortalidad. Si bien el cáncer hereditario es poco frecuente, existe la posibilidad de un diagnóstico molecular para determinar un seguimiento específico y mejorar la sobrevida.

ESTADO NUTRICIONAL, GASTO ENERGÉTICO Y ADECUACIÓN DE LA DIETA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

*Pérez R, Cardoso I, Escalona M, Barja S.
Hospital Josefina Martínez. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: El estado nutricional en los pacientes con enfermedades neuromusculares (ENM) es relevante de considerar, más aún en aquellos que se encuentran en crecimiento. **Objetivo:** Describir el estado nutricional, requerimientos energéticos y adecuación de la alimentación en un grupo de pacientes pediátricos con ENM, de distintos centros hospitalarios de la Región Metropolitana, pertenecientes al programa nacional de asistencia ventilatoria domiciliaria (AVNI). **Pacientes y Método:** Se estudiaron 38 pacientes, registrando capacidad funcional, apoyo ventilatorio e ingesta alimentaria (recordatorio de 24h). Se realizó antropometría (referencia CDC-NCHS), se midió gasto energético en reposo (GER) con calorimetría indirecta y se elaboraron recomendaciones según evaluación nutricional y actividad física. **Resultados:** La edad fue de 163 ± 39 meses, el 79% hombres, diagnósticos: enfermedad de Duchenne 52,5% (n = 21), Atrofia espinal 17,5% (n = 7), distrofias no Duchenne 17,5% (n = 6) y otros 12,5% (n = 4). El 60,5% está en silla de ruedas, 31,6% logra deambular, 7,9% se arrastra o gatea. Requiere apoyo ventilatorio el 55,27%. Trece pacientes (32,5%) nunca habían tenido control nutricional. Según índice de masa corporal, el 21,1% es eutrófico, 36,8% tiene exceso de peso y 42,1% es desnutrido. El GER medido fue de 1.202 ± 223 KCal/día, la ingesta de 1.586 ± 363 KCal/día y la recomendación realizada de 1.313 ± 283 KCal/día (Wilcoxon $p < 0,001$). El aporte fue excesivo en 65,78% e insuficiente en 18,42% pacientes. **Conclusiones:** Este grupo de pacientes con ENM presenta alta prevalencia de malnutrición por déficit y por exceso, controles insuficientes por especialista en nutrición, y aportes dietarios con bajo grado de adecuación a su estado nutricional y actividad física.

TRASTORNO DE DEGLUCIÓN: DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS CLÍNICOS

*Wong C¹, Morales R³, Reyes B⁴, Guardia S¹, Alarcón T², Faúndez R².
¹Pediatra Nutrióloga Hospital San Juan de Dios. ²Pediatra Gastroenteróloga Hospital San Juan de Dios (HSJDD). ³Fonoaudiólogo Instituto Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (IRPAC). ⁴Becada Pediatría Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios.*

Introducción: Los trastornos de deglución se definen como defectos en la ingesta y transporte de nutrientes a través del tubo digestivo. Se producen por alteraciones de la integridad anatómico-funcional orofaríngea y del tubo digestivo. **Objetivo:** Destacar la importancia de la rehabilitación oral (fonoaudiológica) en el tratamiento de los trastornos de succión-deglución a través del reporte de 5 casos clínicos estudiados y evaluados en forma multidisciplinaria en el HSJDD e IRPAC. **Métodos:** Análisis de las historias clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de trastorno succión - deglución evaluados por los equipos de Nutrición y Gastroenterología del servicio de Pediatría HSJDD y que recibieron rehabilitación oral fonoaudiológica en el IRPAC. **Resultados:** De los 5 pacientes estudiados; 3 fueron prematuros con un peso promedio de nacimiento de 738 grs (470-1.039 g) y 2 RNT, ambos con diagnóstico de sd. de Down. El diagnóstico fue clínico (déficit en succión y mal incremento ponderal). Se realizó videofluoroscopia en 4 pacientes; 2 fueron normales, en un caso se confirmó alteración de la fase oral y el otro paciente presentó dilatación tercio medio del esófago. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico para reflujo y un paciente presentó vómitos a repetición realizándose estudio con phmetría y EDA que resultaron normales. Todos los pacientes fueron tratados con alimentación enteral (SNG), continua y en bolo con un tiempo promedio de 6 meses y luego alimentación oral progresiva según avances en tratamiento fonoaudiológico. Actualmente los 5 pacientes se encuentran con aporte 100% oral. En ningún paciente se realizó gastrostomía. Tres pacientes evolucionaron con diagnóstico nutricional de eutrofia (P/E N, P/T N, T/E N) y 2 pacientes con desnutrición crónica descompensada siguiendo su carril de crecimiento para EGC. **Conclusión:** El presente trabajo intenta destacar la importancia de la evaluación multidisciplinaria y la rehabilitación oral fonoaudiológica en los trastornos de succión-deglución.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS AL POLICLÍNICO DE NUTRICIÓN INFANTIL EN CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA ENTRE 2003-2008

Parada CH¹, Riffo UP¹, Hormázabal OP¹, Krause HS², Davis M², Podestá L².

¹Escuela de Medicina Universidad Austral de Chile y ²Instituto de Pediatría-Universidad Austral de Chile.

Introducción: Durante los últimos años en Chile ha ocurrido una transición epidemiológica y nutricional en un período corto de tiempo. La situación nutricional de los niños, ha superado los problemas de deficiencia y se ha ido enfrentando a un aumento de la malnutrición por exceso; consecuentemente su prevalencia ha aumentado en un 50% desde los años 60, constituyendo actualmente un problema mayor de salud pública. **Objetivos:** Caracterizar a la población de pacientes ingresados y evaluados en el policlínico de nutrición infantil (PNI) del consultorio Externo de Valdivia (CEV) entre los años 2003 y 2008. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo-descriptivo. Se revisaron los registros clínicos en ficha de ingreso al PNI de los pacientes en estudio. Se clasificaron según edad, sexo, índices antropométricos, diagnóstico nutricional integrado, tiempo de lactancia materna exclusiva (LME). **Resultados:** Se obtuvo un total de 345 pacientes pediátricos ingresados al policlínico de nutrición entre los años 2003 y 2008. Del total, 155 (44,92%) eran hombres y 190 (55,07%) eran mujeres. La mayoría de los pacientes ingresados eran escolares (49,85%). Se observó malnutrición por exceso en el 94,2% (325) de los pacientes, eutróficos en 3,76% (13), malnutrición por déficit en 1,15% (4) y sin clasificación en 0,86% (3). Del total, 313 pacientes (90,72%) eran mayores de 6 años, dentro de los cuales, la mayoría (72,52%) eran obesos, seguido por riesgo de obesidad (21,40%). Del total, 32 pacientes (9,27%) eran menores de 6 años, siendo la mayoría obesos (81,25%), seguido por sobrepeso (15,62%). El año con mayor número de ingresos dentro del período fue el año 2004 con 77 ingresos (22,31%). De la totalidad de pacientes con malnutrición por exceso, se observó que el 39,07% (127) tuvieron un tiempo de LME menor a 6 meses. **Conclusiones y Discusión:** El perfil del paciente ingresado al PNI de CEV es un escolar de sexo femenino, con diagnóstico de obesidad, destacando un porcentaje importante de tiempo de LME menor al recomendado. Esto es concordante con lo observado a nivel mundial. Por lo tanto, estudiar las características de nuestra población adquiere mayor importancia, ya que nos permitirá diseñar y evaluar correctamente programas y políticas de salud enfocadas en la prevención y tratamiento de dichas patologías.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO HOSPITALIZADO EN SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL EL PINO. REVISIÓN DE 2 AÑOS

Sepúlveda TJ, Sanhueza GP, Sanhueza GP, Romero VF.

Servicio de Pediatría, Hospital y CRS El Pino. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Síndrome diarreico agudo (SDA) constituye un motivo frecuente de consulta y hospitalización pediátrica; se manifiesta por evidente aumento de volumen de heces. Siendo la etiología más común infecciosa, afecta en especial al menor de 1 año y se resuelve generalmente en un lapso promedio de 7 días. Posee una morbilidad variable según cuadro clínico con una baja mortalidad, sin embargo, significa un gran consumo de recursos humanos y hospitalarios. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de pacientes con SDA, hospitalizados en sala de pediatría durante 2 años y categorizarlos según variables de sexo, edad, etiologías y duración de episodios agudos. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de fichas clínicas y datos estadísticos hospitalarios, de pacientes hospitalizados en servicio de pediatría del Hospital El Pino entre enero 2007 y diciembre 2008. Del total de pacientes, se seleccionó con diagnóstico de SDA. **Resultados:** De 1.795 pacientes hospitalizados, un 7,8% (140) corresponden a SDA, de estos 49% (68) eran hombres y 51% (72) mujeres. Del total 46,4% (68) corresponden a los 3 primeros meses de cada año. El promedio de edad fue 9,8 meses con rango de edad entre 15 días a 7 años. Latencia de consulta es de 3,5 días, estadía hospitalaria promedio es de 3,2 días, con duración del cuadro promedio de 7 días. De las características clínicas destaca 50% con deshidratación leve, 25% moderada y 2% severa. Se aisló rotavirus en 43% y se obtuvo coprocultivo (+) en 15%, destacando en orden de frecuencia: *E. coli*, *Salmonella*, *Salmonella enteritidis* y *Shigella*. Resultando sin causa aparente un 35,7% de los casos. **Conclusiones:** El SDA representa un 7,8% de hospitalizaciones en sala de pediatría, prevalece en menores de 1 año (promedio 9,8 meses). Sin diferencias significativas por sexo. Posee predominio estival, con 46% los 3 primeros meses del año. Tiene una estadía hospitalaria de 3,2 días, con duración del cuadro promedio de 7 días. Un 75% llega deshidratado, siendo leve 50% de los casos, y severa en 2%. Los agentes más frecuentes identificados son rotavirus, ECEP y *S. enteritidis*, destacando un 35% sin causa atribuible, datos compatibles con estudios a nivel nacional. Es fundamental mantener mediciones periódicas clínicas-epidemiológicas, dado su mantenida prevalencia nacional, para asentar bases para un adecuado manejo a nivel local.

COLELITIASIS INFANTIL EN RANCAGUA 2001 A 2008

Sepúlveda SA¹, Gacitúa M¹, Valenzuela GP¹, Villa OC¹, Moreno SR².

¹Interno Medicina Universidad Diego Portales. ²Hospital Regional Rancagua, Hospital Exequiel González C., e ICBM Universidad de Chile.

Introducción: La colelitiasis es una patología relevante a nivel nacional sobretodo por el riesgo de desarrollar enfermedades malignas en la adultez; en la Región de O'Higgins se mantiene esta tendencia, por lo que se explora su importancia en la población menor de 20 años operada en el Hospital Regional Rancagua (HRR). **Objetivo:** Describir la frecuencia y características de los pacientes operados de colelitiasis menores de 20 años en el HRR entre 2001 a 2008. **Método:** Estudio descriptivo transversal de 112 pacientes, con muestreo por conveniencia. Se revisaron fichas utilizando como instrumento una hoja de recolección de datos, y se analizaron las variables cualitativas edad, sexo, diagnósticos y grupos sanguíneos ABO y Rh. Se describen las tendencias centrales con IC 95% y se comparan la frecuencias en porcentajes de estas características, entre dos grupos, mayores y menores de 15 años, jóvenes (J) y niños (N), respectivamente, considerando significativo (SE), si $p < 0,05$. **Resultados:** Los menores de 20 años, son 112 ó 2% de todos los pacientes operados de colelitiasis entre el año 2001 y 2008, con IC95% 1,86% a 2,46%, todos con litiasis biliar, siendo J = 1,37% y N = 0,82%. Se observa un aumento absoluto y relativo de operados, desde el 2001 con 1,43% pacientes hasta el 2008 con 3,10%, sin SE, pero hubo una correlación de $r = 0,75$ con respecto del total operados, y un porcentaje de N de 36% con IC 95% 30,8% a 41,8%, en el período. Casos agudos en N = 33% y en J =47%, sin SE, sólo J tiene crónicos reagudizados 2,8%. Los diagnósticos asociados se obtuvieron en 45,5% del grupo N y 84,2% del grupo J, siendo quiste colédoco (10,5%), anemia hemolítica (10,5%), síndrome Down (5,2%) y obesidad (5,2%) en el primer grupo, y pancreatitis (5,1%), obesidad (3,4%), anemia hemolítica (1,7%), apendicitis (1,7%) y bocio (1,7%) en el segundo. Grupos sanguíneos, la frecuencia de los alelos O y Rh positivo, son en N 1,00 y 0,79 y en J 0,73 y 0,74, respectivamente, sin SE. **Conclusión:** Se observa un incremento de menores de 20 años en correlación con el total de operados entre el 2001 y 2008. No hubo deferencias con SE entre sexo, casos agudos y grupos sanguíneos entre N y J, pero las malformaciones y enfermedades genéticas son 15 veces más frecuentes en el grupo N. Los casos agudos aumentan con la edad de N a J, sugiriendo que la colelititiasis tiene un inicio precoz en esta población, respaldando factores aun no identificados, como explicación a alta prevalencia regional.

CONSTANTES HEMATOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN (SD)

Abarca M¹, Cárcamo F¹, Carrasco R¹, Folatre P^{2,3}, Prieto C³, Barraza X³.

¹Alumno de Medicina 3º año, UACH; ²Instituto de Pediatría, UACH; ³Subdepartamento Pediatría, Hospital de Valdivia.

Introducción: El 10-20% de los recién nacidos portadores de SD, presentan alteraciones hematológicas que pueden ser de importancia, tanto por su frecuencia, pronóstico a largo plazo como por el riesgo inmediato, las que pueden pesquisarse activamente mediante hemograma. El objetivo de este trabajo es estudiar el comportamiento de las constantes hematológicas en recién nacidos con SD, en condiciones basales. **Material y Métodos:** Se revisaron los antecedentes clínicos de todos los recién nacidos con diagnóstico de síndrome de Down, ingresados a la unidad de Neonatología, del Hospital de Valdivia, durante la primera semana de vida, entre los años 1998 y 2008. Se excluyó a aquellos con sospecha de leucemia. Se recogieron antecedentes antropométricos y hematimétricos, tabulándose todos los hemogramas de la primera semana de vida. Se establecieron valores promedio y desviación estándar para hematocrito, hemoglobina, recuento total de leucocitos, neutrófilos, y plaquetas. **Resultados:** Durante los últimos diez años, se registró el ingreso de 50 recién nacidos, confirmados como portadores de SD por citogenética, a quienes se realizó hemograma (s) durante la primera semana de vida. Dos pacientes fueron descartados por sospecha de leucemia congénita, 6 pacientes no tenía registros (no se contó con la ficha clínica). Los restantes 42 pacientes, se separaron según edad gestacional (EG): 31 tenían EG de 38-42 semanas, grupo de término y 11, 35-37 semanas, grupo de pretérmino. El grupo de pacientes de término, tenía 50 hemogramas en la primera semana y los valores promedio, fueron: hematocrito de 57,6%; hemoglobina 18,8 g/l, recuento de leucocitos de 14.240 cel/mm³ y recuento plaquetario de 161.000 cel/mm³. El grupo pretérmino, tuvo promedios de hematocrito 47,51%, hemoglobina 16,05, leucocitos, 13,291 y plaquetas 280.080. Se compararon los valores registrados y su dispersión con valores normales. Los valores obtenidos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los parámetros recomendados en la literatura para evaluación de recién nacidos normales. **Conclusiones:** El estudio de las constantes hematológicas de recién nacidos portadores de SD no muestra diferencias significativas con lo aceptado para recién nacidos normales, de término y pretérmino.

SÍNDROME CORNELIA DE LANGE. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Álvarez M, Rumie A, Silva N, Astudillo D, Barra R.

Universidad Pedro de Valdivia, La Serena. Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: El síndrome Cornelia de Lange (SCL) es una patología congénita poco infrecuente caracterizada por una fascie característica (baja implantación de pelo, sinofridia, anteversión de fosas nasales, filtro largo, labio superior delgado y frente corta) en asociación con un RDSM, retraso del crecimiento pre y post natal (OMIM 122470). El SCL puede ser causado por una mutación en el gen NIPBL (Nipped-B-Liked) ubicado en el cromosoma 5p13.1, este gen codifica una proteína que promueve la expresión de otros genes, pero se desconoce su función exacta para regular en el desarrollo (Tonkin et al, 2004). Con el propósito de difundir los hallazgos encontrados a la comunidad de pediatría, a continuación reportamos un caso de un niño con características clínicas de síndrome Cornelia de Lange. **Caso clínico:** Escolar de 8 años, tercer hijo de padres sanos no consanguíneos. Embarazo fisiológico controlado desde el primer trimestre. Nace por parto normal a las 39 semanas, APGAR 9-10 destacando la presencia de un aspecto dismórfico, RDSM, un síndrome convulsivo e hipotónico; ecografía y TAC cerebral normal, RMN a los dos años muestra quiste aracnoideal frontoparietal izquierdo, parénquima normal. Cariograma en sangre con bandeo GTG: 46XY. Ingresa al instituto Teletón en abril del 2009 presentando al examen físico facie con cejas pobladas, sinofridia, hipoplasia media facial, fisura palpebral descendida, puente nasal descendido e hipotelorismo ocular. Orejas de implantación baja con hipoacusia moderada izquierda y leve derecha. Labio superior delgado. Extremidades pequeñas, hirsutismo, talla baja. Durante su evolución ha presentado múltiples infecciones respiratorias bajas requiriendo numerosas hospitalizaciones. **Comentario:** El síndrome de Cornelia de Lange es un trastorno infrecuente de pronóstico reservado. La mayor parte de los casos son esporádicos y el bajo riesgo de recurrencia se representa probablemente a la incapacidad de reproducirse de los pacientes más afectados. El diagnóstico depende del reconocimiento de las características faciales y las anomalías asociadas, por lo cual el diagnóstico es hasta ahora netamente clínico. Esperamos que la presentación de este caso contribuya a difundir esta patología en nuestro medio.

CARACTERIZACIÓN CITOGENÉTICA- MOLECULAR DE ISOCROMOSOMAS Y

Aracena M¹, Santos M¹, Lagos M², Abarca M², Mella G², Varela M³, Martínez L³.

¹Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, ²Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, ³Clinica Santa María.

Introducción: Las anomalías estructurales del cromosoma Y son infrecuentes, de éstas las más comunes son los cromosomas dicéntricos. Estos se observan por lo general formando parte de un mosaico a una monosomía X (45,X). El análisis citogenético convencional en muchas ocasiones no permite identificar la estructura exacta de un cromosoma Y anormal, por lo que se requieren de estudios adicionales como la hibridación in situ con fluoresceína (FISH) y estudios moleculares de regiones del cromosoma Y. **Material y Métodos:** Se estudiaron dos pacientes con fenotipo Turner referidas para estudio citogenético. La primera paciente es una recién nacida con diagnóstico prenatal de trastorno del desarrollo sexual, en quien se descartó hiperplasia suprarrenal congénita. Al examen físico destacaba tórax en escudo, alteración del desarrollo de genitales externos y un ecocardiograma que reveló una coartación aórtica. La segunda paciente fue derivada con diagnóstico Sd. Turner. **Resultados:** El cariotipo en sangre periférica (SP) de la primera paciente reveló 45,X[30]/46,X,+mar[20], el análisis de regiones específicas del cromosoma Y fue positivo para las regiones estudiadas (DYZ3, TSPY y SRY). El estudio en tejido gonadal reveló en gónada izquierda, un cariotipo: 45,X, y FISH con LSI SRY/CEP X sólo 1 señal (DZX1) correspondiente a cromosoma X. En la gónada derecha el cariotipo mostró en un bajo porcentaje, la presencia del cromosoma marcador, que hibridó mostrando dos señales con la sonda LSI SRY y dos señales con la sonda CEP Y (centrómero de Y), lo que permitió establecer la existencia de un cromosoma Y isodicéntrico para su brazo corto (p). El cariotipo en SP de la segunda paciente fue: 45,X[26]/46,X,?i(Y)(q10)[24]. El bandeado C reveló regiones heterocromáticas en ambos extremos del cromosoma identificado como probable isocromosoma Y. El FISH con sonda CEP Y mostró dos señales Y en ese mismo cromosoma, lo que permitió establecer que se trata de un cromosoma Y isodicéntrico, para su brazo largo (q). **Discusión:** La utilización de herramientas citogenéticas y moleculares permitió caracterizar adecuadamente los cromosomas marcadores encontrados en mosaico en estas pacientes.

MICRODELECIÓN 22Q11.2: CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE PACIENTES SIN CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y COMPARACIÓN CON PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Aracena M¹, Astete C¹, Guzmán ML², Puga A², Calderón JF², Lay-Son G^{1,2,3}, Arriaza M⁴, Aravena T⁵, Palomares M^{1,6}, Sanz P⁷, Repetto G^{2,3}.

¹Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna; ²Centro de Genética Humana, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo; ³Hospital Padre Hurtado, Santiago; ⁴Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar; ⁵Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, Santiago; ⁶Fundación Gantz; ⁷Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La microdelección 22q11.2 se ha encontrado en síndromes clínicos con fenotipos muy variables. En los pacientes que presentan cardiopatía congénita (c/CC), hipocalcemia y otras dismorfias la sospecha diagnóstica en general es precoz, sin embargo existe un porcentaje importante de pacientes con del22q11.2 que no tiene cardiopatía congénita(s/CC). El propósito de esta presentación es mostrar los hallazgos clínicos en los pacientes con del22q11.2 s/CC vs c/CC. Una adecuada caracterización de los primeros, ayudará a realizar un diagnóstico más oportuno. **Material y Método:** Se revisaron las fichas clínicas de 225 pacientes con FISH (+) para del22q11.2. Se separaron en dos grupos según si presentaban o no CC. Se analizaron y compararon las diferencias fenotípicas. Los resultados fueron analizados usando Test de Fisher. **Resultados:** De 225 pacientes 106 pacientes eran de sexo masculino y 119 de sexo femenino; 88/225 (39,1%) no presentaban CC, 44/106 pacientes de sexo masculino (41,5%) y 44/119 de sexo femenino (36,97%). La edad promedio al diagnóstico fue de 8,38 años en los pacientes s/CC y de 3,86 años en los c/CC. La mortalidad fue de 1,1% en el grupo s/CC y de 8% en el c/CC. Presentaron hipocalcemia 10% y 25% respectivamente. La insuficiencia velofaríngea (IVF) estaba presente en 50/88 (56,8%) de los pacientes s/CC y en 39/137 (28,4%) de los c/CC. Fisura de labio con o sin fisura de paladar presentaron 18/88 (20,4%) pacientes s/CC y 6/137 (4,3%) pacientes c/CC. Otros signos clínicos como reflujo oronasal y RGE se describen en 22 de las pacientes de sexo femenino y 24 de los pacientes de sexo masculino s/CC. En 67 de los 88 pacientes s/CC (76,1%) y en 75/137 c/CC (54,7%) se describe retraso del desarrollo sicomotor. **Discusión:** Un porcentaje importante de los pacientes con delección 22q11.2 de este estudio no presenta cardiopatía congénita lo que explica el diagnóstico tardío. Aunque la hipocalcemia se observó con una frecuencia significativamente mayor en los pacientes c/CC vs pacientes s/CC, llama la atención que ésta se presentó en un 10% de los pacientes s/CC. La coexistencia de IVF, observada en un porcentaje elevado de pacientes s/CC, con o sin fisuras labiopalatinas y el retraso del desarrollo en lactantes y preescolares debe hacer sospechar al clínico esta entidad, para realizar el diagnóstico lo más precozmente posible y permitir una intervención temprana y un consejo genético oportuno. Financiado por proyecto FONDECYT 1061051.

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE DOWN

Arancibia MF, Monge M, Urcelay G, Lizama M.

Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los niños con Síndrome de Down (SD) pueden tener malformaciones y morbilidad asociada que motiva hospitalización. En Chile hay escasa información al respecto. **Objetivo:** Caracterizar las patologías y hospitalización en este grupo de niños. **Diseño:** Estudio prospectivo, descriptivo en niños, menores de 15 años, con SD, hospitalizados por cualquier causa en el servicio de pediatría del Hospital Clínico UC, durante el año 2008. **Resultados:** Se registraron 49 ingresos, de 36 niños distintos. Siete presentaron más de un ingreso en el período estudiado. La edad promedio fue 1,9 años, con una estadía promedio de 7 días. El principal motivo de ingreso fue la resolución quirúrgica o estudio de cardiopatía congénita (CC) (32/49). Las principales causas de ingreso no cardioquirúrgico (n = 17) fueron causas infecciosas (9/17) la mayoría por infección respiratoria baja (6/9), otras causas de hospitalización fueron cirugías digestivas para corrección de malformaciones, estudio de estridor y tratamiento de fracturas. De los pacientes ingresados por causa no cardiológica, un 82% tenía alguna CC. Al momento del primer ingreso (n = 36), el 36% tenía desnutrición o mal incremento ponderal, el 22% tenía el antecedente de algún trastorno gastrointestinal, un 58% tenía antecedente de alguna morbilidad respiratoria, el 16% alguna patología nefrourológica y 11 de 31 estudiados (35%) tenían patología tiroidea (9 hipotiroidismo). Del total de hospitalizaciones, el 51% ingresó a unidad de paciente crítico (UPC), el 84% por cardiocirugía. En la serie reportada no hubo mortalidad. Se asoció a estadías mayores a 7 días: la menor edad, cardiocirugía y el haber estado en UPC. **Conclusiones:** El principal motivo de hospitalización de niños con SD son las CC e infecciones respiratorias, como muestra nuestra serie. La alta frecuencia de hospitalizaciones por CC se debe a que nuestro hospital es centro de derivación GES, sin embargo, destaca la alta frecuencia de CC en el grupo de pacientes ingresados por causa no cardiológica, así como también la alta frecuencia de patología digestiva y nefrourológica, la que es mayor a lo reportado para la población general de niños con SD. La alta frecuencia de patologías asociadas encontradas en la serie, motiva a crear programas de seguimiento orientados a prevención y tratamiento precoz, de manera de prevenir mayor morbilidad en este grupo de pacientes de alto riesgo.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y CITOGENÉTICO EN RECIÉN NACIDOS DISMÓRFICOS. HOSPITAL DE VALDIVIA 2000-2009

Arroyo P¹, Lincopan A¹, Barraza X².

¹Tecnólogo Médico, ²Médico Genetista. Laboratorio Citogenética. Hospital Regional de Valdivia.

Introducción: Se reconoce que la incidencia de alteraciones citogenéticas en recién nacidos es entre 0,6 y 1%. Revisamos en los exámenes de citogenética en linfocitos de sangre periférica, para establecer la relación entre el diagnóstico clínico y citogenético de la población de recién nacidos derivados para estudio. **Objetivo:** Establecer la frecuencia y distribución de anomalías cromosómicas diagnosticadas en nuestro laboratorio por citogenética de linfocitos de sangre periférica de pacientes recién nacidos. **Material y Métodos:** Se revisa la base de datos que registra el total de exámenes ingresados al Laboratorio de Citogenética, se estudian aquellos de pacientes recién nacidos, registrando servicio de origen, diagnóstico clínico y cariotipo. **Resultados:** Entre 2000 y 2009, se han procesado 1508 muestras de sangre periférica, para estudio del cariotipo, 345 correspondían a pacientes recién nacidos (22,8%). Las muestras de recién nacidos, fueron derivadas de la unidad de Neonatología del Hospital de Valdivia (56%), de otros servicios 49 exámenes y 101 exámenes (29%) de servicios externos a nuestro hospital. Los diagnósticos clínicos fueron en su mayoría, síndrome de Down (SD) (31,5%), malformaciones (19%) sospecha de cromosopatía diferente a SD (9,8%) otros (9,5%). Los resultados del cariotipo fueron informados normales en 178 casos, y 141 como anormales, los restantes no cumplieron requerimientos para diagnóstico. De los cariotipos anormales, 123 fueron numéricas con predominio de trisomía 21 en 96 casos, se diagnosticaron 18 anomalías estructurales, con 8 casos de traslocación y tres casos de deleciones. **Discusión y Conclusiones:** Destaca que los diagnósticos de derivación fueron en su mayoría, de alta sospecha de alteración cromosómica por el predominio de SD. En el resto, la mayoría son recién nacidos con malformaciones únicas o múltiples. Se consiguieron diagnóstico citogenético en 92% de las muestras. 40,8% fueron informados anormales con un predominio de 84% de anomalías numéricas, la mayoría trisomía 21. De las alteraciones estructurales predominan las traslocaciones, viéndose involucrados principalmente los cromosomas 13, 14 y 21.

MOSAICISMO DIPLOIDÍA/TRIPLOIDÍA QUE SIMULÓ SÍNDROME BECKWITH- WIEDEMANN

Aracena M¹, Lagos M², Córdova G¹, Lizama M¹, **Bancalari R¹**, Martínez A¹, Zúñiga N², De la Rosa E², Brito J².

¹Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El mosaicismo diploidía/ triploidía es una alteración cromosómica muy infrecuente que se caracteriza por retardo de crecimiento, déficit cognitivo, hipotonía muscular, clinodactilia, sindactilia, asimetría corporal, obesidad troncal y anomalías pigmentarias de piel. En el 75% de los casos el cariotipo en sangre periférica es normal y el diagnóstico se establece con cariograma en fibroblastos, por lo cual este diagnóstico suele hacerse tardíamente. Se reporta el primer caso clínico chileno con esta entidad. **Caso clínico:** Segunda hija de padres sanos, no consanguíneos, nacida de término, GEG, con peso 4.000 g y talla 55 cm. Al examen destacaba macroglosia, sindactilia, hemihipertofia derecha, manchas hiperpigmentadas lineales en tronco y extremidades. Cariotipo en sangre periférica fue 46,XX y en fibroblastos 69,XXX[29]/46,XX[8]. Debido a obstrucción de vía aérea se realizó glosectomía y traqueostomía, cariotipo en lengua confirmó el hallazgo en piel. El estudio de hipoglicemias mostró hiperinsulinismo sin lesiones en páncreas. En el seguimiento a 9 meses ha evolucionado con retraso del desarrollo, trastorno de deglución y alimentación por sonda nasointestinal. Ha logrado buen manejo glicémico con diazoxide. **Discusión:** La formación de embriones triploides se debe en la mayoría de los casos a la fertilización de un óvulo por dos espermatozoides (dispermia), quedando las células triploides con una doble contribución paterna. En mitosis posteriores a la fecundación, se puede haber perdido aleatoriamente en algunas células, un set haploide (rescate de triploidía completa). La hipoglicemia, manifestación clínica relevante en esta lactante, puede observarse en varios síndromes de sobrecrecimiento, entre ellos el Sd. Beckwith- Wiedeman que fue el diagnóstico inicialmente planteado. Este síndrome puede ser el resultado de distintos eventos moleculares genéticos y epigenéticos, incluyendo disomía paterna y metilación anormal de IGF2/H19, entre otras. Es muy probable que esta paciente tenga también un mosaico de células diploides y triploides en páncreas, y como consecuencia presentar células con disomía paterna lo que podría alterar la expresión de genes localizados en regiones cromosómicas sometidas a impronta genética, produciendo las manifestaciones clínicas ya descritas. El fenotipo de esta paciente es similar al descrito en la literatura, sin embargo, la hipoglicemia es una complicación infrecuentemente reportada.

SÍNDROME DE ATAXIA-TELANGIECTASIA: REPORTE DE UN CASO Y ESTUDIO DE FAMILIA

Bravo D¹, González A¹, Urbina M¹, Santander D¹, Figueroa H¹, Covarrubias N¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

La Ataxia-Telangiectasia es una enfermedad caracterizada por lesiones telangiectásicas junto con déficit de la función cerebelosa y nistagmus progresivas a lo largo del primer decenio de la vida. Clínicamente se caracteriza por ataxia de tronco y extremidades, disartria, arreflexia, defectos inmunitarios variables, hipersensibilidad a las radiaciones ionizantes, y tendencia al desarrollo de neoplasias (OMIM 208900). Su etiopatogenia parte de una alteración en la región cromosómica 11q22-23, generando una mutación en el gen ATM (ATM, o gen de la ataxia-telangiectasia), que normalmente codifica para una proteína-quinasa con funciones de señal intracelular que interviene en el control del ciclo celular, la recombinación del ADN, la apoptosis y otras respuestas celulares al daño del ADN. Es por ello que mutaciones a este nivel genera inestabilidad génica producto de la baja capacidad de reparar el ADN dañado, desencadenando todas sus manifestaciones clínicas. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de 3 hermanos con Ataxia-Telangiectasia con distintos grados de afectación neurológica, hijos de padres sanos no consanguíneos procedentes de la comunidad de La Calera. El mayor de ellos (17 años, masculino), presenta gran compromiso neurológico, con ataxia de la marcha y pérdida del equilibrio, nistagmus permanente, temblor de reposo y disartria que le ocasionan dependencia funcional. El segundo de los hermanos (13 años, femenina), presenta menor compromiso neurológico con respecto a su hermano mayor, con leve ataxia de la marcha. Ambos presentan marcada atrofia difusa del cerebelo, con cambios atróficos a nivel bulbar y dilatación del cuarto ventrículo. El menor de los hermanos no presenta compromiso neurológico clínicamente evidente, ni alteraciones estructurales a nivel del encéfalo. **Comentario:** La ataxia telangiectasia es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, de pronóstico reservado, donde las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a minimizar la exposición a agentes lesivos del DNA y a detectar precozmente la aparición de neoplasias, esperamos que este caso sirva de orientación para la comunidad pediátrica.

SÍNDROME DE CHARGE: SU MANEJO AGRESIVO PRECOZ MEJORA SU PRONÓSTICO

Budnik OI, Arteaga RJC.

Servicio de Pediatría Clínica Santa María, Universidad de Los Andes.

Introducción: El Síndrome de Charge (SC) es una genopatía, cuyas manifestaciones clínicas (en inglés) originan su nombre: coloboma ocular (Coloboma), defectos cardíacos (Heart defects), atresia de coanas (Atresia choanae), retraso en el crecimiento y del desarrollo (Retarded growth and development), hipoplasia genital (Genital hipoplasia) y sordera o anomalías del oído (Ear anomalies). Además pueden presentar disfunción rombocefálica (de tronco cerebral y pares craneales del III al XII) y disfunción hipotálamo-hipofisaria. La etiología del SC podría corresponder a una compleja neurocristopatía que ocurriría entre la 3ª y la 9ª semana de gestación. Su incidencia varía entre 1 en 8.500 a 10.000 recién nacidos vivos. No se ha encontrado predisposición étnica o en relación al sexo. La mortalidad es mayor en período neonatal y de lactantes. Los trastornos de deglución con riesgo de aspiración, contribuyen al aumento de morbimortalidad. Se asocian a peor sobrevida la presencia de atresia bilateral de coanas, cardiopatía congénita compleja y anomalías del sistema nervioso central. Por lo general el diagnóstico es prenatal o neonatal, dado las múltiples anomalías y dismorfias pesquisadas precozmente. **Objetivos:** Presentar caso clínico de paciente con SC. **Método:** Descripción del caso e imágenes. **Resultados:** Nace RNPT 36 semanas AEG, sexo masculino. Padres y tres hermanos sanos. Embarazo con sospecha de atresia esofágica por polihidroamnios y ausencia de bolsa gástrica. Se interrumpe a las 36 semanas por polihidroamnios severo. Requiere intubación inmediata por síndrome de distrés respiratorio secundario a atresia bilateral de coanas y paresia lingual. Presenta además parálisis facial derecha y malformación asimétrica de pabellones auriculares, mayor a izquierda. TAC y RNM confirman atresia de coanas realizándose corrección quirúrgica a los 3 días de vida. Evaluación genética plantea SC. Se tomó cariotipo y análisis citogenético para detección de alteraciones del gen CHD7. Ecocardiograma muestra ductus arterioso amplio con repercusión sistémica, requiriendo cierre quirúrgico. Evaluación oftalmológica descarta presencia de colobomas y evaluación con potenciales evocados auditivos resulta anormal (ausente a izquierda). Debido a trastorno de deglución por paresia lingual es sometido a gastrostomía. Por atelectasia masiva izquierda debido a broncomalasia severa requiere traqueostomía para manejo ventilatorio en domicilio. Permanece hospitalizado en la UCI neonatal por 140 días y tras la resolución de problemas críticos es dado de alta a domicilio con apoyo de Home Medical Care para continuar manejo de rehabilitación. **Conclusiones:** El SC en una patología infrecuente, que se debe sospechar frente a un neonato con atresia de coanas. Es vital detectar otras complicaciones asociadas cuyo manejo precoz mejoran la sobrevida.

SÍNDROME DE JOUBERT. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON BUENA EVOLUCIÓN

Covarrubias N¹, Santander D¹, Figueroa H¹, Bravo D¹, Urbina M¹, González A¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: El síndrome de Joubert (SJ) es una afección autosómica recesiva caracterizada por taquiplea neonatal episódica, anomalías oculomotoras (apraxia oculomotora, nistagmus, estrabismo), hipotonía desde el nacimiento con posterior aparición de ataxia, retardo madurativo, deficiencia mental y algunos rasgos faciales distintivos. [OMIM 213300]. Fue descrito por primera vez en 1969 por María Joubert y cols (Joubert et al. 1969) como “un síndrome de disgenesia familiar del vermis acompañado por hiperventilación, movimiento anormal de los ojos y retardo”. El SJ, se incluye actualmente entre los síndromes cerebelo-óculo-renales (sCOR) caracterizados por asociación variable de anomalías de cerebelo, ojo y riñón (Valente EM et al. 2003). **Objetivo:** Describir el desarrollo de un paciente con SJ con buena evolución: un niño de 3 años cuyo diagnóstico se efectuó a los 12 meses en quien se analizarán aspectos clínicos, evolutivos, genéticos y de diagnóstico por imágenes. **Caso clínico:** Segundo hijo de padres sanos de mediana edad, no consanguíneos, presentando durante embarazo síndrome hipertensivo y diabetes gestacional. Nace por parto vaginal. Peso al nacer de 3.500 g y perímetro cefálico de 35 cm. Test de Apgar de 9-10. Sospecha clínica se inicia alrededor de los 2 meses impresionando la excesiva desviación de la mirada a lateral asociado a retraso del desarrollo psicomotor sostenido y leve hipotonía. A los 10 meses se realiza Tomografía axial computarizada diagnosticando malformación de estructuras de fosa posterior. Se complementan estudios con resonancia magnética confirmando una severa hipoplasia del vermis cerebeloso (Joubert), mostrando el “signo del molar” y “alas de murciélago”, ambos patognomónicos de esta enfermedad, siendo derivado al Instituto Teletón. Ecotomografía renal y vesical muestra un probable sistema pielocaliciario doble en riñón derecho. Al examen físico presenta un aspecto dismórfico, con leve desviación de la mirada, posee fenotipo conductual risueño y agradable. A los 3 años logra marcha independiente sutilmente atáxica. En el último control paciente con adecuada interacción social, lenguaje gestual y comprensivo, combinando palabras. Actualmente se encuentra en control en el Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón. **Comentario:** El Síndrome de Joubert constituye todavía un desafío diagnóstico, siendo la malformación más frecuente de la fosa posterior después de los quistes aracnoideos, sin embargo, se cree que un número importante de casos queda sin diagnosticar, pudiéndose confundir con otras entidades clínicas. De allí la importancia de la pesquisa oportuna para una mejor evolución.

ENCEFALOPATÍA MITOCONDRIAL, ACIDOSIS LÁCTICA Y EPISODIOS “STROKE LIKE” (SÍNDROME DE MELAS), REPORTE DE UN CASO

Escobar P¹, Vega L¹, Selman E¹, Olivos A².

¹Unidad de Genética HGGB. ²Unidad de Neurología S.S. Arauco.

Introducción: El síndrome de MELAS, pertenece a un grupo de enfermedades mitocondriales de difícil diagnóstico y mal pronóstico. Es multisistémico y progresivo. Cuadro clínico caracterizado por miopatía, acidosis láctica, convulsiones, compromiso de conciencia, status migrañoso, vómitos, sordera y miocardiopatía. Herencia por línea materna. El diagnóstico se basa en historia clínica, biopsia muscular, estudio imagenológico y de mutación genética.

Cuadro clínico: Menor de 7 años, sexo femenino, segunda hija de padres jóvenes sanos, hermano de 8 años sano. Desde el nacimiento presenta vómitos cíclicos, retraso importante del desarrollo pondo-estatural y psicomotor, fatigabilidad fácil. Se descarta reflujo gastro-esofágico y problemas de deglución. Con 5 años 7 meses es evaluada por unidad de Genética. Cariograma: 46, XX, sin anomalías estructurales ni numéricas. Amino-acidemia/aminoaciduria, ácidos orgánicos en orina, biotinidasa, 17(OH)-progesterona y función tiroidea normales. Ecografía abdominal: eco refringencia renal bilateral alterada; ecocardiografía: miocardiopatía no compactada. En octubre 2008 presenta episodio de compromiso de conciencia, vómitos y convulsiones. RNM cerebral muestra infarto temporo-occipital derecho y lesiones lacunares antiguas. Estudio de la mutación: 84% de las mitocondrias con mutación A3243G. Presenta segundo infarto cerebral en abril 2009, del cual se encuentra en recuperación. **Comentarios:** El ADN mitocondrial es circular con 16000 pares de base. Codifica 37 genes para RNA de transferencia, subunidades de la cadena respiratoria y RNA ribosomal. En MELAS ocurre una mutación puntual, A3243G es la más frecuente. Codifica el RNA de transferencia para la leucina, alterándose la transcripción, traducción, elongación del polipéptido y la maduración enzimática lo que explica los síntomas de la enfermedad. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y en el estudio de la mutación. Las manifestaciones dependen de factores como la segregación mitótica, efecto umbral y heteroplasmia. El curso puede ser estacionario o rápidamente progresivo y letal. No hay tratamiento específico.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO EN 4 PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER

Escobar P¹, Vega L¹, Selman E¹, Torres C².

¹Unidad de Genética. ²Unidad de Endocrinología Servicio de Pediatría HGGB, Concepción.

Introducción: El síndrome de Turner (ST) se caracteriza por talla baja y ausencia de desarrollo puberal como consecuencia de un trastorno en uno de los cromosomas sexuales. Las causas del retraso del crecimiento son múltiples e incluyen alteraciones en la hormona del crecimiento (GH), factores insulino similares (IGF) y de su proteína transportadora (IGFBP-3). Numerosos estudios demuestran que la terapia con la GH aumenta la velocidad de crecimiento. Reportamos el resultado de un estudio realizado en 4 pacientes con ST. **Material y Métodos:** Se realiza estudio en 4 pacientes con ST confirmados con cariograma. A todas se les realizó Rx. de cuerpo, ecografía abdominal y ginecológica, medición de IGF y IGFBP-3 y de función tiroidea. Se administró GH 0,3mg/k/semana. Se realiza registro de talla inicial, a los 3, 6, 9, 12 meses post tratamiento. **Resultados:** De las 4 pacientes, dos son 45,X, una paciente 45X/46X+mar y una paciente 46,X,i(q10). Todas presentan CI normal. En 3 pacientes los valores de IGF y IGFBP-3 son bajos. La función tiroidea en todas fue normal. Sólo una de las pacientes presenta como factor asociado una insuficiencia aórtica. La ecografía abdominal resultó normal en todas ellas. En 3 pacientes en la ecografía ginecológica no se observan gonadas. La paciente con ST 46,X,i(q10), presenta desarrollo puberal espontáneo. Todas reciben terapia de sustitución hormonal. El promedio de aumento de la talla al cabo de un año de tratamiento fue de 8 cm. **Discusión:** El déficit de crecimiento en pacientes con ST obedece a múltiples factores, incluyendo déficit de GH, IGF y su proteína transportadora e involucra al gen localizado en la región pseudo-autosómica Xp 22,3. Muchos estudios han demostrado la utilidad del tratamiento con GH. El tratamiento es bien tolerado. Los efectos adversos incluyen intolerancia a carbohidratos, hipertensión endocraneana y reacciones locales. En nuestro estudio la talla final al cabo de 1 año de tratamiento, es en promedio 8 cm mayor a la inicial. El efecto es óptimo si se asocia a la terapia de sustitución hormonal.

SÍNDROME DE COSTELLO. REPORTE DE UN CASO

Figueroa H¹, Covarrubias N¹, Santander D¹, González A¹, Bravo D¹, Urbina M¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: El síndrome de Costello (SdC) es una enfermedad caracterizada por anomalías craneofaciales, retraso en el desarrollo psicomotor, piel redundante, y predisposición a múltiples anomalías (OMIM 218040). Fue descrito por primera vez por Costello en 1977 en dos niños no emparentados con un raro síndrome de múltiples anomalías congénitas con facie tosca característica, estatura baja, pliegues profundos en la piel, y dificultad severa para alimentarse. En la patogénesis de la enfermedad puede ocurrir una baja producción de tropelastina y proteínas microfibrilares, o una secreción y ensamble extracelular incorrecto de ellas. Las mutaciones de la línea germinal que están asociadas con el SdC principalmente involucran activación del proto-oncogén H-RAS, localizado en el cromosoma 11p15.5. Con el propósito de difundir los hallazgos encontrados a la comunidad de Pediatría, a continuación reportamos un caso de un niño con características clínicas de SdC. **Caso clínico:** Primer hijo de padres no con consanguíneos, controlado desde el primer mes de gestación, que cursó con síndrome hipertensivo del embarazo, tratada con metildopa desde los 4 meses. Nacimiento por cesárea a las 38 semanas de gestación, parto distócico por desproporción céfalo-pélvica. Al mes de vida se observó macrocefalia y aspecto dismórfico confirmado con Rx, por lo cual es derivado a Instituto Teletón. Un TAC a los 6 meses reveló parénquima cerebral dentro de límites normales para la edad. Examen citogenético de cariograma en sangre con bandeo GTG: 46XY. Al examen físico presenta facie tosca, piel laxa, pelo ralo, orejas de implantación baja, hipersecreción seromucosa en ambos tímpanos. Labios gruesos, hiperplasia gingival, macroglosia. Manos y pies grandes con pliegues aumentados. Hiperlaxitud articular, hipotonía axial. A los 4 años de edad mantenía talla baja para la edad y hablaba con problemas de dicción y se ayudaba por gestos para comunicarse. Actualmente, presenta retraso en el desarrollo psicomotor leve a moderado, encontrándose en estudio molecular en el Instituto Superior de Sanidad de Roma, Italia. **Comentario:** El SdC es una enfermedad extremadamente rara, que se puede confundir con otros síndromes como síndrome Noonan y Síndrome cardio-facio-cutáneo. Se estima que tiene una prevalencia no mayor a 300 casos a nivel mundial. El diagnóstico resulta todavía fundamentalmente clínico, y cuyo tratamiento actual es sintomático e interdisciplinario.

SÍNDROME DE MORQUIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

González A¹, Urbina M¹, Bravo D¹, Figueroa H¹, Covarrubias N¹, Santander D¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

El síndrome de Morquio (Mucopolisacaridosis tipo IV, OMIM 253000) es una enfermedad metabólica hereditaria, causada por el déficit de enzimas lisosomales, que produce una acumulación progresiva de glucosaminoglucanos en los tejidos. Su frecuencia es baja, con herencia autosómica recesiva, que se inicia entre el primero y el tercer año de vida. Los afectados presentan osteocondrodistrofia, clínicamente manifestada por lesiones epifisiarias generalizadas que se traducen en enanismo disarmónico, acortamiento de la columna vertebral, rasgos faciales toscos y anomalías esqueléticas y articulares. Su diagnóstico se centra en los hallazgos clínicos y la electroforesis bidimensional. No existe un tratamiento específico para esta patología, centrándose su manejo en la sintomatología a medida que aparece. Se presenta caso clínico de un paciente de 2 años de edad, varón, hijo de padres sanos no consanguíneos, ambos procedentes de Ovalle. Se pesquisó inicialmente por presentar retardo global del desarrollo psicomotor a partir de los 9 meses de vida, con rasgos dismórficos, no presentando evidencias clínicas ni radiográficas de osteocondrodistrofia. Fue evaluado por neurólogo, quien lo deriva al INTA, donde se realiza screening de mucopolisacáridos en orina a la edad de 1 año 8 meses, compatible con diagnóstico de mucopolisacaridosis IVa o IVb. Aún no se ha realizado el estudio molecular confirmatorio. Nuestro objetivo al presentar este caso, es destacar el diagnóstico precoz en este paciente, lo cual constituiría un factor clave para intervenir en la progresión de la enfermedad.

SÍNDROME ARTROGRIPOSIS, ACIDOSIS TUBULAR RENAL, COLESTASIA (ARC): PATOLOGÍA HEREDITARIA INFRECUENTE Y OMINOSA

Mediavilla M^{1,2}, Krause E¹, Olavarría F¹, Burgos R².

¹Instituto de Pediatría, Universidad Austral de Chile, ²Servicio de Pediatría, Hospital Regional Valdivia (HRV).

Introducción: El síndrome ARC (Artrogriposis - acidosis tubular renal - colestasia) o de Lutz-Richner Landolt es una patología genética infrecuente, de mal pronóstico, y de diagnóstico clínico, que fue reportada en 1973. La base genética para este síndrome no está totalmente clara. Se plantea herencia autosómica recesiva, probablemente atribuida a una mutación en VPS33B localizado en el cromosoma 15q26.1. **Objetivo:** Reportar el primer caso diagnosticado en HRV. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, con displasia congénita de cadera bilateral y pie bot bilateral. En control al mes de vida se pesquió enflaquecida e ictericia. Se hospitalizó para estudio. Al examen presentaba hipotonía, ictericia, leve deshidratación, sin visceromegalias, con pies en balancín. De exámenes destacó hiperbilirrubinemia de predominio directo, con función hepática y renal normal. Cariograma normal. Ecografía abdominal y cintigrafía hepatobiliar sugerentes de atresia de vía biliar. Se realizó cirugía que evidenció hipoplasia y atresia de vía biliar intra y extrahepática, compatible con resultados de biopsia hepática. Del punto de vista metabólico, la paciente presentó acidosis metabólica hiperclorémica, con pH urinario que fluctuó entre 6 y 7. El estudio de Gap aniónico urinario resultó positivo, planteándose acidosis tubular tipo I. La presencia de glucosuria con glicemias normales y proteinuria confirmó un trastorno tubular proximal agregado. Se mantuvo con glucosuria y proteinuria. Cursó con infección respiratoria intercurrente y posteriormente tuvo peaks febriles sin clara etiología. Se manejó con ácido ursodeoxicólico, vitaminas, bicarbonato oral, y fórmula láctea enriquecida, a pesar de lo cual no logró ascenso ponderal adecuado. Al examen persistió piel con ictericia e importante xerosis. Se dió de alta a domicilio falleciendo a los tres meses de edad. **Comentario:** Los tres pilares diagnósticos de este síndrome son artrogriposis, colestasia, y disfunción tubular renal. Además, pobre ascenso ponderal. Todos estos aspectos los presentó nuestra paciente. ARC presenta gran variabilidad clínica. Se describe eventual asociación con macroplaquetas, ictiosis, síndrome febril, atrofia muscular neurogénica, sordera, y malformación cerebral. La muerte ocurre en la mayoría de los casos en el primer año de vida secundaria a sepsis severa, deshidratación, y acidosis. Es importante el reconocimiento de este síndrome, para un manejo integral y consejo genético.

SÍNDROME DE PERLMAN, REPORTE DE UN CASO CON SOBRECRECIMIENTO

Lacourt P¹, Lay-Son G^{1,2,3}, Karime RH¹.

¹Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, ²Hospital Luis Calvo Mackenna, ³Centro de Genética Humana, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los síndromes de sobrecrecimiento (SSC) son un variado grupo de patologías, con peso, talla y perímetro craneano sobre el percentil 97 para sexo y edad. Se presenta un niño con síndrome de Perlman (SP), un tipo de SSC caracterizado por: macrosomía fetal, polihidramnios (PHA), características faciales distintivas, hipotonía abdominal, nefromegalia bilateral con nefroblastomatosis y predisposición a tumor de Wilms (TW). **Caso clínico:** Lactante masculino de 1 año y 4 meses, con diagnóstico prenatal de PHA, nefromegalia bilateral y observación de riñón poliúístico izquierdo. Nace a las 32 semanas de gestación con peso de nacimiento de 4.180 g (> p 97), longitud de 53 cm (> p 97) y perímetro craneano de 34 cm (> p 97). Se constata hipotonía axial, abdomen distendido, hepatomegalia y nefromegalia bilateral. Se demuestra colección perirrenal izquierda, hiperecogenicidad y pérdida de diferenciación del parénquima. Se realiza nefrectomía izquierda por hemorragia renal con obstrucción pieloureteral severa. Biopsia muestra: riñón de 10x5x3cm, nodular con extensas hemorragias corticales y restos nefrogénicos identificables. En la evolución destaca: hipotónico con facies redonda, ojos hundidos, puente nasal bajo, labio superior con forma de V invertida, mejillas llenas y micrognatia. Además, con hipoplasia de músculos abdominales, hígado 3 cm bajo reborde costal y genitales normales. Cariograma 46,XY, exámenes hormonales normales. Nueva ecografía muestra hepatomegalia, riñón derecho de 8,9 cm con distorsión de la arquitectura y heterogeneidad de la cortical compatible con riñón poliúístico. Último control al 1 año y 4 meses tiene 16,4 kg y 85 cm (ambos > p 97). **Discusión:** El SP es un SSC, al igual que el síndrome de Beckwith-Wiedemann, con el cual comparte el PHA, la macrosomía y organomegalia, incluyendo la predisposición a TW. Se distinguen por las facies diferentes, además de macroglosia, marcas en las orejas y hernia umbilical/onfalocele no encontradas en SP. Las bases moleculares del SP se desconocen, tiene una herencia autosómica recesiva y sólo se han sido descritos 28 casos en la literatura, apareciendo TW en el 32% de los casos y en promedio antes de los 19 meses. Su diagnóstico se basa en la clínica y la histología renal. La importancia de identificar este grupo de patologías radica en la búsqueda dirigida de la patología asociada y el tratamiento oportuno de ellas.

ANÁLISIS MOLECULAR DEL GEN PTPN11 EN NIÑOS CHILENOS CON SÍNDROME DE NOONAN

Lagos M, Mellado C, Romeo E, Aracena M, Repetto G, Cortés F, Aravena T, Poggi H.
Departamentos de Laboratorios Clínicos y Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El síndrome de Noonan (SN) (OMIH 163950) es un desorden autosómico dominante con una incidencia estimada entre 1: 1.000 y 1: 2.500 RN vivos, que se caracteriza principalmente por talla baja, dismorfias faciales y defectos cardíacos congénitos, además de cuello alado, deformidad torácica, criptorquidea, diátesis sanguínea y retraso mental leve. El SN es un desorden genéticamente heterogéneo, al cual se han asociado mutaciones en los genes PTPN11 (protein-tyrosine phosphatase, nonreceptor-type 11 que codifica para SHP-2), KRAS, SOS1 y RAF1. En 33-50% de los pacientes con SN se han encontrado alteraciones en el gen PTPN11, de las cuales la mayoría (70%) se encuentran en los exones 3, 8 y 13. En el gen KRAS se han reportado mutaciones en menos de un 5% de los pacientes, en 10-13% en el gen SOS1 y entre un 3-17% en el gen RAF1. **Objetivo:** Estudiar el gen PTPN11 en 15 pacientes clínicamente diagnosticados con SN por secuenciación de toda la región codificante de este gen, es decir, los 15 exones y sus regiones de unión exón-intrón. **Resultados:** En 4 de los 15 pacientes (27%) se identificaron 4 mutaciones diferentes, todas ellas de sentido erróneo (missense). Dos de las mutaciones (Y62D y D106A) se encontraron en el dominio N-SH2 del exón 3, una en el exón 7 (L284R) y una en el exón 13 (M504V) en el dominio PTP. **Discusión:** De las mutaciones identificadas, tres habían sido previamente descritas como patogénicas y una corresponde a una mutación nueva, no reportada, pero que por su ubicación (exónica) y características (cambio de aminoácido) es altamente probable que sea patogénica. Estas alteraciones no fueron encontradas en ninguno de los progenitores de 3 de los pacientes con mutaciones conocidas, el estudio a los progenitores del paciente con la mutación no descrita está pendiente. **Conclusión:** Estos resultados permiten establecer que mutaciones en el gen PTPN11 son responsables del desarrollo de síndrome de Noonan en pacientes chilenos, en un porcentaje de casos similar a lo descrito en otras poblaciones. La identificación de la alteración genética es importante para confirmar el diagnóstico y para una adecuada asesoría genética.

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE ANEUPLOIDÍAS DE LOS CROMOSOMAS 13, 18, 21 Y SEXUALES EN LÍQUIDO AMNIÓTICO Y EN SANGRE PERIFÉRICA DE RECIÉN NACIDOS UTILIZANDO TÉCNICA DE FISH Y PCR FLUORESCENTE

Lagos M, Aranís F, Mella G, Romeo E, Abarca M, Solari S, Poggi H.
Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El cariotipo es el método "gold standard" en el diagnóstico de alteraciones numéricas de los cromosomas, sin embargo, el tiempo de respuesta puede resultar prolongado en situaciones clínicas como en el diagnóstico neonatal de trisomías 13 y 18, en que se requiere obtener resultados con rapidez. Hoy están disponibles metodologías rápidas para el diagnóstico molecular como la hibridación in situ fluorescente (FISH) y el PCR cuantitativo fluorescente (QF-PCR). **Objetivo:** Evaluar las técnicas de FISH y QF-PCR para el diagnóstico prenatal y neonatal de aneuploidías de los cromosomas 13, 18, 21 y sexuales. **Materiales y Métodos:** Se recolectaron muestras de líquido amniótico (500 uL para el QF-PCR y 2,5 mL para el FISH) y sangre periférica (200 uL para QF-PCR) con las siguientes alteraciones cromosómicas: trisomía 13 (2), trisomía 18 (7), trisomía 21 (2), 47,XXY (2), 45,X (1) y 46,XY (1). Para el FISH se utilizaron reactivos Aneuvysion (Vysis) con sondas para los cromosomas 13, 18, 21 y sexuales. En el QF-PCR se analizó el ADN extraído por método comercial (Qiagen) y se utilizaron reactivos Aneufast (Molgentix) para el análisis de 4 regiones polimórficas (STR) por cada cromosoma estudiado, en equipo de electroforesis capilar. **Resultados:** Se analizaron 14 muestras por QF-PCR, obteniéndose una concordancia de un 100% respecto del cariotipo. La heterocigosidad de los distintos loci fluctuó entre el 40% y el 100%, encontrándose informativos aproximadamente 3 de cada 4 de los loci de cada cromosoma analizado. El volumen y calidad de la muestra fue en todos los casos suficiente para el análisis. El tiempo promedio desde la llegada de la muestra hasta la obtención del resultado fue de 5 horas. Para el análisis por FISH se obtuvo suficiente volumen en sólo 5 muestras, de las cuales en 3 se obtuvieron resultados concordantes con el cariotipo. En las 2 muestras en que no se obtuvo resultado, se observó baja celularidad y señales inespecíficas. El tiempo de respuesta en este caso oscila alrededor de 24 horas. **Conclusiones:** Ambas tecnologías evaluadas permiten la obtención de resultados confiables en un período de tiempo que responde a los requerimientos clínicos en el diagnóstico prenatal y neonatal de trisomías 13, 18, 21 y de aneuploidías de cromosomas sexuales. Sin embargo, la técnica de QF-PCR resultó más apropiada para el uso en nuestro laboratorio, ya que necesita menos muestra, es más fácil de implementar, y se obtienen resultados más fáciles de interpretar.

EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DE SOBRECRECIMIENTO INFRECUENTES

Lay-Son G^{1,2}, Astete C¹, Aracena M¹.

¹Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna; ²Centro de Genética Humana, Facultad de Medicina-Clinica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los síndromes de sobrecrecimiento (SSC) son un grupo muy heterogéneo de patologías de inicio pre o postnatal, cuya principal característica es que el peso, talla, y/o perímetro cefálico, están sobre el percentil 97 para el sexo y la edad. Los SSC pueden ser generalizados o bien localizados a un segmento corporal. Aunque, la etiopatogenia no es muy bien comprendida en la mayoría de los casos, habría una desregulación de los mecanismos de control del crecimiento celular, lo que explicaría la predisposición para desarrollar neoplasias. Los síndromes de Sotos (SS) y Beckwith-Wiedemann (BWS) son los más comunes, sin embargo, existen condiciones menos conocidas donde los pacientes se beneficiarían con una correcta aproximación diagnóstica. **Materiales y Métodos:** Se revisaron las fichas clínicas y se extrajeron los datos de pacientes que presentan diferentes SSC, los cuales fueron evaluados por los médicos genetistas de la Unidad de Genética del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Se excluyeron los pacientes con SS y BWS. Se comparan las semejanzas y diferencias entre los pacientes y se postula el diagnóstico sindromático más probable en cada uno de ellos. **Casos clínicos:** Se muestran 5 casos de SSC de inicio prenatal. Los pacientes presentaban además hipotonía, RDSM/RM, dismorfias faciales distintivas y/o algunas malformaciones asociadas, en base a las cuales se plantearon los diagnósticos sindromáticos. Se comentan los casos de pacientes con Síndromes de Simpson-Golabi-Behmel, Marshall-Smith, Weaver y Bannayan-Riley-Ruvalcaba. En este último paciente, el diagnóstico etiológico permitió pesquisar nódulos tiroideos precozmente. **Discusión:** Los SSC son poco frecuentes donde el diagnóstico es eminentemente clínico. Entre ellos existe una sobreposición de características clínicas, por lo que, en ocasiones resulta muy difícil establecer el diagnóstico. No obstante, es importante tratar de reconocer y diferenciar este tipo de condiciones, tanto para un adecuado consejo genético como para instaurar una pauta de supervisión médica y seguimiento debido a la predisposición a desarrollar distintos tipos de tumores.

ESPECTRO CLÍNICO DE LA MICRODELECIÓN 22Q11: UN ESTUDIO DE 208 PACIENTES CHILENOS

Lay-Son G^{1,2,3}, Guzmán ML¹, Puga A¹, Calderón JF¹, Astete C³, Aracena M³, Arriaza M⁴, Aravena T⁵, Palomares M^{3,6}, Sanz P⁷, Repetto G^{1,2}.

¹Centro de Genética Humana, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo; ²Hospital Padre Hurtado; ³Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago; ⁴Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar; ⁵Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río; ⁶Fundación Gantz; ⁷Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La microdelección 22q11 (del22q) es el síndrome por microdelección más común con una incidencia de 1/4.000-1/7.000 nacidos vivos. Hay un amplio espectro de manifestaciones entre los afectados, incluyendo: cardiopatía congénita (CC) conotruncal, anomalías del paladar, hipocalcemia, aplasia/hipoplasia del timo, trastornos de aprendizaje junto con dismorfias faciales distintivas. Esta variabilidad ha sido refrendada con grandes series de pacientes, siendo escaso el conocimiento de las características de los pacientes en Latinoamérica. En este estudio, se describen las manifestaciones clínicas en un grupo de pacientes chilenos y se compara con estudios internacionales. **Material y Métodos:** Se reclutaron pacientes con del22q acreditados con FISH desde cinco centros hospitalarios de Santiago y Viña del Mar. Se diseñó una base de datos con la información clínica recolectada por genetistas clínicos y complementados con revisión de las fichas clínicas. Se comparó con series similares de pacientes de Europa, Japón y EEUU, mediante test exacto de Fisher o test de Student (p value $< 0,05$). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v12.0. Se utilizó un consentimiento informado aprobado en los comités de ética respectivos. **Resultados:** Se enrolaron 208 casos de del22q FISH (+), 48,5% de sexo masculino, con edad al diagnóstico de 5,2 años en promedio (rango de 0 a 39 años) y mediana de 2,3 años. De ellos: 59,6% tuvo una CC comparado con 75,8% del total de casos en 6 series extranjeras (p value $< 0,05$, test exacto de Fisher), mientras que un 79,1% presentaba anomalías palatinas comparado con 56,7% del total de casos de las 5 series que lo incluyen (p value $< 0,05$, test exacto de Fisher). Hipocalcemia se corroboró en 35% de los casos estudiados con calcio sérico (29/121), mientras que un retraso mental leve a moderado se documentó en un 48,9% de los casos estudiados con un test psicométrico (45/92). Lo último es similar al 44,6% (107/240) conjunto de 3 trabajos que evaluaron el nivel intelectual (p value 0,076, test exacto de Fisher). **Discusión:** La menor proporción de CC y la mayor proporción de anomalías palatinas en nuestro grupo respecto a estudios internacionales anteriores, puede deberse a un aumento progresivo en la sospecha e identificación del grupo de pacientes sin CC y en la mayor disponibilidad del FISH22q11. No obstante, pueden influir factores modificadores no conocidos propios de nuestra población. Financiado por Proyecto Fondecyt 1061051.

ENFERMEDAD DE GAUCHER EN LATINOAMERICA: UN REPORTE DEL REGISTRO INTERNACIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GAUCHER (ICGG)

Linares A, Martins AM, Cabello F, Drelichman G, Kohan R, Marcelo K.

En representación del Registry Gaucher - Grupo LatinoAmerica para Enfermedad Gaucher (GR-GLAEG). Brasil, Argentina, Colombia, Venezuela, Chile, Perú, Costa Rica, Panamá, Bolivia, Uruguay, Ecuador, México, República Dominicana, Guatemala.

Introducción: El registro de Gaucher del ICGG es una herramienta para la evaluación de la historia natural, recopila datos de pacientes para proveer a la comunidad médica de un recurso para el seguimiento de la Enfermedad de Gaucher (EG), independiente de si están o no en tratamiento con terapia de reemplazo enzimático (TRE) y contribuir a optimizar el cuidado de los pacientes. Establecido en 1991, el Registro de Gaucher del ICGG recibe dirección científica de un grupo internacional independiente de médicos expertos en EG. **Objetivo:** Hacer una descripción del estado actual de la EG en Latinoamérica. **Metodología:** Se hizo una revisión retrospectiva de los datos a Dic de 2008. **Resultados:** Ochocientos quince pacientes han ingresado al registro. La distribución por sexo muestra un predominio de mujeres 479 (59%), quinientos cinco pacientes (66%) han sido diagnosticados antes de los 20 años, 734 pacientes (95%) tienen enfermedad tipo 1, 10 pacientes (1%) tipo 2 y 31 pacientes (4%) tipo 3. (El cuidado de los pacientes en Latinoamérica esta a cargo de los hematólogos en 61% de los pacientes, de pediatras 17%, por medicina interna 8%, genética 4% y por otras especialidades el 10% de los pacientes. Los países con el mayor número de pacientes son Brasil 529 (65%), Argentina 122 (15%) y Colombia 79 (9,7%). La población de la región es importante desde el punto de vista epidemiológico ya que la gran mayoría no tiene ancestros judíos (1). Se conoce el genotipo de 361 pacientes (47,6%), los más frecuentes son N370S/alelo raro (27%), N370S/L444P (26%), sólo 11% fueron homocigotos para N370S. Hay datos de compromiso óseo de 549 pacientes, de ellos el 91% tienen afección ósea, los hallazgos más frecuentes son infiltración medular y deformidad de Erlenmeyer. Hay 725 pacientes (89%) en TRE, la dosis promedio inicial fue de 30 u/kg, en el 50% de los pacientes, en el seguimiento al quinto año 61% de los pacientes se encuentran recibiendo esta dosis. El seguimiento hematológico para los pacientes en TRE ha mostrado normalización de los valores de hemoglobina después de un año de tratamiento, los valores de plaquetas se han normalizado después de 2 años de terapia. La reducción de las visceromegalias se logra hacia el quinto año de tratamiento. **Conclusiones:** Para la EG y otras enfermedades huérfanas, un registro longitudinal internacional, constituye un instrumento para conocer la historia natural de la enfermedad y los efectos a largo plazo.

CITOGENÉTICA MOLECULAR (FISH), COMO COMPLEMENTO AL ESTUDIO DE LEUCEMIAS. HOSPITAL DE VALDIVIA

Lincopán A¹, Arroyo P¹, Barraza X².

¹Tecnólogo Médico, ²Médico Genetista. Laboratorio Citogenética. Hospital Clínico Regional Valdivia.

Introducción: La técnica de hibridación *in situ* con fluorescencia (FISH) permite la identificación de cromosomas o regiones cromosómicas a través de la utilización de sondas de secuencias específicas marcadas con fluorocromos. Esta técnica ha permitido mejorar la sensibilidad de la detección de alteraciones cromosómicas en muestras de médula ósea de pacientes portadores de leucemia y otras alteraciones hematológicas. **Material y Métodos:** Se realizó la técnica de cariograma estándar de los cultivos celulares directos y a las 24 horas, con bandeado G. Las muestras se seleccionaron para completar el estudio con citogenética molecular en casos de: a) bajo recuento de metafases; b) alta sospecha de translocaciones específicas o c) diagnóstico de leucemia infantil o secundaria. **Resultados:** En el período de Enero de 2008 a Agosto de 2009, se han procesado 160 muestras de médula ósea, 2/3 corresponden a pacientes adultos. Los diagnósticos clínicos con que se derivaron las muestras se distribuyeron en 65 leucemias agudas, 35 leucemias mieloide crónicas y otras alteraciones hematológicas. De estas muestras 27 fueron evaluadas con técnica de FISH. Los grupos mayoritarios fueron: 16 estudios con sonda para el gen BCR, en 5 para el gen MLL, también se utilizó otras sondas como ETO/AML1, PML/RARA, TCF3 y CBF3. Las indicaciones fueron: 4 por metafases insuficiente, 12 para confirmación de alteración detectada por citogenética o biología molecular y las restantes para evaluar aberraciones complejas. Sólo para 1 muestra se consideró que técnicamente no se podía entregar informe. Del resto de las muestras 9 fueron casos negativos para el defecto estudiado y confirmatorio en las restantes 17. **Discusión y Conclusiones:** Se presenta la experiencia de la utilización de la citogenética molecular como estudio complementario en la caracterización citogenética de leucemias en pacientes adultos y pediátricos. Aunque es una experiencia inicial, confirma la utilidad de contar con estas técnicas para aumentar la sensibilidad del diagnóstico de alteraciones citogenéticas, que son de alto valor pronóstico en los pacientes con leucemia.

PRUNE BELLY ASOCIADO A SÍNDROME DE TURNER: REPORTE DE UN CASO

Lizama M, Ibarra X, Aglony M, Karime RH, Corral E, Moreno R, Aracena M.

Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Regional de Rancagua, Chile.

Introducción: El sd. de Prune Belly se caracteriza por alteraciones de la musculatura abdominal y del tracto urinario, acompañado de criptorquidia en varones. Su incidencia es 1: 35.000 a 1: 50.000 y es muy infrecuente en niñas. Se postulan diversas causas tales como presencia de valvas uretrales, alteración generalizada del mesoderma o una secuencia de malformaciones de causa inespecífica y que puede ocurrir en diversos síndromes de aneuploidía. El sd. de Turner, por otro lado, afecta a 1 de cada 2.500 niñas, en cuyo fenotipo no se describen anomalías de la pared abdominal. **Paciente:** primera hija de padres jóvenes, sanos. A las 21 semanas de embarazo se detecta hígroma quístico, hidrotórax y ascitis, por lo que se realizó cordocentesis, cariotipo: 45,X. Evolucionó con polihidramnios que requirió de amniodrenaje (2.600 ml) por síntomas de parto prematuro. Nace a las 38 semanas con 4.300 g y 46 cm, hidrops fetal, ascitis gigante, linfedema de las 4 extremidades, cuello alado, pectum excavatum, genitales femeninos sin alteraciones y presión arterial en rango normal. Evolucionó con síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido secundario a hipoplasia pulmonar por ascenso diafragmático secundario a ascitis. Al disminuir el edema se evidencia abdomen redundante, sin musculatura abdominal aparente, con aspecto de abdomen en ciruela pasa. Los estudios mostraron función renal normal, riñón en herradura con atrofia del riñón izquierdo, sin dilatación del sistema excretor y vejiga normal. La cintigrafía renal estática con DMSA reveló exclusión del riñón izquierdo. Las hormonas tiroideas fueron normales y no se detectó material genético derivado de las regiones del cromosoma Y estudiadas (SRY, TSPY, DYZ3). El ecocardiograma mostró kinking de aorta, sin coartación y ductus arterioso persistente mínimo. Durante el seguimiento a un año, la niña ha evolucionado con talla baja, con adecuado desarrollo cognitivo, pero retraso en su desarrollo motor, principalmente secundario a su anomalía de pared abdominal. **Discusión:** Se reporta la coexistencia inusual de hallazgos clínicos de Sd. Prune Belly en una niña con Síndrome de Turner. Se sugiere que el escaso o nulo desarrollo de la pared abdominal y laxitud de ésta son un fenómeno secundario, siendo el evento primario en esta paciente la marcada distensión abdominal debido a su ascitis precoz.

EVALUACIÓN DE MUTACIONES EN LOS GENES GJB2 Y GJB6 EN PACIENTES CHILENOS CON SORDERA CONGÉNITA IDENTIFICADOS MEDIANTE SCREENING NEONATAL

López G¹, Puga A¹, Pittaluga E², Bustamante L², Repetto G¹.

¹Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, ²Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.

La hipoacusia prelingual tiene una incidencia de 1-3/1.000 recién nacidos. La mitad de los casos se atribuye a causas genéticas, tanto sindrómicas como no-sindrómicas. Estas últimas comprenden el 70%, siendo más frecuentes las autosómicas recesivas por mutaciones en el gen GJB2, responsables del 25-30% de los casos. Además, más de un 50% de los heterocigotos para mutaciones en GJB2 portan una delección de 309Kb en el gen GJB6 y, se ha identificado que un 25,5% de pacientes españoles presentan otra delección en el mismo gen, de 232Kb. GJB2 y GJB6 están localizados en el locus DFNB1 del cromosoma 13 y codifican 2 proteínas de membrana, conexina 26 y 30 respectivamente, que forman uniones "gap junction" que reciclan potasio en la cóclea, permitiendo la transducción del sonido. Las causas genéticas de la sordera prelingual en nuestra población son desconocidas. **Objetivo:** Determinar la presencia de mutaciones de los genes GJB2 y GJB6 en pacientes chilenos diagnosticados con sordera congénita en el Hospital Sótero del Río mediante screening neonatal universal de emisiones otoacústicas, seguido de potenciales evocados auditivos automatizados. **Material y Métodos:** Evaluamos a 8 pacientes con hipoacusia congénita neurosensorial (HNS) de los cuales 3 casos eran moderados y 5 profundos. Se extrajo ADN genómico de hisopado de mucosa bucal y se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para identificar la mutación 35delG en GJB2, seguida de secuenciación de los exones 1 y 2 y los bordes intrón-exón de este gen, y PCR para las 2 delecciones del gen GJB6. Encontramos 2 mutaciones conocidas, una potencial mutación nueva y dos polimorfismos en los 16 alelos estudiados. Dos pacientes eran heterocigotos para la mutación 35delG en GJB2, ambos tenían HSN bilateral profunda. Otros 2 pacientes eran heterocigotos para el polimorfismo V27I; uno estaba acompañado por la variante p.A148A (c 444 C > A). El primero tenía HSN bilateral moderada y el segundo profunda. Finalmente, un paciente con HSN moderada fue heterocigoto para una mutación nunca antes descrita (g 4.360 C > T) en el intrón 1 de GJB2. No se identificaron mutaciones en GJB6. **Conclusiones y Discusión:** En este grupo pequeño de pacientes, la frecuencia de la mutación 35delG fue menor a la mundial. Ninguno de los pacientes tuvo delecciones en GJB6. Es importante estudiar a más pacientes, para determinar el rol de las mutaciones de GJB2 y GJB6 en HSN congénita de pacientes chilenos. Financiado por el Depto Científico-Docente de Clínica Alemana.

CAUSAS CROMOSÓMICAS DE HOLOPROSENCEFALIA ADEMÁS DE LA TRISOMÍA 13. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO OPORTUNO

Melo C, Passalacqua C, Daher V, Tobella L, Salazar S, Castillo S, Sanz P. Laboratorio Citogenética. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La holoprosencefalia es una anomalía estructural del cerebro en la cual no se produce la división del prosencéfalo durante la etapa embrionaria. La mayoría de los casos presentan alteraciones del fenotipo y retraso mental, que varían según la gravedad de la malformación (alobar, semilobar y lobar). Su origen obedece a diversas causas y dentro de las etiologías genéticas un tercio corresponde a alteraciones cromosómicas. El cariograma es el examen de elección para el estudio de estas alteraciones. **Material y Método:** Se analizan casos derivados por holoprosencefalia que fueron pesquisados en la ecografía prenatal. Se realizó cariograma en líquido amniótico o en muestra de sangre del recién nacido. (según corresponda). En un caso se solicitó cariograma con bandeado de alta resolución en muestra de sangre del paciente y de sus padres. Se realiza una revisión bibliográfica de las etiologías genéticas. **Resultados:** Se describen los diagnósticos del estudio citogenético que reveló la presencia de trisomía 13 en la mayoría de los casos, delección parcial del cromosoma 21 en un caso y cariograma normal en otro caso. Se comenta la bibliografía al respecto. **Discusión:** El diagnóstico de holoprosencefalia generalmente se realiza mediante la ecografía prenatal. Entre las causas cromosómicas de holoprosencefalia, la alteración numérica más frecuente es la trisomía 13, en cuanto a las alteraciones estructurales lo más habitual corresponde a delecciones y duplicaciones en los cromosomas 13, 18, 7, 3, 2 y 21. La monosomía parcial 21 en la mayoría de los casos se debe a un reordenamiento cromosómico de origen parental, por lo cual es importante realizar un estudio citogenético a los progenitores, incluso con técnicas que poseen mayor especificidad como la hibridación *in situ* con fluorescencia. **Conclusiones:** Determinar el origen cromosómico de esta malformación es de gran relevancia para el manejo del embarazo y del recién nacido, así como en el pronóstico vital del paciente y para otorgar consejería genética a los padres, sobre todo considerando el contexto de una alteración letal como es la trisomía 13. En cariograma realizado oportunamente proporciona información trascendental en el estudio etiológico y su resultado es fundamental en la toma de decisiones.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MORBIMORTALIDAD DEL SÍNDROME DOWN: ESTUDIO LOCAL DE 10 AÑOS

Mercado C¹, Guzmán ML², McNab ME³, Repetto G⁴.

¹Becada pediatría Universidad del Desarrollo, ²E.U. Unidad Genética Hospital Padre Hurtado, ³Interna Facultad Medicina UDD, ⁴Genetista Unidad Genética Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El sd. Down es la alteración cromosómica viable más frecuente del recién nacido y la principal causa de retraso mental en la infancia, con una prevalencia histórica de 1: 600 - 1: 800 RN vivos, la cual se ha visto aumentada en los últimos años concomitante al aumento de la edad materna. **Objetivos:** 1) determinar la prevalencia de Sd Down en nuestro hospital desde Noviembre 1998 a Diciembre de 2008; 2) realizar un análisis de las principales comorbilidades asociadas a este síndrome; 3) determinar la mortalidad y su asociación con la presencia de cardiopatía congénita. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de fichas clínicas. Se incluyeron la totalidad de pacientes con diagnóstico de sd. Down nacidos en el Hospital Padre Hurtado entre Noviembre de 1998 a Diciembre 2008. Se registraron los antecedentes perinatales y comorbilidades asociadas. **Resultados:** Se incluyeron 141 pacientes con sd. Down, 60,3% confirmados con cariograma, todos con trisomía 21. La prevalencia fue 1:447 recién nacidos vivos y el promedio de la edad materna fue 33 años. El diagnóstico prenatal se realizó en el 9,2% de las pacientes. Dentro de los antecedentes perinatales destaca que un 42,6% de los partos fueron cesarea, un 24,8% fue prematuros, un 27,7% PEG, y un 83,7% requirió hospitalización en la unidad de neonatología. 74,1% de los pacientes tenían cardiopatías congénitas, siendo las más frecuentes CIA, Canal AV y CIV, mientras que malformaciones gastrointestinales fueron diagnosticadas en 12,8% de los pacientes. 59,6% presentaron morbilidad respiratoria crónica e hipotiroidismo 28,4%. La mortalidad global fue de 13,5%, siendo la causa más frecuente (36,8%) la infección grave, seguida por las complicaciones derivadas de la cardiopatía (31,6%). Un 57,9% de los fallecidos eran menores de un año y el 78,9% presentaban cardiopatía. **Discusión:** La prevalencia de sd. Down en este centro es mayor que lo publicado internacionalmente, pero similar otros reportes nacionales y latinoamericanos. El diagnóstico prenatal no alcanza el 10%, debido al control obstétrico casi exclusivo en atención primaria de salud. La presencia de morbilidades asociadas es frecuente, con una alta demanda de atención terciaria. La mortalidad de este grupo es similar a reportes internacionales, siendo las cardiopatías congénitas la morbilidad asociada más frecuente.

CARACTERÍSTICAS GENÉTICO POBLACIONALES EN RELACIÓN AL SÍNDROME DOWN EN EL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Moreno SR^{1,2}, Sepúlveda SA³, Ojeda BME¹.

¹Hospital Regional Rancagua, ²Hospital Exequiel González Cortés y Programa Genética Humana-ICBM, Universidad de Chile e ³Interna Medicina Universidad Diego Portales.

Introducción: El Hospital Regional Rancagua (HRR) tiene un registro de 12 años de las malformaciones según el sistema caso-control del Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), la cual usaremos, para evaluar características genético poblacionales de esta población con alta prevalencia de síndrome Down (SD), como parte del proyecto SOCHIPE P200806. **Material y Métodos:** En el período 2000-2005, nacieron 28.908 RN con 1252 malformados (MF = 4,3%) y 81 son casos SD, se comparan el riesgo de tener familiares con SD, en MF y controles (C), y de consanguinidad en porcentaje y con coeficiente alfa. Se comparan las diferencias con la prueba de proporciones, se considera significativo (SE) si $p < 0,05$. **Resultados:** Se confirma la alta tasa SD con 28 en 10.000 RN, con 12,35% de casos de SD en familiares, y un solo caso de recurrencia (1,23%). Los casos de SD en familiares son 0,72% en C y 0,85% en MF, sin SE. El 49% de las mujeres tiene menos de 25 años y tiene 25,9% de los SD, y 13,6% es mayor de 35 años y tiene el 49,4% de SD. El riesgo total es 1:357, es menor de 15-19 años con 1:860 y es mayor de 40-44 años 1:61. Entre las familias de MF y C hubo 0,37% de consanguinidad con un coeficiente alfa = 0,0004, y sin casos en familias con SD. **Discusión:** Los casos de familiares con SD, son 15 veces más en casos SD, que en MF y C. La similitud de frecuencia en MF y C, sugiere que no hay sesgos de memoria, y la frecuencia en la población se estima en 0,78% ó 1: 127, explicando el 35,6% del riesgo de esta población de tener un SD. El riesgo por edad materna es mayor de lo esperado, incluso en el quinquenio con menor riesgo. Se presenta una alta consanguinidad poblacional, que corresponde a la presente en poblaciones con ruptura de aislados. **Conclusiones:** Las evidencias descritas apoyan una base genético poblacional, para la alta prevalencia de síndrome Down de la región de O'Higgins, atendida en el HRR.

ESTUDIO MOLECULAR EN FAMILIAS CHILENAS CON SÍNDROME DE DOWN

Moreno SR^{1,2,3}, Ojeda BME¹, Astete AC⁴, Herrera CL³.

¹Hospital Regional Rancagua, ²Hospital Exequiel González Cortés. ³Programa Genética Humana-ICBM, Universidad de Chile, ⁴Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La alta frecuencia de síndrome de Down en Chile, ha originado este estudio molecular familiar del cromosoma 21 en la región de O'Higgins, financiado parcialmente por la Sochipe P200806. Se presentan los resultados preliminares de una familia extendida con dos casos afectados en distintas generaciones. **Objetivo:** Presentar resultados preliminares de estudio molecular en una familia con síndrome de Down. **Material y Métodos:** Se presenta una familia extendida que incluye abuela, media tía paterna con síndrome de Down, padre, madre y hermano sano de un propósito con síndrome de Down. Se estudia cariograma para determinar la existencia de trisomía 21 en el propósito y su tía, ambos con síndrome de Down. Además, se analiza la secuencia de una región de 734 bp del cromosoma 21 cercana a MX1, para identificar 9 polimorfismos descritos por Jin et al (PNAS 2007; 78(6):643). Se describen y analizan los polimorfismos presentes en todos los miembros estudiados de esta familia. **Resultados:** Los dos casos con síndrome de Down presentan cariograma con trisomía 21 libre. En la familia analizada se encontró tres de los nueve polimorfismos descritos por Jin, además de tres polimorfismos no descritos previamente en la literatura. La tía y su sobrino, ambos con síndrome de Down comparten un haplotipo. Sin embargo, no se puede establecer el origen de dicho cromosoma en el niño afectado, debido a que, ambos padres son portadores de los mismos haplotipos. **Discusión y Conclusiones:** Los resultados mostrados en esta familia, evidencian que en los cromosomas 21 de la población chilena, existen diferencias genéticas importantes en comparación con otras poblaciones. Estas diferencias genéticas podrían ayudar a entender las causas de los casos de síndrome de Down familiar, y también, la alta prevalencia de esta enfermedad en Chile.

SÍNDROME DE CONRADI HUNERMANN, DIAGNÓSTICO PRENATAL, MANEJO PERINATAL Y CONSEJO GENÉTICO

Olguín F, Tellerías L, Bustos JC, Martín D, Sanz P, Acuña R, Hernández A, Poblete M. Hospital San Juan de Dios. Servicios Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía Infantil y Neonatología.

Introducción: El síndrome Conradi-Hunermann o condrodysplasia punteada tipo dominante ligada al X se caracteriza por alteraciones leves a moderadas del crecimiento, microcefalia, facie plana, frente prominente, hipertelorismo, hipoplasia de malares, fisuras palpebrales descendentes, cataratas, acortamiento asimétrico de extremidades, contracturas articulares, escoliosis de aparición temprana, eritrodermia ictiosiforme, atrofodermia folicular, piel de naranja, pelo escaso, parches alopecicos, escasas pestañas y cejas. Los signos Rx muestran acortamiento de las extremidades y calcificaciones punteadas o "en granulado" de tipo condral localizadas en las epífisis. **Material y Métodos:** Equipo de diagnóstico prenatal detecta por ecografía embarazo de 33 semanas, acortamiento de fémures, cubito y humero con las calcificaciones punteadas. Peso bajo percentil 10. **Resultados:** Se plantea en feto condrodysplasia punctata. La evaluación de la madre corresponde a Conradi-Hunermann. Tiene antecedentes de una hija sana de 9 años, con otra pareja. **Discusión:** El pronóstico es reservado, ya que la mayoría de estos niños fallece antes de los dos años, por cuadros infecciosos intercurrentes bacterianos o micóticos. El tratamiento es exclusivamente sintomático, siendo importante mantener una adecuada higiene de la piel en el neonato. Cirugías en caso de sobrevida. **Conclusiones:** Debe diferenciarse este cuadro con la condrodysplasia punteada autosómica recesiva, de tipo rizomelic, de muy mal pronóstico y asociado a retraso mental. Síndrome de Conradi-Hunermann dominante ligada a X es causado por mutaciones en el gen que codifica a la isomerasa 8-7 esterol; las mutaciones del gen conducen a deficiencias de esterol 8-7 isomerasa. El trastorno en la síntesis de colesterol orienta a un diagnóstico definitivo. La importancia del diagnóstico prenatal es fundamental para su adecuado manejo, evitando así, medidas innecesarias, además de considerar que los hallazgos radiológicos (calcificación punctata) son transitorios, presentes sólo hasta el primer año de vida.

IDENTIFICACIÓN DE MUTACIONES PUNTUALES Y DELECCIONES EN EL DNA MITOCONDRIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS MITOCONDRIALES: DISEÑO EXPERIMENTAL Y RESULTADOS PRELIMINARES

Poggi H, Gutiérrez D, Durán G¹, Martínez A¹, Honorato J, Guzmán AM, Lagos MJ. ¹Departamento de Laboratorios Clínicos y de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Alrededor del 15% de las enfermedades mitocondriales tendrían como base genética alteraciones en el DNA mitocondrial (mtDNA). Hoy en día se reconoce cada vez más que estas alteraciones son una causa frecuente de enfermedades genéticas, cuya prevalencia se ha estimado recientemente en 1:5.000 en población general. El diagnóstico de estas enfermedades es difícil dado que la presentación clínica y también la causa genética son heterogéneas, por lo que sería importante disponer del diagnóstico genético-molecular de estas alteraciones. **Objetivo:** Implementar una metodología para identificar tanto delecciones como mutaciones puntuales en el mtDNA. **Método:** Se extrajo DNA de sangre periférica y mucosa bucal de 7 pacientes con diagnóstico clínico de alteraciones del mtDNA. En un paciente existía sospecha de una delección mitocondrial, 3 pacientes tenían diagnóstico clínico de síndrome de MELAS y 2 con sospecha de enfermedad de Leigh. Para el estudio de delecciones se implementó una PCR de fragmentos grandes para la amplificación del genoma mitocondrial completo y por fragmentos. Las mutaciones puntuales asociadas a estas enfermedades (confirmadas como tales en el sitio www.mitomap.org) se estudiaron por secuenciación de las regiones correspondientes. **Resultado:** En el primer paciente se encontró una delección de 7.372 pb, no descrita previamente, que abarca 16 genes y que está flanqueada por repeticiones nucleotídicas. En los 3 casos con síndrome de MELAS se detectó la mutación A3243G, la cual se describe como causa genética en 80-90% de los pacientes con este síndrome. En los pacientes con sospecha de Leigh no se encontraron mutaciones. **Conclusiones:** Este diseño metodológico que incluye el análisis de distintas regiones del genoma mitocondrial dependiendo de la sospecha diagnóstica, permite identificar delecciones y mutaciones puntuales. El estudio genético-molecular puede ser un apoyo en el diagnóstico clínico de alteraciones del mtDNA, permitiendo así otorgar un adecuado asesoramiento genético.

ESPECTRO CLÍNICO DE 2 PACIENTES CON DÉFICIT DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA (OTC) SEGÚN TIPO DE MUTACIÓN

Raimann E, Castro G, Fernández E, Cabello FC, De la Parra A, Peredo P, Cornejo V. Laboratorio de Genética y Enfermedades Metabólicas, INTA, Universidad de Chile.

Introducción: El ciclo de la urea es la vía metabólica final común para excretar el nitrógeno no utilizado para efectos anabólicos en mamíferos. El producto final de este ciclo, la urea, es excretada vía urinaria. Ornitina transcarbamilasa (OTC), Xp21.3 (OMIM 311250) es el defecto enzimático más frecuente en el Ciclo Urea. Los exámenes características bioquímicas son hiperamonemia, déficit de citrulina y arginina y aumento de ácido orótico. **Pacientes:** Presentamos 2 pacientes de sexo masculino: F.B.G. fue asintomático hasta 18 años y falleció en coma y edema cerebral sin estudio OTC. M.B.M tuvo una a presentación neonatal aguda falleciendo al mes de vida con diagnóstico OTC. Se realizó estudio de portadoras con el test de alopurinol, encontrando en la familia de M.B.M. Dos portadoras y 5 muertes neonatales en hombres. En la familia FBG se encontró 4 portadoras y 4 hombres fallecidos en edad adulto joven. **Resultados:** Se realizó estudio de secuenciación del gen de OTC en madre de MBM encontrando la mutación c. 540 + 1, g > a, intrón 5 y en la hermana de FBG se encontró la mutación L301F en el exón 9, a > t, concordantes con la presentación clínica. **Conclusión:** El estudio de mutaciones en familias portadoras de OTC es de gran valor para el pronóstico y el consejo genético.

SÍNDROME DE COCKAYNE. REPORTE DE UN CASO

Santander D¹, Figueroa H¹, Covarrubias N¹, Urbina M¹, González A¹, Bravo D¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: El síndrome de Cockayne (SC) es una rara enfermedad caracterizada por fotosensibilidad, retraso en el desarrollo psicomotor, talla baja, envejecimiento prematuro y predisposición a neoplasias (OMIM 216400). Esta enfermedad se produce por la mutación en uno de los genes que forman parte del sistema de reparación del daño al DNA conocido como NER, presenta un patrón de herencia autosómico recesivo, a nivel celular se observa una sensibilidad aumentada frente a agentes químicos y físicos que dañan el DNA, como la radiación UV. **Objetivo:** Difundir los hallazgos encontrados a la comunidad de pediatría, a continuación reportamos un caso de un joven de 17 años con características clínicas de SC. **Caso clínico:** Primogénito de padres consanguíneos, fruto de incesto, con un embarazo no controlado. Nacimiento por cesárea a las 28 semanas de gestación. Evoluciona con pobre crecimiento ponderal y estatural y RDSM, asociado a múltiples lesiones cutáneas, a los 5 años se plantea diagnóstico de SC, siendo derivado a la teletón recién a los trece años. Al examen físico presenta un aspecto envejecido, microcefalia, talla baja (< Percentil 3), RDSM (CI 48), cataratas, nistagmus, hipoacusia, criptorquidea bilateral, artrosis de caderas y piel con múltiples lesiones cutáneas hiperqueratósicas, cicatrizales, hiperpigmentadas, efélides, etc. **Comentario:** El SC es una enfermedad extremadamente infrecuente en nuestro medio, que en este caso pese a ser diagnosticada en la primera infancia, este diagnóstico no fue traducido en un esfuerzo terapéutico dirigido a minimizar sus efectos.

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL (DCC): PRESENTACIÓN DE TRES FAMILIAS

Signorelli V¹, Flández A^{2,3}, Lehmann P¹, Uarac M³.

¹Médico becario en Pediatría UACH, ²Instituto de Pediatría UACH. ³Subdepartamento de Pediatría Hospital Clínico Regional Valdivia.

Introducción: La DCC es una displasia esquelética autosómica dominante que afecta al desarrollo óseo y que puede presentarse en forma esporádica. Descrita por primera vez en 1898, se caracteriza principalmente por: anomalías de la línea media, alteraciones en las clavículas, fontanelas amplias y retraso en el cierre de éstas. El diagnóstico se basa en las características clínicas de la enfermedad. **Objetivo:** Reportar casos de tres familias portadoras de DCC y analizar los diagnósticos diferenciales que pudieran ser útiles para el pediatra. **Pacientes y Métodos:** Se describen 7 casos en tres familias, uno por mutación de novo. Caso 1: Recién nacido que ingresó a la Unidad de Neonatología del Hospital Regional Valdivia con perímetro cefálico normal pero fontanelas amplias, conectadas, a tensión normal e hipoplasia clavicular distal con examen neurológico normal y pruebas tiroideas normales. Caso 2: Familia con 4 integrantes que presentan DCC (madre, dos hijos y nieto) destacó dentro del fenotipo: retardo del cierre de fontanelas hasta la edad escolar, talla baja, ausencia de los segmentos proximales y medios de ambas clavículas, hipertelorismo y puente nasal chato. Un afectado está en tratamiento por epilepsia mioclónica juvenil y otro presentó convulsiones en etapa de recién nacido, ambos con desarrollo psicomotor normal. Caso 3: Mujer de 27 años que presenta DCC, miopía, glaucoma e hipoacusia severa unilateral, operada a los 16 años por agenesia parcial de tabique nasal. Actualmente su hijo de un año 2 meses presenta fontanelas amplias, hipoplasia medio facial, fémur y húmero corto con perímetro cefálico en +2 DS. **Discusión:** Patología poco frecuente que requiere un alto grado de sospecha para realizar el diagnóstico por su polimorfismo clínico. Forma parte del diagnóstico diferencial de recién nacido con fontanelas amplias, por lo que es una entidad clínica importante de conocer.

MOSAICO DE SÍNDROME DE EDWARDS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON BUENA EVOLUCIÓN

Silva N¹, Rumie A¹, Álvarez M¹, Astudillo D¹, Barra R^{2,3}.

¹Alumnos Facultad de Medicina, Universidad Pedro de Valdivia, La Serena. ^{2,3}Profesor de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad Pedro de Valdivia, La Serena. ^{2,3}Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: El síndrome de Edwards (SE) es un triploidía autosómica caracterizada por retraso de crecimiento intrauterino, dismorfia craneofacial, alteraciones posicionales de los dedos de la mano con cabalgamiento de los dedos e hipoplasia de uñas y esternón corto, entre otras (Hübner et al, 2005). Fue reconocido por primera vez en 1960, al descubrir un romosoma 18 extra en recién nacidos con malformaciones concretas (Edwards et al, Patau et al, y Smith et al). La sobrevida de estos pacientes en promedio es de 14,5 días (Smith, 2008). El mosaico es la presencia en un mismo individuo o tejido, de dos o más líneas celulares que tienen distinta composición genética pero derivados de un solo cigoto. Los mosaicos de trisomía 18 son relativamente infrecuentes, teniendo los mosaicos de alto grado (más del 50% de las células trisómicas) tienen el mismo pronóstico ominoso de la trisomía completa. Sin embargo, se han reportado muy pocos casos de mosaico de bajo grado, desconociéndose el pronóstico real de estos pacientes. **Objetivo:** Describir el desarrollo de un paciente con SE con mosaico de bajo grado de buena evolución, primer hijo de padres sanos no consanguíneos, de 2 años 4 meses cuyo diagnóstico genético se efectuó a los 12 meses. Se describirán aspectos clínicos, del desarrollo psicomotor y genéticos. Actualmente el paciente presenta rasgos dismórficos leves, un RDSM leve a moderado, encontrándose en tratamiento en el Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón de Coquimbo. **Comentario:** Los mosaicos de bajo grado de las trisomías autosómicas son infrecuentes, por lo que su evolución y pronóstico es desconocida. A través del reporte de este caso pretendemos contribuir al manejo de estos pacientes.

SEGMENTO ADICIONAL DEL CROMOSOMA 22 ASOCIADO MÚLTIPLES MALFORMACIONES: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Urbina M¹, Bravo D¹, González A¹, Covarrubias N¹, Santander D¹, Figueroa H¹, Barra R^{2,3}.

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Profesor de Genética, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ³Genetista, Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, Coquimbo.

Introducción: Las lesiones estructurales de los cromosomas son infrecuentes; entre éstas el hallazgo de un segmento adicional constituye siempre un desafío diagnóstico. **Objetivo:** Se presenta el caso clínico de un paciente con un segmento adicional no identificable en el cromosoma 22, asociado a múltiples malformaciones. **Caso clínico:** Hijo único de padres sanos no consanguíneos; madre con antecedentes de abuso de sustancias en su juventud (cocaína). Embarazo controlado, presentó síntomas de pérdida durante el primer trimestre; a las 24 semanas de gestación se realiza diagnóstico ecográfico de fisura labio-palatina. Nace en Hospital de La Serena, a las 41 semanas, AEG, parto vaginal, constatándose síndrome dismórfico, artrogriposis múltiple y síndrome hipotónico. Evoluciona con sepsis neonatal. Al examen físico presenta dolicocefalia, cejas ralas, hipertelorismo ocular, orejas dismórficas con implantación baja, nariz amplia, fisura labio-palatina completa, retromicrognatia, piel redundante retro-nucal, fotosensibilidad ocular y de piel, hipotonía, hipospadia, hidrocele, artrogriposis distal. Exámenes de imagenología normales. Cariograma en sangre muestra uno de los cromosomas 22 con un segmento adicional no identificable en su brazo corto p. Bando NOR (-) para este segmento adicional. Se concluye que en este caso resulta de primordial importancia el estudio citogenético de los padres, ya que la presencia o no de una anomalía cromosómica balanceada determina el consejo genético reproductivo y la probabilidad de encontrar el origen del segmento adicional, que es clave para el pronóstico del paciente.

ANEMIA DE FANCONI. DIAGNÓSTICO PRENATAL

Selman E, Vega M, Viñals F.

Unidad de Genética, Servicio de Pediatría HGGB. Clínica Sanatorio Alemán, Centro AGB Ultrasonografía, Concepción.

Introducción: La anemia de Fanconi (FA) es un síndrome de inestabilidad cromosómica, de herencia autosómica recesiva y fenotipo muy variable, caracterizado por pancitopenia y tendencia al desarrollo de neoplasias, malformaciones esqueléticas, cardíacas, gastro-intestinales y urinarias, además de retardo de crecimiento pre y post natal. Hasta el momento se han descubierto 12 genes distintos involucrados en la AF que codifican proteínas que participan en varias funciones celulares, entre ellas la reparación del ADN. Recientes avances en biología molecular han permitido investigar la severidad del fenotipo en relación al genotipo de la AF. **Objetivo:** Se presenta un caso clínico en que las anomalías fetales encontradas en el ultrasonido, hicieron sospechar el diagnóstico de Anemia de Fanconi. **Caso clínico:** Se deriva madre primigesta para realizar ecografía a las 24+5 semanas de gestación, por sospecha de ventriculomegalia en ecografía anterior. Hallazgos ultrasonográficos: sexo femenino, arteria umbilical única, atresia duodenal, ventriculomegalia severa simétrica, persistencia de la vena cava superior izquierda, dilatación del seno coronario, CIV muscular, radio derecho corto y curvo, ausencia del pulgar derecho, escoliosis y desorganización vertebral con aspecto de hemivértebras. Estas anomalías permitieron sospechar el diagnóstico prenatal de anemia de Fanconi. Se realiza amniocentesis para estudio citogenético: cariotipo 46,XX. Parto normal a las 34 semanas. RNPT PEG (peso 1.820 g, talla 41 cm, cc 34 cm) p < 5, APGAR 6-9-9. Examen físico: microcefalia, facies especial con ojos inclinados hacia abajo, epicanto, nariz prominente, orejas rotadas, cuello corto, tórax ancho, genitales femeninos normales y ano anterior, extremidades con acortamiento distal del brazo derecho, hipomelia, ausencia de pulgar derecho. Exámenes: ecocardiografía: CIV amplia, drenaje venoso pulmonar anómalo total, ductus arterioso persistente e hipertensión pulmonar; ecografía abdominal: atresia duodenal. TAC cerebral: ventriculomegalia moderada; radiografías: malformaciones de columna vertebral con hemivértebras, agenesia parcial de sacro, malformaciones costales, agenesia de radio y pulgar derecho; hemogramas normales. Paciente evoluciona grave desde el nacimiento, a causa de insuficiencia cardíaca secundaria a su cardiopatía, la que no se pudo corregir por su complejidad, falleciendo a los 29 días de vida. Diagnóstico: anemia de Fanconi. **Comentario:** Se confirmó diagnóstico de AF postulado en la ecografía prenatal, por las características fenotípicas del RN. El diagnóstico prenatal de esta enfermedad, permitirá a futuro, la planificación del parto para una atención precoz del recién nacido, con tratamientos específicos como corrección quirúrgica de malformaciones cardíacas y control de la aplasia medular, previo a la instalación de la pancitopenia, además del consejo genético a la familia.

APROXIMACIÓN CLÍNICA AL PACIENTE DE TALLA MUY BAJA. MÁS ALLÁ DE LA ACONDROPLASIA, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Viejo L¹, Barraza X².

¹Becada Pediatría, UACH, ²Subdepartamento de Pediatría. Hospital de Valdivia.

Introducción: La talla constituye una característica clínica muy variable que como rasgo continuo se distribuye normal. Pacientes que presentan valores de talla muy por encima o por debajo de la media, serán objeto de valoración clínica para la búsqueda de la causa, que en casos extremos orientan a causas genéticas en primera instancia. **Material y Métodos:** Se revisan los antecedentes clínicos de tres pacientes. **Resultado:** Caso 1: Primer hijo de padres sanos, no consanguíneos, embarazo controlado, se pesquisa retraso de crecimiento fetal, se plantea posible displasia esquelética. Nace a las 38 semanas de edad gestacional, con peso de 2.350g y talla de 41 cm. Estudio radiológico post natal descarta displasia esquelética y evaluada dismorfológicamente se concluye: enanismo de Mulibrey. Caso 2: Tercer hijo de padres sanos, dos hermanos sanos. Control prenatal, en ecografías se pesquisa posible acondroplasia fetal. Nace a las 38 semanas con peso de 3.100g y talla de 39,5 cm. Con evidente desproporción de segmentos corporales, aspecto macrocefálico (pc36 cm), acortamiento de extremidades predominantemente inferiores de segmentos proximales, sin compromiso de manos, displasia de caderas y disminución de la flexión de codos. Estudio radiológico permite diagnosticar displasia camptomiélica. Caso 3: Cuarto hijo de padres sanos, con antecedentes de un recién nacido fallecido por malformaciones múltiples y un mortinato por malformación digestiva, no bien caracterizado. Control prenatal muestra crecimiento fetal insuficiente, polihidroamnios. Nace a las 38 semanas con peso de 2.070 g y talla 41 cm. Aspecto especial, con proporciones corporales conservadas, destaca facies alargadas con posición baja de fisuras palpebrales, hipomímic, pabellones auriculares alados, estudio radiológico no muestra alteraciones. Evolucionan con incremento ponderal insuficiente y se evidencia hernia inguinoescrotal izquierda. Se plantea el diagnóstico de síndrome SHORT. **Discusión y Conclusiones:** A través del análisis de tres casos clínicos, no relacionados se destaca la importancia de una acuciosa evaluación clínica de pacientes portadores de talla baja al nacer sobre todo cuando este parámetro se encuentra, muy por debajo de las dos desviaciones estándar.

SÍNDROME DE SECKEL. MUTACIÓN DEL GEN PCNT DE LA PERICENTRINA. CASO CLÍNICO

Ugarte F¹, Yizmeyán A, Sepúlveda C, Villanueva S, Repetto G, Bicknell L, Jackson A.
Unidad de Endocrinología y Diabetes Hospital Exequiel González Cortés. ¹Ps.

Introducción: El síndrome de Seckel (OMIM 210600) se caracteriza por retraso severo del crecimiento intrauterino y posnatal, microcefalia, facie con nariz prominente y retardo mental de grado variable. De herencia autosómica recesiva, afecta a ambos sexos por igual. Recientemente se han descrito mutaciones en el gen PCNT (pericentrina) en pacientes con Seckel. **Caso clínico:** Paciente sexo femenino, con antecedentes de prematuridad (36 sem), PEG severo (1.030 g x 34, 5 cm y circunferencia craneana de 26 cm); portadora de foramen oval, insuficiencia tricúspide y hipertensión pulmonar. Madre de 154 cm, 3 abortos espontáneos de distintos progenitores y dislipidemia. Padre de 160 cm y portador de bocio. Consultó a los 7 meses, con Talla 44,5 cm, Peso 2.780 g, circunferencia craneana 33 cm (Talla/ Edad - 7,91 DS, Peso/Edad -8,13 DS, Peso/Talla bajo p1), microcefalia con dolicocefalia, cara pequeña, simétrica y triangular, hipertelorismo, nariz puntiaguda y prominente, frente prominente, orejas de implantación normal, labios finos, micrognatia y paladar ojival. Clinodactilia bilateral. Leve retraso del desarrollo psicomotor. **Diagnóstico:** Talla baja severa, obs. síndrome de Seckel. Curva de crecimiento: Con deterioro progresivo desde RN hasta los 2,9 años, alcanzando talla/edad - 9,19 DS, desde entonces mantiene curva paralela de crecimiento. Estudio: Cariograma (marzo del 2006) 46 XX, hemograma, pruebas tiroideas, glicemia, función renal y carotinemia normales, con anticuerpos antiendomisio (-). Ecografía renal y vesical normal. IGF-1: 137 ng/ml (VN 51-327), IGF-BP3: 3,11 ng/ml (VN 0,7-3,6); test de clonidina con GH 0,2 - 17,9 - 13,7 ng/ml. Se realizó estudio de mutación del gen PCNT, confirmando mutaciones heterocigota compuesta c.1843 C>T, p. Q615X y c. 4.366 C > T, p. Q1456X. **Discusión:** Las mutaciones del gen PCNT, que codifica para la proteína pericentrina y que juega un rol fundamental en la organización del uso mitótico, han sido descritas en el Dwarfismo tipo II y en síndrome de Seckel. El hallazgo de las mutaciones descritas en esta paciente con síndrome de Seckel y sus padres, confirma molecularmente el diagnóstico e implica 25% de riesgo de recurrencia en un futuro hijo/a, dada su herencia recesiva. El estudio molecular permite un consejo genético informado.

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE PULMONAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Arriagada D¹, Bertrán K¹, Llorente M², Donoso A³.

¹Becada Pediatría Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana. ²Área de Cuidados Básicos. Hospital Padre Hurtado. ³Área de Cuidados Críticos. Hospital Padre Hurtado.

La granulomatosis linfomatoide (GL), descrita por primera vez en el año 1972 por Liebow y cols, es un trastorno linfoproliferativo semimaligno extranodal de células B atípicas asociado frecuentemente a infección por virus Epstein-Barr (VEB). Se debe tener presente, como causa de nódulos pulmonares múltiples asociado a manifestaciones sistémicas. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de granulomatosis linfomatoide. **Caso clínico:** Paciente sexo masculino, 21 meses de edad, sano hasta los 3 meses, luego con infecciones a repetición por gérmenes atípicos (pulmonares y urinarias), se descarta fibrosis quística y sin diagnóstico específico de inmunodeficiencia. Con varias hospitalizaciones en UCI. Durante última hospitalización, ingresa con diagnóstico de neumonía multifocal bilateral y necesidad de ventilación mecánica. Recibe esquema antibiótico de amplio espectro, sin respuesta. Se objetivó infección por citomegalovirus CMV, iniciando terapia antiviral. Control posterior de antigenemia de CMV en sangre negativa. Evolucionó con fiebre persistente, detectándose vegetaciones valvulares. Se readecua terapia antimicrobiana. Hemocultivos seriados negativos. Mejoría clínica y de parámetros inflamatorios significativa, pero persistencia de fiebre. Posteriormente presentó nuevo deterioro clínico desde el punto de vista respiratorio requiriendo de apoyo ventilatorio. Se realizó TAC de tórax que mostró múltiples focos de condensación predominante en los lóbulos inferiores en sus segmentos posteriores. Por compromiso pulmonar grave y persistente se realizó biopsia que mostró proliferación linfoide atípica, con diagnóstico de granulomatosis linfomatoide. No hubo compromiso infiltrativo en otros parénquimas. Se realiza PCR virus Epstein barr resultando positivo. A pesar de tratamiento no se logró control de infección falleciendo a causa de disfunción orgánica múltiple. **Comentario:** La GL una entidad muy poco frecuente en pediatría, que puede confundirse con enfermedades infecciosas, vasculitis o metástasis y, por lo tanto, su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha. Su pronóstico es pobre, a pesar de ensayos terapéuticos con corticoides, inmunosupresores y quimioterapia.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE TUMOR DE WILMS EN NIÑOS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA, 1987-2009

Krause E¹, Folatre I.^{1,2}, Marin F³, Cea G.^{1,2}, Martínez P.^{1,2}, Yilorm M.^{1,2}, del Pozo M.^{4,5}, Poblete MT.^{4,5}, Omerovic' D⁵, Carrasco LC.^{4,5}.

¹Instituto de Pediatría, UACH. ²Unidad de Pediatría, HCRV. ³Instituto de Salud Pública UACH. ⁴Instituto de Histología y Patología, UACH. ⁵Subdepartamento de Histología y Patología, HCRV.

Introducción: El nefroblastoma o Tumor de Wilms es un tumor embrionario, sensible a quimioterapia y radioterapia, lo que le confiere una alta tasa de curabilidad, cercana al 90% en la actualidad. Representa el 6% de los tumores infantiles y su incidencia anual es de 7 casos por millón de menores de 15 años, y de 1 caso cada 10.000 nacidos vivos. Aproximadamente el 66% de los casos se diagnostica antes de los 5 años de edad y el 95%, antes de los 10 años. Se ha asociado a malformaciones congénitas tales como: aniridia, hemihipertrofia, Síndrome de Beckwith Widemann y anomalías del tracto urinario, entre ellas síndrome de WAGR y síndrome de Denys Drash, que tendrían relación con alteraciones en WT1 (11p13) y WT2 (11p15). **Objetivo:** Presentar la casuística de Tumor de Wilms, del equipo Hemato-Oncológico pediátrico en Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV). **Material y Método:** Estudio retrospectivo, cuantitativo, que incluyó las fichas clínicas de los pacientes menores de 15 años con diagnóstico anatómo-patológico de Tumor de Wilms, ingresados y tratados en el HCRV entre el 01.06.1987 y el 31.05.09. Se revisó el historial clínico, obteniéndose datos epidemiológicos, demográficos, clínicos, de laboratorio, y de su evolución. **Resultados:** 28 pacientes reunieron los criterios de selección. El 39,3% provenían de la provincia de Valdivia; 46,4% eran preescolares al diagnóstico, sin diferencias por sexo ni por riñón comprometido. Los motivos de consulta más frecuentes fueron masa abdominal, hematuria y fiebre. Al debut, el 75% de los pacientes presentó hipertensión arterial y 7% Enfermedad de von Willebrand adquirida. La mayoría de los pacientes tenían menos de 1 semana entre la pesquisa del síntoma y la primera consulta. El 32,1% se diagnosticó en etapa I; 25% etapa III; 21,4% etapa IV; 14,3% etapa II y 7,1% etapa V. El 88,9% presentó histología favorable. En la mitad de los pacientes se encontró registro del peso de nacimiento con 10,7 % de peso sobre 4 kg. El 15,4% tenía alteraciones genéticas no sindrómicas; 3,8% presentó síndrome de WAGR. **Conclusión:** Los resultados observados en esta serie de pacientes, reproducen lo observado en la literatura, nacional e internacional.

LINFOADENITIS CRÓNICA INESPECÍFICA HIPERPLÁSTICA

Pietroboni P, Rojas S.

Becados Pediatría. Universidad de Antofagasta. Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

Introducción: Cuando un paciente consulta por la aparición de una tumoración cervical hay que tener presente que puede tratarse de una patología importante, que requiere una actitud diagnóstica y terapéutica precisa llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. La gran cantidad de diagnóstico diferenciales que existen en relación a las adenopatías nos lleva a plantear un estudio acucioso, comenzando por una buena anamnesis, seguido por un examen físico detallado y por último los estudios de laboratorio e imagenológicos adecuados en relación a nuestra sospecha diagnóstica. **Caso clínico:** Preescolar sexo masculino de 5 años de edad, sin antecedentes mórbidos, debuta con aumento de volumen cervical bilateral de 3 x 3 cm, agudo, no asociado a otra sintomatología. Se realizó estudio espirativo con aguja fina, dado el tamaño del paquete ganglionar comprometido. Informe compatible con síndrome linfoproliferativo por lo que motivó estudio con imagenología, serología viral y biopsia ganglionar. Estudio de imágenes orienta hacia proceso neoplásico, pero finalmente la biopsia demuestra una linfadenitis crónica inespecífica hiperplástica. Estudio serológico es positivo para virus Epstein Barr. **Conclusión:** La linfadenitis crónica hiperplástica, por sus características clínicas de presentación, siempre nos debe hacer descartar la presencia de un síndrome linfoproliferativo. El estudio serológico, la punción espirativa con aguja fina y la biopsia son herramientas esenciales para un buen diagnóstico.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

Verscheure F, Lizama M, Wietrstruck MA.

Servicio de Pediatría, Unidad de Hemato-oncología Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) corresponde a un espectro de enfermedades genéticas y adquiridas, cuyo común denominador es una regulación anormal de la respuesta inmune, lo que lleva a una activación de macrófagos y células T, con excesiva producción de citoquinas, que causan fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias así como trastornos de la coagulación y del metabolismo de los lípidos. El diagnóstico se basa en los criterios publicados por la Histiocyte Society 2004. El tratamiento consiste en quimioterapia y trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) si no hay respuesta. La supervivencia global a 5 años reportada es de 55%. **Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Clínico UC, entre los años 2002-2008, que cumplieran 4 o más criterios de la Histiocyte Society para SHF. **Pacientes:** Fueron incluidos 4 pacientes, 3 de sexo masculino, con edades entre 1 y 11 años. Todos presentaron fiebre, 3 de ellos con visceromegalia y dos con ictericia y exantema. El 100% tuvo ferritina elevada, 75% elevación de transaminasas, 50% presentó anemia, hipofibrinogenemia y hemofagocitosis en médula ósea. Ninguno tuvo alteraciones del LCR. En dos de ellos se objetivó infección aguda por virus Epstein-Barr, en los otros dos pacientes no se encontró causa desencadenante. Dos pacientes recibieron quimioterapia, uno de los cuales requiriendo sólo uno de ellos TPH dado agravamiento del cuadro antes de las 8 semanas. Un paciente recibió solamente corticoides sistémicos y otro fue tratado con corticoides y gammaglobulina endovenosa. El 100% de los pacientes sobrevivió al evento agudo y ninguno ha presentado recurrencias hasta la fecha. **Conclusiones;** La serie reportada muestra el amplio espectro de presentación del SHF, cuyo diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, en especial en aquellos con algún factor predisponente (infección por VEB, neoplasia, enfermedad autoinmune) y por la dificultad en disponer de exámenes que son parte de los criterios diagnósticos, pero no disponibles en nuestro país. La sospecha clínica precoz, permite aplicar terapia recomendada que mejora considerablemente la supervivencia en esta enfermedad de histórico mal pronóstico.

CARACTERÍSTICAS Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES (TC). DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA REGIONAL.

Viejo L¹, Flández A¹, Martínez P¹, Barria RM².

¹Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV); ²Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: Los TC son los tumores sólidos más frecuentes en la infancia. El diagnóstico precoz y el tratamiento en unidades especializadas han mejorado el pronóstico. **Objetivo:** Caracterizar el perfil de los pacientes pediátricos con TC y estimar su supervivencia. **Pacientes y Métodos:** Se analizaron los datos de 49 pacientes tratados por TC en el HCRV entre marzo de 1997 y enero de 2007. Se empleó como fuente de información los registros locales del programa infantil nacional de drogas antineoplásicas (PINDA) y las fichas clínicas. Se describen características demográficas, antecedentes del diagnóstico y evolución mediante distribución de frecuencia y medidas de tendencia central y dispersión. Se estimó la supervivencia mediante curvas Kaplan-Meier. Para el análisis se utilizó el programa Stata 9. **Resultados.** De las características generales destacó que 55% eran varones y 59% de procedencia rural. La edad mediana al diagnóstico fue 6 años, oscilando entre 2 meses y 13 años. El tiempo mediano entre los síntomas iniciales y el diagnóstico fue de 8 semanas (rango: 0-240 semanas). Los síntomas iniciales más frecuentemente encontrados fueron cefalea (49%), vómitos (42,9%), alteración de la marcha (34,7%) y pérdida de fuerza focal (30,6%). La imagenología definitiva para establecer el diagnóstico fue 63,3% TAC y 32,1% RNM. Se realizó análisis histológico en el 67% de los casos (33/49), destacando: 30% (10/33) de Astrocitoma, 30% de Meduloblastoma, y 9,1% (3/33) de PNET. Sólo 1 paciente rechazó tratamiento; en 24 pacientes (49%) se usó quimioterapia, completando el tratamiento 66,7% de ellos. Por su parte, 38 niños (77,6%) recibieron radioterapia de los que 92% completó el tratamiento. Al tercer año de seguimiento se constató el fallecimiento de 24,5% de los niños. El análisis de Kaplan-Meier muestra que al año la supervivencia alcanza 80%, a los 2 años 73% y a los 3 años 60%. No hubo diferencias en las curvas de supervivencia a tres años por sexo, procedencia ni tipo de histología. **Conclusiones:** Hemos caracterizado a los pacientes con TC de una década, y detectado áreas faltantes posibles de intervenir. La falta de diferencia en la supervivencia según histología difiere de lo reportado en otras cohortes, lo cual pudiera obedecer a un seguimiento insuficiente y a un número de casos limitados. Debemos sensibilizar sobre la sospecha diagnóstica para acortar el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el tratamiento.

ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS Y LA EXPRESIÓN DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN AGENTES ASILADOS DE EPISODIOS BACTERÉMICOS, 4 AÑOS DE EXPERIENCIA

*Acuña M, Benadof D, Rodríguez P, Ginesta A, Patricio H.
Hospital Roberto del Río.*

Introducción: La producción de BLEE es el principal mecanismo de resistencia de enterobacterias a cefalosporinas de tercera generación (CTG), y esto se ha transformado en un problema clínico por el aumento de morbi mortalidad y altos costos asociados, situación de la que no está ajena nuestro hospital. **Objetivos:** Estudiar la asociación entre bacteriemias por *E. coli* y *Klebsiella* spp productoras de BLEE y el uso de CTG durante los 30 días previos al desarrollo de la infección. **Método:** Estudio caso control encestado desarrollado entre los años 2004 y 2007 en el Hospital Roberto del Río, con análisis retrospectivo de los pacientes con bacteriemias por *E. coli* y *Klebsiella* spp, obteniendo la información de registros microbiológicos y clínicos. Se definió como “caso” los episodios de bacteriemias por cepas productoras de BLEE y como “control” los episodios de bacteriemias por cepas no productoras de BLEE. **Resultados:** Se registraron 212 episodios de bacteriemias por *E. coli* o *Klebsiella* spp; en 205 se contó con los registros necesarios, de los cuales 47 fueron casos y 158 controles. La tasa de cepas BLEE fue de 29.7% (CI 95% = 23,9 a 36,3). El uso de CTG se asoció de modo estadísticamente significativo con la probabilidad de tener bacteremia por BLEE con OR de 2,5 (IC 95%= 1,26 a 5), además se encontró asociación independiente y estadísticamente significativa con variables como: estadía en Unidad de Paciente Crítico (OR 3,0; IC 95% 1,45-6,2), IHH (OR 8,2; IC 95% 2,7-27,1) y uso de catéter venoso central (OR 38,9; IC 95% 14,3-106,0). El resto de variables estudiadas no mostró asociación significativa. La tasa de producción de BLEE en *E. coli* correspondió a 9,6%, en *Klebsiella pneumoniae* a 59,7% y en *Klebsiella oxytoca* a 20,8%. **Conclusiones:** Los resultados de este trabajo establecen la asociación estadística entre bacteriemia por cepas BLEE y el uso de CTG dentro de los 30 días previos al desarrollo de la infección, esto confirma lo sugerido por la literatura que lo relaciona el uso de CTG. Nuestra institución cuenta con un programa de racionalización que incluye la restricción del uso de CTG entre otros antibióticos, y estos resultados plantean un desafío para optimizar las estrategias del programa de control de antimicrobianos, y a su vez el control de IHH.

HOSPITALIZACIÓN POR VARICELA EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

*Acuña N, López L.
Universidad de Antofagasta.*

Introducción: Varicela es enfermedad frecuente en edad pediátrica, de alta contagiosidad y baja morbimortalidad. Dado que existe vacuna de alta eficacia y no hay consenso en su uso entre quienes atienden niños en nuestra ciudad se decidió evaluar las complicaciones de la enfermedad en nuestro medio. **Objetivos:** Describir la población menor de 15 años hospitalizada por complicaciones de varicela en el Hospital Regional de Antofagasta entre los años 2007 y 2008. **Metodología:** Estudio descriptivo. Se revisó los ingresos al Servicio de Pediatría, se obtuvo los pacientes con diagnóstico de varicela desde 01/01/07 al 31/12/08. Se registró: fecha de ingreso, sexo, edad, caso índice/secundario, días de evolución, motivo de hospitalización, tipo de complicación, patología de base, días de estada, tratamiento y procedencia. Los datos se procesaron en Excel 2007. Se definió complicación: evento ocurrido hasta 14 días de comienzo del exantema en que el virus pueda haber contribuido (infecciones de piel y partes blandas (IPP), neumonía, encefalitis, hepatitis, parálisis facial, supuración pleuropulmonar, sd. febril prolongado y sepsis). **Resultados:** Total 85 pacientes, 15 excluidos, 9 por malos registros y 6 hospitalizados por otros motivos. Total 70 pacientes, 38,6% año 2007 y 61,4% año 2008. 44,7% mujeres, edad 4,1 años promedio (10 días-14 años); RN 1,4%, 17,1% lactantes menores y 20% mayores, 32,8% preescolares, 21,4% escolares, 7,1% adolescentes. 54,3% ingresaron del Servicio de Urgencia, resto de atención primaria. 75,7% hospitalizados en primera consulta. Estacionalidad 48,6% Octubre + Noviembre + Diciembre. 21,4% con patología de base. 72,8% eran caso índice. Ingreso promedio evolución del cuadro 3,5 días. Ninguno recibió vacuna antivariela. Complicaciones: 88,57% IPP, 30,2% aisladas, 14,3% respiratorias 11,4% asociada IPP, 5,7% neurológicas 4,3% asociado IPP 20% digestivas 14,28% asociado IPP, 1,42% varicela neonatal. No hubo casos de sepsis ni muerte en el período. Estada promedio 4,4 días. 21,4% requirió manejo sintomático, 17,2% aciclovir, 41,4% antibióticos, 18,6% antibióticos + aciclovir, 1,4% gamaglobulina + aciclovir. **Conclusiones:** La hospitalización por varicela es importante en nuestro medio, implica recursos humanos y económicos además del riesgo en inmunosuprimidos o con patologías de base de mayor riesgo. Las complicaciones fueron inherentes a la varicela pues la mayoría de los pacientes se ingresó precozmente y se trató de casos índices. Más del 80% de los pacientes fue mayor de 1 año, pudiendo haberse beneficiado de la vacuna antivariela existente.

CORRELACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA EN PACIENTES CON INFLUENZA HUMANA A NUEVA H1N1, INVIERNO 2009

Soza CG, Vinet RAM, Stegmaier BH, Inostroza SJ, Anderson ML, Troncoso TP, Haro RK.
Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena - Temuco.

Introducción: Infección pandémica por virus Influenza A Humana H1N1, ha afectado el país incluyendo la IX Región. Gran importancia estudio brote global en aspectos epidemiológicos, clínicos y evolutivos. **Objetivo:** Conocer características epidemiológicas y clínicas de pacientes pediátricos internados en Servicio Pediatría por Influenza AH1N1 pandémica, con diagnóstico etiológico confirmado, durante invierno 2009. Además evaluar IFI en relación a Gold Estándar RPC. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva, descriptiva, de 19 pacientes pediátricos hospitalizados, con reacción de polimerasa en cadena específica positiva para Influenza AH1N1. Se registraron las variables: edad, sexo, etnia, comuna de procedencia, patología de base, vacunación antiinfluenza, edad de la madre, días de evolución previo ingreso, diagnóstico de ingreso, síntomas y signos, requerimiento de Unidad de Intensivo (UCIP) y ventilación mecánica, hallazgos de laboratorio, diagnóstico de egreso y complicaciones, en planilla diseñada en Epi Info® versión 3.3.2. Análisis estadístico realizado en Stata 9.0. **Resultados:** Media edad 47,9 meses. Relación niño:niña 1:2; 5,1% con al menos 1 apellido mapuche. Media edad madre 31,2 años; 61,1% procedentes de Temuco. Del total de pacientes, un 44,4% antecedente de patología de base, siendo las de tipo respiratorio las más frecuentes. Sólo 16,6% cubierto con vacuna antiinfluenza. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (94,4%) y tos (83,3%). Media evolución del cuadro previo ingreso de 3,4 días (1 DS = 1,8). Un 77,7% ingresó con diagnóstico de neumonía viral, 16,6% con neumonía viral sobreinfectada y 5,5% con bronquiolitis. Patrón radiológico infiltrado intersticial 94,4%. Media recuento glóbulos blancos 11.150 (1 DS = 3346,5) y media valor proteína C reactiva (PCR) 32,9 mg/L (1 DS = 24,1). Ningún paciente requirió manejo en UCIP. El 50% con IFI positivo para Influenza A. El 50% restante fue negativo para todos los virus estudiados (adenovirus, virus respiratorio sincicial, influenza A y B, parainfluenza 1, 2 y 3). El 50% con diagnóstico de egreso de neumonía viral, 16,6% con neumonía viral sobreinfectada y 5,5% con bronquiolitis. Media de estadía hospitalaria de 3,1 días (1 DS = 1,7). **Conclusiones:** Corresponde a una patología respiratoria emergente, que afecta a niños desde el período de lactante, predominio sexo femenino, síntomas cardinales fiebre y tos. Media recuento glóbulos blancos, nivel PCR y hallazgos radiológicos, compatibles con infección viral. Breve período evolución previo a ingreso y corta estadía hospitalaria. Destaca 16,6% de sobreinfección bacteriana y que sólo la mitad de los pacientes tuvo IFI positivo para influenza A, el resto con IFI negativo, lo que sugiere un subdiagnóstico importante de la nueva Influenza Humana H1N1, porque por norma técnica se suspendió el estudio con RPC en pacientes con IFI negativa.

CORRELACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA BROTE VIRUS PARAINFLUENZA EN SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO. MAYO-JUNIO 2009

Anderson ML, Guillermo Soza G.
Servicio Pediatría Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: Virus parainfluenza (PI) es el principal agente de laringitis obstructiva en lactantes. También causa infección respiratoria baja y neumonía. **Objetivo:** Conocer características clínicas-epidemiológicas de brote observado en pacientes pediátricos internados en Servicio de Pediatría con diagnóstico etiológico confirmado, durante Mayo-Julio 2009. **Pacientes y Método:** Revisión retrospectiva, descriptiva, de 26 pacientes hospitalizados, IFI para virus PI 1, 2 ó 3. Se registraron las variables: edad, sexo, comuna procedencia, semana epidemiológica, tabaco intradomiciliario, patología base, edad madre y padre, días evolución previo ingreso, diagnóstico ingreso, síntomas y signos, requerimiento Unidad de Intensivo (UCIP) y ventilación mecánica (VM), hallazgos de laboratorio, diagnóstico egreso y complicaciones, infección intrahospitalaria (IIH) y mortalidad, en planilla diseñada en Epi Info® versión 3.3.2. Análisis estadístico realizado en Stata 9.0. **Resultados:** Media edad de 8,9 meses (1 DS = 5,9). Predominio masculino 65,3%. Media edad de la madre 26,2 años (1 DS = 7,0) y padre 32,6 años (1 DS = 10,1); 7,7% procedentes de Temuco. Semana epidemiológica 21,3 (1 DS= 2,5), consumo tabaco padre 26,9% y madre 19,2%, calefacción leña 61,5%. Del total de pacientes, un 15,4% con antecedente de patología de base, la más frecuente síndrome bronquial obstructivo recurrente. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (72,4%) y tos (83,3%). Examen físico: polipnea 96,1%, desaturación 42,3%, crepitaciones 65,4% y retracción de partes blandas 61,6%. Media evolución cuadro previo ingreso 5,9 días (1 DS = 5,5). Un 65,4 % ingresó diagnóstico neumonía viral, 23,1% neumonía viral sobreinfectada, 7,7% laringitis y 3,8% bronquiolitis. Patrón radiológico infiltrado intersticial 84,6%. Media recuento glóbulos blancos 14.433 (1 DS = 5.962) media valor proteína C reactiva (PCR) 23,3 mg/L (1 DS = 26,7). Ningún paciente requirió manejo en UCIP. El 61,5% IFI positivo PI 3, 30,7% PI 1 y 7,6% PI 2. El 73,1% diagnóstico egreso de neumonía viral, 15,4% neumonía viral sobreinfectadas. Sin complicaciones 92,3%. Ningún paciente con IIH ni requerimientos de UCIP. Media estadía hospitalaria 4,2 días (1 DS = 2,5). **Conclusiones:** El brote correspondió a lactantes menores de predominio masculino, con breve período de evolución previo a ingreso manifestándose con fiebre, tos y dificultad respiratoria, examen físico con desaturación, polipnea, retracción partes blandas y crepitaciones, con recuento glóbulos blancos, nivel de PCR y hallazgos radiológicos, compatibles con infección viral, predominado la neumonía viral como diagnóstico de ingreso y egreso. Sin complicaciones, breve estadía hospitalaria. PI clásicamente causa laringitis obstructiva, también IRA baja y Neumonía, al igual que los otros virus respiratorios clásicos, lo que genera estadías hospitalarias y gastos médicos elevados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROTIPIFICACIÓN Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN NIÑOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, 2001-2009.

Aravena M, Vergara R, Pallini R., Ormeño I., Betancur P.
Hospital Carlos Van Buren, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: *Streptococcus pneumoniae* representa una de las causas más importantes de morbimortalidad, a edades tempranas. La creciente resistencia a antibióticos y la aparición de nuevas vacunas antineumocócicas hacen necesario conocer la realidad local, para llegar a definir conductas y pautas de prevención y tratamiento. **Objetivos:** Describir las características clínicas, epidemiológicas, resistencia a betalactámicos y serotipificación del *Streptococcus pneumoniae* en niños con enfermedad neumocócica invasiva (ENI). **Materiales y Método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los archivos de microbiología identificando los cultivos de secreciones estériles positivos a *Streptococcus pneumoniae* de pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Carlos van Buren entre enero del 2001 y julio del 2009. Los antecedentes clínicos se obtuvieron de la hoja de atención de urgencia y ficha clínica. **Resultado:** Se encontraron 103 casos, 62 hombres y 41 mujeres. Se revisó la ficha u hoja de atención en 92 de ellos, cuyas edades variaron entre 3 días y 17 años; Se hospitalizaron 73 pacientes, con un promedio de estadía de 11,3 días. Los diagnósticos finales fueron neumonía o pleuroneumonía 44 (47,8%), bacteremia oculta 22 (23,9%) meningitis 13 (14,1%), absceso/flegmon 2 (2,2%), artritis séptica 1 (1,1%), endocarditis infecciosa 1 (1,1%), peritonitis 1 (1,1%), y celulitis periorbitaria 1 (1,1%). Cinco niños fallecieron, pero sólo 4 (4,3%) directamente relacionados con la ENI. De los niños que contaron con exámenes, 65,8% presentó recuento de leucocitos mayor a 15.000 y 47,4% mayor de 20.000 (n = 76), 47,9% tuvo PCR mayor a 70 mg/L (n= 71) y 87,9% VHS mayor a 40 (n = 58). Ochenta y ocho cepas contaron con CIM para penicilina, encontrándose 63 (71,6%) sensibles, 23 (26,1) intermedias y 2 (2,3%) resistentes. Para cefotaxima se contó con 84 cepas, resultando 80 (95,2%) sensibles, 4 (4,8%) intermedias y 0 resistentes. En 72 cepas serotipificadas, los serotipos más frecuentemente encontrados fueron 14 (37,5%), 18C (11,1%), 19F (9,7%), 1 (6,9%) y 6B (6,9%). **Conclusiones:** La ENI sigue siendo frecuente y de alta letalidad en nuestra población pediátrica. La VHS y PCR, cuando se encuentran elevados, son exámenes más sensibles que el recuento de leucocitos en ENI. Las tasas de resistencia a betalactámicos son menores a la encontradas en la región Metropolitana. La realidad microbiológica local permite utilizar cefalosporinas de tercera generación como terapia inicial en meningitis. De acuerdo a los serotipos encontrados, se obtiene una cobertura de 69,4%, 83,3% y 90,3% con las vacunas 7, 10 y 13 valente respectivamente.

DIAGNÓSTICO DE COINFECCIÓN BACTERIANA EN NEUMONÍAS VIRALES EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS DURANTE LA CAMPAÑA DE INVIERNO 2007 EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO

Astroza ZI.
Hospital Roberto del Río.

Introducción: Las neumonías constituyen una patología frecuente en nuestro medio, con gran impacto en términos de morbimortalidad y costos asociados. En los menores de 2 años, el 80% corresponden a etiología viral, siendo los principales agentes causales según importancia: Virus sincicial respiratorio (VRS), Parainfluenza (PI), Adenovirus (ADV) e Influenza (I). La coinfección bacteriana está descrita por distintos autores entre 3-30 %, pero sin criterios estandarizados. Los agentes más frecuentemente involucrados: *S. pneumoniae* y *H. influenzae*. **Objetivo:** Cuantificar el % de coinfección bacteriana en neumonías virales entre los menores de 2 años hospitalizados entre el 1 de Abril - 31 de Octubre del 2007 en el Hospital Roberto del Río (HRR); y secundariamente describir la presencia de criterios clínicos y/o de laboratorio utilizados en la justificación diagnóstica. **Material y Método:** Se revisaron 438 fichas clínicas de pacientes menores de 2 años egresados en el período ya descrito con IFD confirmada para VRS, ADV, PI, I con coinfección bacteriana. Estableciendo una definición operacional de coinfección bacteriana según criterios clínicos y de laboratorio, consignando cuáles estaban presentes al momento del diagnóstico. **Resultados:** De 438 fichas, 102 (23,3%) presentaron coinfección bacteriana. Predominando en hombres (60%) y lactantes de 1 a 6 meses (45%). Distribución global según IFD: 83% (85) VRS, 8% (8) PI, 5% (5) ADV, 4% (4) I. Coinfección para cada virus: 26,3% ADV, 23,9 % VRS, 19,5 % PI y 18,2 % I. Presencia de criterios clínicos coinfección en 95%, en orden decreciente: cambios al examen físico, persistencia de fiebre, aspecto tóxico y reaparición de fiebre. Al menos 1 criterio de laboratorio en 90,2%, siendo los más frecuentes: Rcto leucocitario alterado, PCR elevada, Rx tórax con cambios y neutrofilia. Cultivos positivos en 21,3%, pero con hemocultivos (+) sólo en 15,7%. Criterios clínicos y de laboratorio sin bacteriología (+): 60,8% y con criterios clínicos, de laboratorio y cultivo (+) un 26,5 %. Gérmenes aislados más frecuentes: *S. pneumoniae* (5) y cocos gram (+) en sangre y *H. influenzae* en secreción traqueal. **Conclusiones:** el % de coinfección encontrado está en el tramo superior de lo descrito en la literatura. La distribución para cada virus es concordante con lo descrito en la literatura. Primaron los criterios clínicos al momento de iniciar terapia antibiótica, pero es importante rescatar que en 60 % de los casos la decisión se sustentó tanto en criterios clínicos como de laboratorio, aunque con confirmación bacteriológica baja, coincidente con la baja positividad descrita de los hemocultivos.

MENINGITIS POR *SALMONELLA*. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Carmona O, Ducasse K, Bajaña G.
Hospital Gustavo Fricke.

Introducción: La meningitis bacterianas por bacilos gram negativos son poco frecuentes en la edad pediátrica, siendo la *Salmonella* menos frecuente todavía. Las series publicadas son escasas, el primer reporte data de Berlín en 1917, el reporte más grande es de Nueva York y Canadá de datos de 30 años, presentándose en LCR entre el 0,1 y el 7 % de 10.000 cultivos. En nuestro país la única serie publicada es del Hospital Roberto del Río de 20 casos en 16 años, estas características epidemiológicas llaman la atención y explica el porque por primera vez se manejaban 2 casos de meningitis bacteriana en nuestro servicio. **Material y Métodos:** El primer caso un niño, 1 mes 20 días, con antecedentes de ictericia neonatal, ingresa a la UCI con 48 horas de evolución de diarrea, irritabilidad e hiporexia, manejo en APS con sales de hidratación oral, de forma ambulatoria, evoluciona subfebril; al segundo día mal estado general, PCR de 10,9 mg/dl, se realiza punción lumbar, bacilos Gram (-) ante esto, iniciamos manejo con cefotaxima, ampicilina, betametasona, Se realiza TAC de cerebro que muestra edema cerebral importante, daño neurológico evolutivo, electroencefalograma bajo voltaje evaluado por neurología quien describe coma arreactivo, al tercer día se recibe informe de cultivo de LCR, aislándose *Salmonella* sp. multisensible, evoluciona desfavorablemente fallece al décimo día. EL segundo caso, es una lactante de 1 año 3 meses, sin antecedentes, debuta 24 horas antes del ingreso a UCI con aumento de temperatura hasta 38 axilar, vomito y una deposición líquida verdosa, manejada an APS con hidratación oral, nuevamente consulta por persistencia de la fiebre, convulsionando en ese momento se le realiza punción lumbar con el hallazgo de bacilos Gram negativos en LCR, evoluciona grave, tercer día reportan cultivo de LCR *Salmonella* grupo B, multisensible, evolucionó con vasculitis y daño cerebral difuso, hipertonia generalizada, espasticidad y bruxismo; se manejo con corticoides a altas dosis, ceftriaxona por 7 semanas. Evoluciona estable, con secuelas importantes, es dada de alta. Actualmente se controla en poli de Infectología. **Conclusiones:** Las meningitis por *Salmonella* tienen una alta mortalidad, que puede llegar al 90%, los que sobreviven quedan secueledos y las recaídas pueden presentarse hasta en 15% de los casos, no hay consenso de antibióticos, dosis y tiempo de tratamiento, tampoco hay descritos factores pronósticos ni relación con inmuno-supresión.

MIOCARDITIS Y ENCEFALITIS POR ARAÑAZO DE GATO: UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL

Brethauer S¹, Zamorano J¹⁻², Fernández C², Yáñez L².
¹Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. ²Servicio Pediatría, Clínica Santa María.

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis endémica causada por la bacteria *Bartonella henselae*. Se transmite por el contacto con gatos infectados como resultado de mordeduras, rasguños o contacto de la piel rota o de conjuntiva ocular con la saliva del gato. Su presentación típica son las linfadenopatías, pero se presenta también como síndrome febril prolongado, síndrome Parinaud, osteomielitis, encefalitis y miocarditis entre otras. **Caso clínico:** Lactante de 11 meses con antecedentes de hidrotórax prenatal y síndrome cutis marmorata telangiectásica congénita con macrocefalia. Consulta por fiebre alta y aumento progresivo de volumen cervical de 5 días de evolución. TAC de cuello muestra adenoflegmón con compromiso leve de vía aérea. Inicia tratamiento con cefotaxima y clindamicina, requiriendo luego drenaje quirúrgico por tórpida evolución y ascenso de los parámetros inflamatorios. IgG para *Bartonella henselae* enviados a tres laboratorios clínicos (Clínica Alemana, UC y Clínica Mayo) resultan con títulos positivos. A los 5 días de su ingreso, presenta descompensación brusca compatible con miocarditis aguda. Inicia cuadro de taquicardia auricular que no responde a adenosina manejándose con amiodarona y milrinona. A las 24 horas, se observa hipotonía axial, control cefálico nulo, compromiso de conciencia, chupeteo y mirada fija ocasional. Líquido cefalorraquídeo resulta normal, imágenes normales y EEG solo actividad desorganizada. Evoluciona sin nuevas recurrencias, con ecocardiografía de control con buena función cardíaca. Completa tratamiento con azitromicina, ciprofloxacino y rifampicina. Se va de alta al mes en buenas condiciones generales. **Comentarios:** Las manifestaciones de infección por *Bartonella henselae* son múltiples. Frente a un aumento de volumen cervical, ésta siempre debe ser descartada. Si bien, aún no contamos con técnicas de diagnóstico directas como PCR en Chile, seguimiento con títulos de IgG nos puede confirmar la sospecha diagnóstica. La miocarditis y encefalitis son presentaciones poco frecuentes, pero varios reportes las describen ya en la literatura. Por esta razón, como parte del estudio de estas entidades, también es importante descartar como agente etiológico *Bartonella henselae*.

SERIE CLÍNICA DE MENINGITIS BACTERIANA EN TRES CENTROS PEDIÁTRICOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Budnik I¹, Brettauer S¹, Peters C¹, Del Pozo P¹, Barraza P³, Cerda X³, Yáñez L², Zamorano J^{1,2}.

¹Universidad de Los Andes, ²Clínica Santa María, ³Clínica Dávila³ y ⁴Hospital Parroquial San Bernardo.

Introducción: La mortalidad y la incidencia por meningitis bacteriana aguda han disminuido en las últimas décadas debido a los avances de la pediatría intensiva y la incorporación de nuevas vacunas en la infancia. **Objetivos:** Describir los agentes, las características epidemiológicas, clínicas, y microbiológicas de esta grave enfermedad después de la incorporación en 1996 de la vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b en el programa nacional de inmunizaciones. Además identificar factores de riesgo de letalidad. **Métodos:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas con diagnóstico de egreso de meningitis bacteriana aguda (MBA) de los servicios de pediatría de los tres campos clínicos de la Universidad de los Andes, desde el año 1999 al 2008 en Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB), desde 2002 al 2008 en Clínica Dávila (CD) y 2003 al 2008 en Clínica Santa María (CSM). Se recolectó información en una base ad-hoc y se realizó análisis estadístico por χ^2 . **Resultados:** Se identificaron 58 casos de MBA, 27 casos del HPSB, 17 de CD y 14 de CSM. El promedio de casos por año fue 8. El 69% de los casos fueron en niños (relación hombre: mujer = 2,2:1), con un 68,9% de los casos en hombres. La distribución por grupo etario fue: menor de 1 mes 25,8%, 1 a 12 meses 22,4%, de 13 a 24 meses 6,8%, de 2 a 5 años 24,1% y de 6 a 15 años 20,6%. Los síntomas de presentación fueron: fiebre 91,3%, cefalea 36,2%, vómitos 50%, compromiso de conciencia 31%, convulsiones 22,4% y púrpura 27,5%. Se identificó agente causal en el 70,6% de los casos. Los agentes identificados fueron *Neisseria meningitidis* (36,5%) *Streptococcus agalactiae* (29,2%), *Streptococcus pneumoniae* (26,8%), y sólo 1 caso por *Haemophilus influenzae* tipo b. La letalidad de la serie es de 19,6% (se excluyeron 7 pacientes trasladados a otros servicios). Al analizar factores de riesgo de letalidad se encuentra que el hallazgo de leucopenia (< 4.000) y trombocitopenia menor a 150 mil tienen significancia estadística. **Conclusiones:** Desde la incorporación de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* prácticamente no tenemos casos por este agente. Aún está pendiente analizar el impacto de las nuevas vacunas antineumococos para prevenir esta patología. La mortalidad por esta infección tiene importancia epidemiológica, identificándose como factores de riesgo alteraciones en el hemograma, como leucopenia y trombocitopenia.

UTILIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIपाल EN EL BROTE DE INFLUENZA EL AÑO 2009 EN UN COLEGIO DE LA REGIÓN METROPOLITANA Y DESCRIPCIÓN DE ESTE

Budnik I, Errázuriz J, Zamorano J.

Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

Introducción: La influenza humana A H1N1, es una pandemia de rápida diseminación que ha afectado a nuestro país, entre muchos otros, causando gran impacto a nivel escolar, laboral y económico. Afecta principalmente a jóvenes previamente sanos y se transmite fácilmente de persona a persona, por lo que el incremento de casos en instituciones cerradas, como colegios ha sido exponencial. **Objetivos:** Descripción epidemiológica de casos de Influenza en un colegio de la Región Metropolitana, durante el brote de influenza 2009 en nuestro país. Determinar utilidad de vacuna antigripal en el brote de este año. **Métodos:** Se solicitó una lista de todos los alumnos entre 3° básico y 4° medio, identificando a los casos de influenza durante el brote del 2009 en el colegio Lincoln International Academy. Se repartieron encuestas a todos los niños preguntando antecedentes personales, presencia de enfermedad, inicio de síntomas, fuente de contagio, clínica, antecedente de vacuna antigripal este año, tratamiento antiviral y antibióticos y hospitalización. Luego se certificaron casos con lista de registros y se metieron datos en planilla Excell ad hoc. Análisis estadístico con Test de Fischer y χ^2 . **Resultados:** El total de niños encuestados fue de 356. De ellos, hubo 27 casos de influenza (7,58%), con una relación mujeres: hombres de 19:8. El primer caso fue el 8/5/09 en 7° básico. La mediana de afectados por curso fue de 3, siendo 3° básico el curso con mayor número de casos (7). No hubo casos en 1° medio. El promedio de edad fue de 15,77 años y la mediana de edad fue de 12 años. La mayoría no tiene claro fuente de contagio, 37% lo atribuye a contagio intracurso y 11% a contagio intrafamiliar. El mes donde hubo más casos fue el de Junio con 70,3%, seguido de Mayo y Julio. 96,3% presentó fiebre, 88,9% tos, 88,9% decaimiento, 74,0% cefalea, 51,8% mialgias, 44,4% odinofagia, 33,3% dolor abdominal, 25,9% vómitos, 22,2% fotofobia y 7,4% diarrea. Todos los afectados fueron tratados con Oseltamivir y 6/27 utilizaron además antibióticos por probable sospecha de coinfección bacteriana. No hubo casos que requirieran hospitalización. Sólo 11 de los 27 casos de influenza habían recibido la vacuna antigripal este año y 125 niños de los 329 no infectados. **Conclusiones:** El brote de influenza del 2009, tuvo su peak en el mes de Junio, afectando principalmente a mujeres y a alumnos de 3° básico. La presentación clínica fue similar a lo que se describe en la literatura. No hubo diferencias significativas estadísticas que demostraran protección por parte de la vacuna antigripal. Afortunadamente esta serie no presentó casos graves que requirieran hospitalización.

ANÁLISIS DE LA SEROPREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR *TRYPANOSOMA CRUZI* EN NIÑOS DE 6 Y 12 AÑOS DE ESCUELAS URBANAS DEL GRAN MENDOZA, ARGENTINA

Carrizo L, Santos G, Lucchesi O, Tonelli R, Nanfaro F, Salomón C.
 Área de Parasitología, FCM, UNCuyo, lcarrizo@fcm.uncu.edu.ar

La enfermedad de Chagas es un problema grave de salud pública en países en desarrollo. En el 2002 Mendoza fue incluida en el grupo de provincias de alto riesgo, en el marco de la "Iniciativa en Salud de los Países del Cono Sur (INCOSUR)". **Objetivo:** Realizar el estudio serológico de la infección por *Trypanosoma cruzi* en una población considerada de bajo riesgo epidemiológico y concientizar a la comunidad educativa acerca de la importancia de esta enfermedad. **Material y Métodos:** Se incluyó en el estudio a niños de primer y séptimo grado, edades medias: $6 \pm 1,5$ y $12 \pm 1,5$ años respectivamente, que asisten a dos escuelas urbanas de Mendoza. Se realizaron reuniones informativas destinadas a padres, alumnos y docentes. Se entregó un consentimiento informado solicitando a los padres su autorización para la inclusión de los niños en el estudio. **Resultados:** La participación de alumnado fue del 22%. Se realizó Hemaglutinación Indirecta y Enzimoimmunoanálisis para la detección de anticuerpos contra *T. cruzi*, e Inmunofluorescencia Indirecta para las muestras discordantes. Se detectó un 0,8% de muestras positivas. **Conclusiones:** Estos hallazgos demuestran la necesidad de implementar una búsqueda activa de la infección por *T. cruzi* en poblaciones urbanas. Se considera que el 60% de los menores de 14 años a los que se les administra antiparasitarios responden exitosamente al tratamiento, por lo que los niños serológicamente positivos fueron incorporados al Programa Provincial de Chagas-Mendoza para su tratamiento y control. De esta manera, se espera disminuir tanto la posibilidad del desarrollo de la patología chagásica, como la posibilidad de la transmisión vectorial de la infección.

¿CUÁNTO SABEN LOS APODERADOS SOBRE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS?

Zuloaga R¹, Castro Z², Jara J, Montaner M, Palacios M, Silva M, Sepúlveda J.
¹Hospital Carlos Van Buren, ²Hospital Quilpue, V Región, Chile.

Introducción: El uso de antibióticos (AB) es fundamental para manejar infecciones bacterianas, su uso inapropiado alcanza un 50% del uso global. Esto se ha transformando en un problema de salud pública, genera resistencia bacteriana, expone a pacientes al riesgo de efectos adversos y aumenta inútilmente el gasto en salud. El uso racional se basa en tres pilares: la prescripción, la dispensación y el consumo, por lo tanto, es necesario realizar intervenciones coordinadas dirigidas a los prestadores de salud y a los pacientes. **Material y Métodos:** Se diseñó una encuesta de 14 preguntas de elección múltiple que permite identificar el grado de conocimiento sobre el uso, indicaciones y efectos colaterales de los AB disponibles en el Servicio de Salud donde se realiza la encuesta. Se aplicó la encuesta a 342 apoderados de pacientes pediátricos que han recibido alguna vez AB ambulatorios. Se grafican los resultados y se correlacionan con los antecedentes demográficos de la población encuestada. **Resultados:** El 85% de los apoderados encuestados son de sexo femenino, con un promedio de edad de 33,1 años y con 2,2 hijos de paridad promedio. El 64,26% de la población encuestada tiene educación Media completa, el 8,48% educación Básica. El 91% tiene la autopercepción de saber para que se utilizan los AB, un 30% refiere que son para infecciones virales. El 94,4% reconoce la Amoxicilina, el 85,9% a la Penicilina, 60,8% a la Cloxacilina, 55,8% a la Eritromicina y 17,6% al Cefadroxilo como AB. El 94% refiere uso de AB sólo por prescripción médica. El 18% reconoce automedicación, 73,3% con relación a fiebre, 23,3% con relación al dolor. El 86,84% refiere que la prescripción médica de AB es para mejorar infecciones. El 7,4% de los padres ha comprado AB sin receta médica, el 89,3% completa el tratamiento AB por los días indicados por el médico, el 6% hasta que se termina el frasco y un 4,5% hasta que su hijo se siente bien. Un 74% cumple correctamente con la frecuencia AB indicada cada 8 horas- tres veces al día, 19% lo administra 2 veces al día y 7% cuatro veces al día. En caso de dudas con la prescripción AB, un 77% las resuelve con el médico, 11% con el vendedor de farmacia. Sólo el 14% de los padres revisa la fecha de expiración de los AB antes de utilizarlos. El 71% refiere saber que éstos tienen efectos secundarios, 90% refieren alergia, 16% gastritis, 13% vómitos y un 7% inmunodepresión, entre otros. **Conclusión:** A pesar de los grandes avances en educación, persiste un uso inapropiado de AB por parte de los padres, tanto en la comprensión de su utilidad, efectos colaterales y consumo. La automedicación sigue siendo un problema frecuente, lo cual indica que no hay un adecuado control de su venta ni una real comprensión de su utilidad por parte de los padres. Es fundamental la permanente educación por parte del equipo de salud a los familiares, sólo así se logrará el uso racional de AB en la población pediátrica.

DOLOR LUMBAR EN LA INFANCIA. CUANDO SOSPECHAR ESPONDILODISCITIS. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Díaz JP¹, Jara R², Mendoza M², Dinamarca C².

¹Médico Servicio Pediatría HBLA. ²Interno Medicina USS Hospital Base Los Ángeles.

Introducción: La espondilodiscitis (ED), es una patología poco frecuente, rara en su presentación. Se refiere a la inflamación del disco intervertebral y las estructuras óseas adyacentes. Debido a la anatomía distinta entre el adulto y el niño, la clínica, tratamiento y las secuelas no son las mismas y por tanto no comparables. Nuestro objetivo es entregar a la comunidad pediátrica, 2 casos de ED ocurridos en nuestro hospital, para poner esta patología como una causa grave de dolor lumbar. **Material y Método:** Se realizó seguimiento de 2 pacientes que ingresan al servicio de pediatría del Hospital Base Los Ángeles (HBLA), entre febrero y mayo del 2009, hasta su alta. Este seguimiento incluyó valoración clínica, exámenes complementarios y tratamiento. **Resultados:** Caso 1: paciente sexo femenino, 2 años de edad. Ingresó en 02/2009 por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por marcha tambaleante, debilidad de extremidades inferiores y necesidad de apoyo al caminar. No se presenta fiebre. Se realiza punción lumbar, con resultado normal. Otros exámenes resultan todos normales. Al no existir resultados positivos y persistir con síntomas, es evaluada por neurocirugía, quien solicita resonancia nuclear magnética de columna, que muestra imagen inflamatoria perivertebral a nivel lumbar. Se inicia tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefotaxima por 14 días. Se completa 2 semanas más con flucloxacilina al alta. El seguimiento posterior, reveló mejoría de síntomas y ausencia de dolor. Caso 2: paciente de sexo masculino, de 18 meses de vida. Ingresó en 05/2009. Madre nota dolor en pierna derecha, asociado a marcha dolorosa y claudicante, ausencia de gateo además de intenso dolor a la sedestación. No hay fiebre. Evaluado con TAC de columna, no se evidencian alteraciones. Se realizó punción lumbar, resultando normal. Examen neurológico normal. RNM de columna es informada como imagen inflamatoria perivertebral a nivel de L4 y L5. Se realizó punción discal para cultivo (negativo) y biopsia que concluye "exudado inflamatorio fibrinoleucocitario". Otros exámenes muestran PCR y VHS elevada. Se trata con cloxacilina y cefotaxima por 2 semanas y luego con flucloxacilina. **Conclusiones:** La ED tiene un diagnóstico difícil por sus síntomas inespecíficos. Los síntomas que más orientan al diagnóstico son dolor de espalda, restricción a la movilidad de columna, dolor abdominal, incapacidad para gatear, dolor a la sedestación. Mayor utilidad fue la RNM y la biopsia discal para confirmar diagnóstico.

FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA EN CHILE: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL DE NOTIFICACIONES ENTRE 1997-2009

Flores C, Cabieses B, Espinoza M, Gallegos D, Torres M, Flores S.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Salud Pública, Programa de Magister de Epidemiología/Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia, División de Planificación Sanitaria.

Introducción: La Enfermedad Meningocócica (EM) constituye un gran problema de salud pública en el mundo presentándose en forma endémica y epidémica. Se manifiesta como meningitis y cuadros fulminantes de meningococcemia. En Chile, la EM ha experimentado importantes modificaciones en su patrón de aparición y aún se desconocen algunos factores asociados. **Objetivo:** Determinar algunos factores asociados a la EM en Chile a partir de registros de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud entre los años 1997 y primer semestre de 2009. **Método:** Estudio analítico de corte transversal a partir del total de casos notificados y confirmados equivalente a 4.188 pacientes. Las variables analizadas fueron sexo, edad, región de residencia, estacionalidad (mes de la notificación), tipo de EM y serotipos confirmados. La base de datos de vigilancia fue complementada con la información entregada por el Instituto de Salud Pública. Se realizó análisis descriptivo, estratificado (χ^2 , T-test o oneway Anova según tipo de variable) y asociación con estimación de Odds Ratio (regresión logística) o coeficiente beta (regresión lineal). **Resultados:** La EM muestra una endemia en descenso desde el año 2001. El 50,3% correspondió a sexo femenino. El principal grupo afectado fueron los niños (82,9% de los casos), en particular entre 2 y 5 años (25,8%) y entre 6 y 11 años (18,3%). El 45,1% presentó meningitis, el 37,5% presentó meningococcemia y el 17,4% ambas entidades. Los niños presentaron meningococcemia en mayor proporción que los adultos ($p < 0,001$). El principal serogrupo fue el B, el cual fue notificado con mayor frecuencia en edades más tempranas. La EM fue más frecuente en invierno (32,4%, $p < 0,05$), donde se reportaron más serogrupos B y C. Se observó un 8,1% de letalidad, falleciendo más pacientes en las regiones I (OR 3,4, IC95% 1,8-6,4), VI (OR 2,0, IC95% 1,1-3,5), VII (OR 1,8, IC95% 1,1-2,8) y IX (OR 2,3, IC95% 1,3-3,9) respecto de la Metropolitana. Además fallecieron más pacientes con serogrupos Y en comparación a serogrupo B (OR 3,4, IC95% 1,4-8,3, $p < 0,05$) y todos los tipos de EM fallecieron en mayor proporción que la Meningitis (OR 1,9-173,4, $p < 0,05$). **Conclusiones:** Este estudio aporta nueva información sobre algunos factores asociados a EM en Chile. Los factores asociados a EM reportados en este estudio podrían contribuir a la prevención de EM con especial énfasis en la población infantil y las regiones más afectadas.

FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL TEST ELISA VIH EN EMBARAZADAS

Flores C, Flores S, Andía M, Donoso E, Torres M, Bedregal P, Valdivia G.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Programa de Magister de Epidemiología/Hospital Provincial de Ovalle, Servicios de Pediatría y Ginecología-Obstetricia.

Introducción: La Norma General Técnica N° 81, prevención de la transmisión vertical del VIH (PTVV); aprobada en Octubre de 2005 propone la realización del examen de detección del VIH, con consejería y consentimiento informado por escrito para que las mujeres puedan decidir hacerse el Test de Elisa VIH (TEV) durante el control de embarazo. La detección precoz de la infección por VIH es la intervención de mayor efectividad en el logro del objetivo de reducir la transmisión vertical. **Objetivo:** Conocer los factores asociados a la realización del TEV de las embarazadas de la Provincia del Limarí. **Material y Método:** Diseño de casos y controles aprobado por el Comité de Ética local, siendo la población objetivo 2.355 embarazadas ingresadas el año 2006 al Hospital de Ovalle. Los casos correspondieron a 454 embarazadas controladas localmente, pero que no se realizaron TEV. Se seleccionó como grupo de control mediante muestreo aleatorio simple a 472 embarazadas ingresadas en el mismo período con su correspondiente examen. Se realizó análisis descriptivo de las principales variables y un posterior análisis multivariado a través de programa SPSS v.15. **Resultados:** De las 926 embarazadas, el 67,4% eran dueñas de casa, el 19,9% eran casadas, el 42% eran primigestas y el 14 % tenía 13 o más años de educación (mae). Entre los casos, el 57,1% tenía 6 ó menos años de estudio (menae), 42,5% no deseaba el embarazo, 46,6% eran madres solteras y 29% eran menores de 20 años. En el análisis univariado el embarazo deseado se comportó como una variable asociada a la realización del TEV (OR: 0,64 [IC95% 0,5-0,9], p = 0,008) al igual que estar casada (OR: 0,56 [IC95% 0,4-0,8], p = 0,001). La edad menor de 20 años es una variable de riesgo para la no realización del TEV (OR: 1,44 [IC95% 1,1-1,9], p = 0,017). Con respecto a las embarazadas con 13 o más, las con 12 años y las con 8 o menos tenían más riesgo de no realizarse el examen con OR: 2,74 [IC95% 1,8-4,2], p < 0,001 y OR: 2,76 [IC95% 1,7-4,4], p < 0,001 respectivamente. En el análisis multivariado permanece el embarazo deseado como variable protectora con OR: 0,68 [IC95% 0,5-0,9], p = 0,032. Las embarazadas con 6 o más y las con 7 a 12 años de estudio tienen mayor riesgo de no hacerse el TEV que las con educación superior (OR: 3,23 [IC95% 1,8-5,7], p < 0,001 y OR: 2,60 [IC95% 1,7-3,9], p < 0,001 respectivamente). **Conclusiones:** El embarazo deseado reduce el riesgo de no realización del TEV y el bajo nivel de instrucción académica lo incrementa.

SÍNDROME COQUELUCHOIDEO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE 2000-2006

Grandy VM¹, Delucchi SY¹, Montoya SM¹, Peters SA¹, Maturana RM², Moreno PA³, Moraga A⁴.

¹Becada de Pediatría, Universidad de Concepción. ²Pediatra Infectólogo, Universidad de Concepción. ³Pediatra Profesor Emérito, Universidad de Concepción. ⁴Epidemióloga Seremi de Salud Concepción.

Introducción: Caracterizar el Síndrome Coqueluchoideo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Guillermo Grant Benavente entre los años 2000-2006. **Material y Métodos:** Se realiza análisis retrospectivo de todos pacientes hospitalizados en el servicio entre el año 2000-2006 con diagnóstico de egreso Síndrome coqueluchoideo. **Resultados:** Las edades de presentación más frecuentes fueron, < 2 meses 44% y 2 a 6 meses 46%. Dentro de los síntomas destaca la tos 91,5%, cianosis 62,5% y apnea 42,5%. En cuanto al método diagnóstico un 19,6% tuvo IFD (+) para *Bordetella pertussis* y el IFI viral fue (+) para VRS en un 3,3%, parainfluenza 0,9%. Un 73% tuvo leucocitosis, de los cuales 4,2% correspondió a hiperleucocitosis, linfocitosis 53,3% y PCR elevada 10%. De los IFD (+) el 73,9% tuvo leucocitosis y linfocitosis, 4,3% hiperleucocitosis y aumento de la PCR el 17,4%. Un 32% fue vacunado con DPT y un 28% recibió 1 dosis de DPT. El 70% recibió tratamiento antibiótico. Se administró eritromicina en un 46% y claritromicina en un 13%. El 64% de los tratados con eritromicina completó 14 días. 80% de los que recibieron claritromicina, se trataron por más de 7 días. El 42% estuvo hospitalizado entre 6 y 10 días. No hubo mortalidad en nuestra serie. **Conclusión:** Coincidente con la literatura el grupo más afectado, corresponde a los lactantes menores de 6 meses y los síntomas más frecuentes fueron tos, luego cianosis y apnea. Hubo un bajo porcentaje de IFD (+) para *Bordetella pertussis* lo que puede deberse a la baja sensibilidad del examen. Las alteraciones de laboratorio predominantes fueron leucocitosis y linfocitosis. Hubo un porcentaje importante de no vacunados y calendario incompleto, cuya causa más probable sea el grupo de edad afectado. En la mayoría se administró eritromicina por 14 días, lo que corresponde aunque la recomendación del Ministerio de Salud vigente (Circular B51-04 de Febrero 2007) es tratar por 7 días, claritromicina se utilizó por más días de lo recomendado en la mayoría de los casos. Es importante conocer las características de este síndrome ya que afecta principalmente a lactantes menores, así también es necesario contar con técnicas de laboratorio que permitan identificar mejor los agentes etiológicos, en especial *Bordetella pertussis*, como también evaluar la efectividad de la inmunización activa, por corresponder a una enfermedad inmunoprevenible y de importante morbimortalidad en este grupo etáreo.

ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BASE DE OSORNO EN LOS AÑOS 2008 Y 2009

Núñez D, Hornig V, Trampe K.

Hospital Base Osorno, Universidad Austral de Chile.

El neumococo es el agente causal de múltiples patologías pediátricas, pasando a ser, tras la introducción de la vacuna contra *H. influenzae*, la primera causa de infecciones invasivas en países desarrollados y en vías de desarrollo. **Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas y microbiológicas de la enfermedad invasiva por neumococo en la población pediátrica del Hospital Base de Osorno en un período de tiempo determinado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los años 2008 y 2009. Se revisaron las fichas clínicas de niños hospitalizados en ese período en el servicio de pediatría del HBO por enfermedad invasiva neumocócica. **Resultados:** De la muestra obtenida, consistente en 12 niños con edades entre los 8 meses y los 14 años de edad los resultados fueron: un 41,6% tenía 2 años o menos, 8,3% entre 2 y 5 años y un 50% entre 5 y 15; en un 58,3% del total se aisló el serotipo 1 y en un 8,3% el serotipo 14, correspondiendo al 87,5% y 12,5%, respectivamente, del total de serotipos identificados. Un 75% eran cepas sensibles a penicilina, un 16,6% resistente y un 8,3% presentó resistencia intermedia. Un 100% presentó sensibilidad a Ceftriaxona. **Conclusiones:** Las enfermedades invasivas por neumococo afectan, en su mayoría, a lactantes, predominando, a diferencia de otros estudios nacionales e internacionales, el serotipo 1, evidenciándose un gran beneficio con la incorporación de este serotipo en una nueva vacuna.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, CARACTERIZACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS

Pavez D, Carvajal R, Labraña Y, Álvarez AM.

Unidad de Infectología Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

La enfermedad por arañazo de gato es una afección producida por la bacteria *Bartonella henselae*, transmitida al hombre por arañazo, mordedura o lamido de un gato. La característica clínica predominante es fiebre y linfadenopatía regional (EAG típica). La EAG atípica, se presenta entre un 5 a 25% de los casos manifestada por: síndrome febril prolongado, compromiso neurológico (encefalitis, meningitis, mielitis, neuropatía periférica, etc), manifestaciones abdominales (granulomas, microabscesos hepatoesplénicos, hepatitis, etc), manifestaciones oculares (retinitis, neuritis óptica y síndrome oculoglandular de Parinaud), manifestaciones óseas (osteomielitis, absceso paravertebral, artritis reactiva, etc). **Caso 1:** Paciente de 3 años, sana, con fiebre hasta 40° de 11 días de evolución y síndrome diarreico que mejora al tercer día de hospitalización. Por persistir febril, con exámenes de primera línea que destacan VHS 101 y antecedente de contacto con gatos, se realiza Ig G Bartonella que resulta positiva 1: 256. Se efectuó ECO abdominal que muestra hepatomegalia leve, cintigrama óseo que es normal y evaluación oftalmológica que muestra lesiones retineales, sin compromiso de nervio óptico. Ante recurrencia de fiebre se realiza titulación de Ig G resultando 1/4.096, manejándose con ciprofloxacino por 1 mes con evolución satisfactoria. **Caso 2:** Paciente de 14 años con historia de 15 días de fiebre y adenopatía inguinal derecha. Presenta VHS 83, PCR 50 y ECO abdominal que evidencia 2 lesiones esplénicas hipoecogénicas de 7 mm, con aspecto de microabscesos. Cintigrafía ósea revela alteraciones focales del esqueleto, con Ig G (+) a Bartonella henselae, iniciando tratamiento con rifampicina (7 días) y ciprofloxacino (1 mes), con cintigrama de control normal. **Caso 3:** Hermano gemelo de paciente anterior, con historia de una semana de fiebre nocturna hasta 40° con adenopatía epitrocLEAR y axilar derecha, refiriendo rasguño de gato en esta extremidad. Estudio dirigido revela IgG *B. henselae* (+), bazo con lesiones focales hipoecogénicas < 1 cm a la ecografía y cintigrafía ósea normal. Se trata con claritromicina (500 mg c/12 hr) durante 14 días con buena respuesta. **Conclusión:** Como se observa en estos casos, parte esencial en el diagnóstico es la sospecha clínica y la búsqueda del antecedente de contacto con gatos; además al hacer el diagnóstico de EAG atípica es importante realizar estudio de complicaciones (ECO abdominal, evaluación oftalmológica y cintigrama óseo).

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA

Wenzel MS¹, Pérez JL², Cruz MC³, Mancilla P¹, Jara J¹, Canario P¹.

¹Pediatra. ²Bebedo Pediatría Universidad Austral de Chile. ³Médico Laboratorio Clínico.

Introducción: Las infecciones neumocócicas son una causa importante de morbilidad, hospitalización y mortalidad en el mundo. Neumonías, bacteriemias y meningitis son formas clínicas de la enfermedad invasora. En los últimos años, la enfermedad neumocócica ha experimentado cambios importantes en su presentación clínica y sensibilidad a los antibióticos. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de las enfermedades neumocócicas invasoras en el Hospital Regional de Valdivia. **Material y Métodos:** trabajo retrospectivo realizado mediante revisión de fichas clínicas de pacientes que ingresaron entre Enero del año 2002 y Junio 2009. **Resultados:** Se registró un total de 72 casos en menores de 19 años correspondiendo un 54% a menores de 2 años. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron neumonía 53% (17% con derrame pleural), sepsis/bacteriemia 31% y meningitis 7%. El factor de riesgo más frecuentemente encontrado en menores de dos años fue la asistencia a guarderías y en los mayores la patología oncológica. Se efectuó serotipificación a 26 pacientes, correspondiendo el 58% al serotipo 14. La sensibilidad a penicilina el año 2002 fue 93% y durante el primer semestre del 2009, 70%. Fallecieron 2 pacientes (letalidad 2,8%). **Conclusiones:** La bacteriemia es la presentación clínica más frecuente en los menores de 2 años, observándose en los últimos años un aumento de los casos de neumonías y empiemas. El serotipo predominante tanto en neumonías como bacteriemias es el 14. La resistencia a penicilina ha experimentado un aumento en los últimos años.

MENINGITIS NEONATAL TARDÍA EN TRES CENTROS PEDIÁTRICOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Budnik I¹, Peters C¹, Del Pozo P¹, Brethauer S¹, Barraza P³, Cerda X³, Yáñez L², Zamorano J^{1,2}.

¹Universidad de Los Andes, ²Clínica Santa María, ³Clínica Dávila³ y ⁴Hospital Parroquial San Bernardo.

Introducción: La meningitis representa una de las infecciones más graves, más aún si se presenta en el grupo de neonatos. **Objetivos:** Describir características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de esta patología en recién nacidos. **Métodos:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas con diagnóstico de egreso de meningitis bacteriana de los servicios de pediatría de los tres campos clínicos de la Universidad de Los Andes, desde el año 2003 al 2008 (Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB), Clínica Dávila (CD) y Clínica Santa María (CSM)). Se seleccionaron aquellos pacientes menores de un mes de vida y los datos se incluyeron en una base ad-hoc. Se realizó análisis estadístico por Test de Fisher. **Resultados:** Se identificaron 15 casos de MBA en niños menores de 30 días de vida, 6 casos del HPSB, 6 de CD y 3 de CSM. Se presentaron 2 a 4 casos por año. Todos correspondían a infecciones neonatales tardías (después de 7 días). Todos los RN eran sanos previo al ingreso. La relación hombre: mujer 2,75:1, con un 73,3% de casos en el género masculino. La mediana de edad de presentación fue 27 días, con un rango de 9 a 31 días. La manifestación más frecuente fue fiebre en 12/15 pacientes (80%), irritabilidad 46%, seguido de compromiso de conciencia y convulsiones en 20% para cada caso. No hubo casos que se manifestaran como púrpura. Se aisló el germen en el 80% de los casos, correspondiendo todos a *Streptococcus agalactiae* (SGB). Los leucocitos en el líquido cefalorraquídeo mostraron una amplia variabilidad desde 1 célula a 15.400, con una mediana de 250 células, además de hiperproteínorraquia en el 66,6% de los pacientes e hipoglucorraquia en la mitad de los casos. 6 de 8 pacientes tuvieron alguna alteración en el TAC cerebral. La principal complicación fue shock séptico en un 40%. El tratamiento fue en la mayoría de los casos (73,3%) con Ampicilina y Cefotaxima y sólo un caso recibió corticoides. En esta serie fallecieron 3 de los 15 niños (20%). Este evento ocurrió antes del 5to día de ingreso. Estos niños se manifestaron con compromiso de conciencia al ingreso y evolucionaron con hipertensión endocraneana y falla orgánica múltiple. El hemograma de ingreso presenta GB menor de 2500 y plaquetas menor de 120.000. **Conclusiones:** La meningitis neonatal constituye una manifestación de la sepsis tardía. El agente involucrado es *Streptococcus agalactiae*. La mortalidad de esta infección es importante. Preocupa que las medidas de screening y prevención de SGB en embarazadas no jugarían un rol en el control de esta patología. El diagnóstico precoz frente a un RN febril sigue siendo nuestra herramienta terapéutica.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Riera CF, Menchaca OG.

Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: Es sabida la gran variabilidad en la aplicación en el uso de antibióticos en las infecciones respiratorias en niños, habiendo reportes de aplicaciones de los mismos hasta en un 50% de los casos. Por lo que se quiso evaluar su uso en el Hospital Sótero del Río durante el invierno del año 2009. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal durante la campaña de invierno en el Hospital Sótero del Río evaluando los niños que recibieron antibióticos durante 15 días en Agosto del 2009, en el servicio de Pediatría. Evaluando las características clínicas, exámenes de laboratorio consistentes en inmunofluorescencia directa para virus respiratorios desde aspirado nasofaríngeo, Hemograma y Proteína C Reactiva. Además del antibiótico utilizado. **Resultados:** Se evaluaron 152 niños con infecciones respiratoria. De los cuales 33 (un 22%) recibieron antibióticos. Los diagnósticos más frecuentes fueron neumonía viral sobreinfectada (48%), seguido por neumonía atípica (18%) y neumonía bacteriana (12%). De los exámenes realizados destaca un 60% de los pacientes tratados con antibióticos con germen viral identificado, destacando una leucocitosis leve (11.884 ± 3.835) y PCR levemente por sobre 50 ($55,6 \pm 51$), destacando este último parámetro el más utilizado luego de la evaluación clínica, para decidir el uso de antibióticos. En cuanto al uso de antibióticos utilizados, el más usado fue la Ampicilina en un 33%, seguido por Ceftriaxona (18%) y Claritromicina (18%). **Discusión:** En esta muestra destaca un uso moderado de antibióticos, destacando estudios que en infecciones respiratorias agudas aplican hasta un 50% de antibióticos. Cabe mencionar lo seleccionado de la muestra dado que durante este período los pacientes de menor gravedad eran dados de alta luego de un período de observación o derivados a San José de Maipo. Además dentro de la muestra un 30% de los pacientes que recibió antibióticos requirió estadía en la unidad de paciente crítico. Por otro lado, también destaca que el antibiótico más utilizado es la Ampicilina, lo cual está de acuerdo a las guías clínicas actuales, sin embargo, destaca un uso no despreciable de Ceftriaxona y Claritromicina de los cuales sería importante normar su uso en el futuro.

TROMBOCITOPENIA Y ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE VIH EN UN LACTANTE

Figueroa F¹, Guzmán K², Rojas S².

¹Médico Unidad de urgencias Hospital Clínico Regional de Antofagasta. ²Becado de Pediatría Universidad de Antofagasta. Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

Introducción: En el mundo se estiman 33 millones de personas con VIH, 15% menores de 15 años. Citopenias de todas las líneas celulares se reconocen cada vez más entre los pacientes VIH positivos, cuya incidencia se correlaciona directamente con el grado de inmunosupresión. Sin embargo, las anomalías aisladas, en particular, trombocitopenia, se puede encontrar como la presentación inicial de la infección en 10% de los pacientes. **Objetivo:** Dar a conocer el caso clínico de un lactante que ingresa por sepsis con CID como primera manifestación de VIH. **Caso clínico:** Lactante sexo masculino 3 meses previamente sano, ingresa por cuadro de 48 hrs de evolución caracterizado por fiebre 39 °C que cede parcialmente con AINES y deposiciones sanguinolentas. Ecografía abdominal descartó invaginación intestinal. Exámenes: hematocrito 18%, hemoglobina 5,9 mg/dl, leucocitos 8.000/mm³, TP 40 seg, protrombina 18%, INR 3,27. Paciente en regular estado general pálido, mal perfundido pero reactivo, petequias en muslos y abdomen, examen cardíaco RR2TSS, pulmonar mp (+) sin ruidos agregados, abdomen blando depresible. FC 161 lpm, PA 60/55 mmhg; FR 56 rpm, T39°C. Se diagnostica sepsis grave con CID de foco digestivo, se inicia tratamiento antibiótico triasociado, posteriormente con urocultivo (+) a *E. coli* se diagnostica urosepsis. Evoluciona con pancitopenia, la cual es interpretada inicialmente en contexto de sepsis. A los 10 días se realizó mielograma informado como normal. A los 11 días con exantema en cara y tronco, persistencia de la fiebre, hepatoesplenomegalia, se plantea infección viral, posteriormente con compromiso de conciencia se realiza TAC (normal) y PL (leucocitos: 0; glucosa 42 mg/dl, proteínas 390 mg/dl) y se inicia tratamiento con aciclovir por obs encefalitis. En este contexto se realizan varios exámenes de serología viral solicitándose entre ellos un ELISA VIH que resulta (+), confirmandose un mes después, además UI RNA viral/ml > 3.000.000, PCR (+) VIH, Ag VIH (+), CD4 433μ/ml. **Conclusión:** La infección por VIH debe ser considerada en la evaluación de los pacientes con cualquier tipo de citopenia.

FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL: HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO 1989-2007

*Sánchez G, Mamani R, Retamal J, Casar C, Martín R.
Hospital Dr. Roberto del Río, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de curso progresivo y crónico, que involucra principalmente al pulmón. Afecta a todas las edades, siendo de mayor gravedad en las edades extremas de la vida. Otros factores importantes a considerar son las condiciones socioeconómicas, el estado nutricional, la inmunidad y la presencia de vacuna BCG. En Chile, la incidencia de tuberculosis ha disminuido, pero continua provocando cuadros graves, siendo su diagnóstico difícil por su baja incidencia. El objetivo del estudio fue describir las formas clínicas de presentación de la tuberculosis infantil en pacientes con diagnóstico confirmado y que se controlaron en el consultorio de especialidades del Hospital Roberto del Río entre 1989 y 2007. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, rescatando los pacientes menores de 15 años notificados con alguna forma clínica de tuberculosis y controlado en el Hospital Roberto del Río en los años mencionados. **Resultados:** Se reclutaron 50 pacientes, con un promedio de edad de 7,7 años con un rango de 16 días y 15 años. 52% eran de sexo femenino. En 41 pacientes existía cicatriz BCG. En 29 pacientes existía antecedente de contacto bacilífero. Dos pacientes tenían diagnóstico de inmunodeficiencia (ambos con TBC miliar). En relación a la distribución según formas clínicas, 23 pacientes presentaron TBC extrapulmonar, 21 TBC pulmonar y 6 forma diseminada. Se usó baciloscopia como método diagnóstico en 23 pacientes siendo positivas 8 de estas, y en 3 pacientes con baciloscopia negativa se confirmó el diagnóstico con cultivo. Se realizaron 23 biopsias siendo diagnósticas 22 de ellas. Además se diagnosticaron 4 pacientes con clínica sugerente de pleuresía y ADA, 12 pacientes con clínica y viraje tuberculínico (PPD). Se realizó diagnóstico postmortem en 2 pacientes. **Discusión:** El antecedente de contacto bacilífero se encuentra en más de la mitad de los casos. Las formas pulmonares representaron la mitad de nuestros casos. La bacteriología fue positiva en menos de la mitad de los casos pulmonares. La biopsia es la herramienta diagnóstica más importante en las formas extra-pulmonares.

EXPERIENCIA DEL USO DE OSELTAMIVIR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

*Soto S, Moslemi I¹, Muñoz I¹, Olivari D¹.
¹Internos Medicina Universidad de Concepción.*

Introducción: El mundo enfrenta una pandemia de influenza humana A H1N1 y en Chile se han tomado diferentes medidas para el adecuado manejo de esta afección, que incluye entre otras el uso de oseltamivir. **Objetivos:** Determinar la incidencia y tipo de reacciones adversas a oseltamivir, la adecuada prescripción según las guías ministeriales e internacionales y la adherencia al tratamiento. Los resultados se compararán con los reportados en la literatura internacional. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Los datos se obtuvieron del registro de atención de urgencia de pacientes pediátricos que despacharon oseltamivir durante el mes de Junio del 2009 en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, para realizar posteriormente una encuesta telefónica. **Resultados:** De un total de 496 pacientes que retiraron oseltamivir durante este período se logró encuestar a 145 (29,2%) con una edad media de 9,5 años. Los pacientes consultaron en promedio 2,4 días posterior al inicio de los síntomas. Un 16,6% de estos pacientes refirió haber presentado uno o más síntomas no deseados durante el tratamiento, entre los cuales destacan vómitos en un 9,7% con un promedio de 2,3 días, dolor abdominal en un 6,2% y náuseas en un 4,1%. Se pesquizó cefalea post tratamiento en un 2,8% y alteraciones del comportamiento en un 0,7%. Un 25% de los pacientes que presentaron síntomas no deseados recibieron dosis inadecuadas del medicamento. Hubo un 96,6% de adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** El oseltamivir se describe como una droga segura, eficaz, con efectos adversos transitorios y leves, siendo los más frecuentes los gastrointestinales. Otras reacciones como los trastornos del comportamiento se consideran como casos excepcionales, la mayoría sin un nexo confiable entre el fármaco y la sintomatología.

MUCORMICOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Tüger FM, Martínez DP, Zaror CL

Instituto de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Unidad de Hemato-Oncología, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Introducción: La Mucormicosis cutánea es producida por hongos ambientales filamentosos no septados, cuya inoculación de esporas dentro de la dermis origina una lesión tipo ectima, generalmente única y de evolución rápidamente progresiva por las características angioinvasoras de las hifas que determinan zonas de infartos y necrosis de tejidos. **Caso clínico:** Niño de 4 años, procedente de Valdivia. El 01/12/08 se diagnostica leucemia linfoblástica aguda e inicia quimioterapia intensiva según protocolo PINDA que incluye prednisona 2 mg/kg/día. El 02/12/08 presenta neutropenia febril por lo que recibe cloxacilina + amikacina, con proteína C reactiva baja y hemocultivos negativos. Evolucionó favorablemente pero persiste con neutropenia severa. A los 12 días reaparece fiebre, demostrándose bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae* y colonización faríngea por *Klebsiella oxytoca*, se maneja con vancomicina, ceftriaxona y amikacina, asociado a fluconazol. Cuatro días después, estando afebril, presenta micropapulovesículas pruriginosas en codo derecho, que progresan a ulceración dolorosa, hemorrágica, redondeada y con rodete inflamatorio en bordes, de 6 x 3 cm. Se plantea ectima gangrenoso y se cambia tratamiento a clindamicina, ceftazidima y amikacina, manteniendo fluconazol, asociando aseo quirúrgico y estudio microbiológico e histológico. El cultivo corriente es negativo y el de hongos demuestra crecimiento de *Rhizopus*, confirmando por histología la presencia de hifas no septadas. Se cambia fluconazol por anfotericina B (dosis 1,5 mg/kg/día ev), asociado inicialmente a caspofungina, suspendiendo transitoriamente quimioterapia. El paciente evoluciona estable, afebril, con neutropenia persistente y, pese a repetidos aseos quirúrgicos, la escara necrótica se profundiza hasta fascia muscular, requiriendo debridación hasta subperiostio. Último aseo, a los 22 días de tratamiento, no demuestra elementos fúngicos en el borde de la lesión. Estudio de extensión descarta compromiso óseo, sinusal y cerebral. Completa 40 días de terapia antifúngica (dosis total 1,5 gramos), con evolución satisfactoria. Posteriormente, se realiza injerto dermoepidérmico. **Comentarios:** Si bien esta patología es infrecuente, debemos sospecharla en pacientes con neoplasias hematológicas y/o glucocorticoides en altas dosis, para establecer un diagnóstico etiológico oportuno, ya que el tratamiento contempla debridamiento quirúrgico.

MUCORMICOSIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO EN NEONATO DE TÉRMINO

Villanueva ChM, Avilés CL.

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile. Departamento de Pediatría Centro.

Caso clínico: RNT 38 sem PEG, segundo hijo de padres sanos, nacido por cesárea electiva por desproporción céfalo-pélvica. Nace en buenas condiciones generales, presentando al tercer día de vida distensión abdominal progresiva por lo que fue operado dos días después en shock séptico por probable enterocolitis necrosante (NEC) resecañdo colon ascendente, transverso y descendente, dos días después por empeoramiento clínico de origen abdominal fue reoperado encontrándose necrosis de ileón 3 cm, a 30 cm de ileostomía, persistió con evolución inestable en el postoperatorio siendo reoperado tres días después donde se halló ileón necrosado a 30 cm de ileostomía y una gran perforación en el borde antimesentérico siendo resecañdo por tercera vez, presenta evolución clínica postoperatoria favorable. Resultados de biopsia descartan NEC, muestran tejido mesentérico normal alternado con necrosis focal de tipo isquémico, mostró además elementos micóticos gruesos, tabicados, irregulares informados como mucormicosis intestinal. Con dichos hallazgos inicia tratamiento con Anfotericina B. Evolucionó con PCR altas > 90 mg/L por 3 semanas, procalcitonina < 0,21, realimentándose a los ocho días post-operatorio con buena tolerancia. Se descartó inmunodeficiencia. Fue dado de alta al mes de vida en buenas condiciones generales e ileostomizado. **Discusión:** La mucormicosis gastrointestinal tiene una frecuencia de 1,7 por un millón en población total/año. Son gérmenes de baja frecuencia por su baja virulencia, no siendo flora habitual, sin ser patógenos para el hospedero inmuno-competente. Se diseminan rápidamente por aire o por contacto directo (a partir de esporangiosporas), siendo las formas más frecuentes en la población pediátrica la cutánea y la Gastrointestinal. Se ha asociado la Mucormicosis Gastrointestinal con desnutridos, inmunodeficientes o aclorhídricos, pica, edades extremas o por ingestión de esporangiosporas, siendo rara la presentación en pacientes sin estos factores de riesgo -tal como el caso clínico presentado-; el cuadro clínico es similar a NEC, requiriendo evidencia histopatológica casi siempre, siendo otros métodos de poco valor diagnóstico. El tratamiento y pronóstico incluye tres pilares: Tratamiento de la enfermedad de base, terapia antifúngica sistémica con anfotericina B y Cirugía agresiva y precoz.

MADURACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE 5 A 8 AÑOS

Fernández MA, Martínez M, Lizana ML, Cabrera N, Ortega E, Ruminot K, Schafer C, Soto MJ, Palomino HM, Villanueva P.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La deglución es una función que se encuentra presente en los seres humanos desde el período fetal, cumpliendo un rol fundamental para la vida. El desarrollo normal involucra la evolución del patrón de deglución infantil a un patrón de deglución adulta, modificando sus características específicas. Sin embargo, aún no existe consenso en relación a la edad en la cual ocurre el cambio del patrón de deglución, descrito hasta los 12 años de edad, lo cual estaría relacionado con la evolución de la dentición y la presencia de malos hábitos orales. La evolución de la deglución es de suma importancia para el desarrollo normal del sistema estomatognático, siendo prioritaria la detección oportuna de posibles alteraciones. **Objetivo:** Comparar los patrones de deglución en un grupo de niños de 5,0 a 8,11 años. **Material y Método:** Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario a padres de 243 menores. Ciento treinta y seis menores que cumplieron con el criterio de inclusión de presentar oclusión normal constituyeron el grupo de estudio. A ellos, se les realizó evaluación de estructuras y funciones orofaciales. El análisis estadístico se efectuó mediante la prueba Z de comparación de proporciones. **Resultados:** El 58% de los menores evaluados presentó un patrón de deglución infantil. De ellos, el 43,6% correspondía a una deglución infantil con interposición lingual. La deglución infantil para los rangos etáreos de 5,0-5,11; 6,0-6,11; 7,0-7,11 y 8,0-8,11 años fue de 76%, 58,1%, 53,1%, 61,6% y 58,1% respectivamente. No se encontró diferencias significativas entre los diferentes rangos de edad. **Conclusión:** Todos los grupos etáreos estudiados presentaron una alta frecuencia de patrón deglutorio infantil, el cual disminuye de acuerdo a la edad cronológica. Cabe destacar que la presencia de un patrón deglutorio adulto después de los 8 años de edad aún no es sistemática.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA, 2006-2009

Leiva HH, Rubio M.

Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua.

Introducción: La satisfacción usuaria es una meta central en la gestión del servicio de pediatría del Hospital Rancagua y desde el año 2003, se ha venido realizando un plan de evaluación y mejoramiento de la calidad de atención en nuestro servicio. Con este propósito, se diseñó una encuesta que se validó el año 2006 y cuyos resultados han servido de base para acciones concretas en la atención del niño hospitalizado y su familia. **Objetivo:** Medir la satisfacción de las familias de los niños hospitalizados en el período 2006-2009 que sirva de referente para los planes de mejoramiento. **Método:** Se aplicó una encuesta diseñada en el servicio, que parte informando sobre la visión, misión y valores actuales y mediante preguntas de respuesta cerrada, selección múltiple o sí/no indaga sobre el lugar de derivación, antecedentes de hospitalización previas, evaluación y explicaciones en el momento del ingreso, personal que recibió al niño y que informó del estado posteriormente, documentos y explicaciones entregadas al alta, evaluación general de la calidad de la atención y del proceso de recaudación. Además, se solicitó calificación de médicos, enfermeras, paramédicos y jefe preguntando si conoció el nombre de estos funcionarios y solicitando una nota. Finalmente, se solicitó la calificación general y la sala de hospitalización, además de dejar un espacio para un comentario. Los resultados se ingresan usando Epiinfo y el análisis de los datos se realiza mediante SPSS. **Resultados:** Se obtuvieron 599 encuestas aplicadas al alta y en forma anónima, 59 el año 2006 (prueba), 247 el año 2007, 218 el año 2008 y 79 a la fecha durante este año. La evaluación global es: muy buena en el 63,8% y buena en el 27,9%. El ingreso es evaluado como difícil sólo en el 8,8% de los casos y el equipo que recibe al niño estuvo conformado por médico, enfermera y paramédico en el 51,9%. La información fue entregada por el médico en el 50% y por médico y enfermera en el 12,5% de los casos. Las calificaciones obtenidas por todos los profesionales son superiores a 6 y constituye un problema que los encuestados no identifican el nombre de quienes atienden a los niños en un porcentaje importante (35%). Los padres declaran que les fueron dados a conocer sus derechos en un 78% y al alta recibieron explicaciones de la enfermedad de su hijo en el 73% de los encuestados. **Conclusiones:** La evaluación de la satisfacción usuaria, medida por esta encuesta, es muy positiva y los momentos más difíciles, el ingreso y la recaudación son bien enfrentados por el equipo, recibiendo una evaluación adecuada. No encontramos asociación entre la evaluación y la implementación de acompañamiento nocturno este año.

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL IMPACTO DE UN TALLER DE COSTURA EN LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS

Salas UC, Rochet CP, Mena NP.

Servicio de Recién Nacidos CA, Dr. Sótero del Río.

Introducción: La hospitalización de un recién nacido produce en las madres una situación de gran estrés y angustia que muchas veces dificulta el vínculo entre la madre y el niño. La madre ve desplazado su rol al ser el equipo de salud el encargado del cuidado del bebé. Como parte del manejo de esta situación y con el auspicio de Chile Crece Contigo, en el hospital se ha implementado un taller de costura donde las madres pueden confeccionar prendas para sus hijos, desarrollar destrezas manuales y compartir con otras madres. **Objetivo:** Conocer las significaciones de las madres sobre esta actividad y el impacto en la atención de salud mental. **Metodología:** Diseño desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, con alcance exploratorio, buscando conocer las apreciaciones subjetivas y posibles efectos de esta instancia en la vivencia de la hospitalización de sus hijos recién nacidos. Se analiza la entrevista con 12 madres. **Resultados:** El análisis muestra significaciones positivas por parte de las madres, aludiendo mayoritariamente a efectos de distracción, relajación, aumentos en sociabilidad, adquisición de habilidades manuales prácticas. Las valoraciones apuntan a efectos resilientes, disminución de la ansiedad de separación con sus hijos mediante el ofrecimiento de objetos a sus bebés, favoreciendo defensas maduras como la afiliación, humor y por último, contención afectiva entre un grupo de madres. **Conclusión:** La tendencia demuestra apreciaciones ligadas a conceptos psicológicos positivos y promotores de recursos protectores para la salud mental de estas madres. Sería adecuado comparar cuantitativamente los efectos sobre el estrés materno de este taller y de la relación de ayuda entregada por el equipo de salud mental.

SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO: TALLER INTERACTIVO DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y ADAPTACIÓN DE VIDEOS CHILENOS

Nagel L¹, Salas O¹, Gálvez D².

¹Médico Pediatra, ²Psicóloga. Departamento de Pediatría Occidente Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Unidad de Adolescencia Clínica Alemana.

Introducción: El Programa “Familias Fuertes” (PFF) ha sido desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. (OPS) y adaptado del Programa “Strengthening Families Program for Parents and Youth (SFP 10-14)” (Iowa State University) con altos índices de efectividad en prevención de conductas de riesgo en adolescentes de 10 a 14 años (elegido por Cochrane Review como el mejor programa en reducción de alcohol en jóvenes). En el contexto de un curso de adolescencia dirigido a profesionales de la salud -en Abril 2009- se realizó un taller interactivo de fortalecimiento familiar (TIFF) a partir una síntesis de los contenidos del PFF. Se utilizó una adaptación chilena de los videos latinos hechos por las autoras, con el fin de recoger información relevante que permita establecer limitaciones y potencialidades para eventuales réplicas. **Objetivo:** Generar conocimiento a partir de una sistematización de la experiencia generada en el TIFF para profesionales de la salud, con el fin de hacerlo comunicable a equipos de trabajos interesados en el tema. **Metodología:** Participan en el estudio 35 profesionales de la salud: médicos, matronas, asistentes sociales, psicólogos y becados de pediatría. La recolección de datos se obtuvo a partir de un cuestionario de preguntas abiertas al finalizar el taller. Se realiza un análisis cualitativo en base a registros de opinión y apreciación de los asistentes al taller. El análisis de datos se realiza categorizando los resultados, utilizando técnicas de codificación abierta y axial (Strauss y Corbin 2002). **Resultados:** Lo más valorado del taller: contenido del PFF, metodología interactiva, diseño claro y práctico y material audiovisual adaptado a realidad chilena. Aspecto a mejorar: las categorías son: mayor tiempo para su ejecución, optimizar material audiovisual (actuaciones y audio), infraestructura más amplia y mayor difusión PFF. Finalmente, frente a la pregunta cómo planea implementar el programa en su localidad, los participantes señalan que en su lugar de trabajo, comunidad y familia. **Conclusión:** Se evidencia una favorable recepción del PFF en equipos multiprofesionales generando motivación y expectativas para reproducirlo (se realizó posteriormente taller para facilitadores en junio 2009). Para optimizar la réplica de este taller se necesita considerar infraestructura, difusión y tiempo. En relación a los videos chilenos se aprecia la necesidad de perfeccionarlos avalados por el alto impacto que ha generado en los países donde se ha utilizado. **Discusión:** Los profesionales destacan el contenido y la metodología práctica e interactiva de las sesiones. Asimismo mencionan que la adaptación chilena genera cercanía e identificación con las situaciones representadas, facilitando el aprendizaje efectivo.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN UNA DÉCADA EN CHILE: TENDENCIAS Y DESAFÍOS

Romero SMI, Rubio VP, Ulloa QR.

Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Epidemiología FUSAT.

Introducción: Los accidentes del transporte (AT) constituyen un problema de salud pública de importancia creciente, provocando lesiones, discapacidades y muertes y utilizando recursos de atención médica curativa y de rehabilitación. **Objetivos:** Describir la tendencia de las tasas de mortalidad (TM) por AT en el decenio 1997-2006 según sexo, edad y tipo de lesionado se realizó este estudio. **Material y Métodos:** A partir de los datos de Demografía 1997-2006, se construyó la base de datos, calculando tasas generales y específicas según variables de interés y significación estadística con chi cuadrado y diferencias de proporciones, considerando significativos valores $p < 0,05$. **Resultados:** En 2006 la TM por AT alcanzó a 14 por 1000.000, 22,3 en varones y 5,9 en mujeres, con un RR de 3,8. Las tasas aumentan linealmente con la edad desde 2,4 en el menor de 1 año a 15,4 en jóvenes de 20 a 24. Las tasas se diferencian por sexo a partir de los 5 años alcanzando un RR de 4,4 a los 20-24 años. Según tipo de accidente (lesionado) el más frecuente es peatón lesionado en AT, segundo otros accidentes y tercero ocupante de auto, camioneta o furgoneta, en todos los grupos etarios, excepto en el menor de un año. La mortalidad por AT en toda la población aumentó en 8,7% (12,6 a 14) en la década, 5,8% (21 a 22,3) en varones y 18% en mujeres (4,8 a 5,9). En la década el grupo peatones lesionados aumentó en 34% y el grupo ocupantes de vehículo en 544%, en tanto otros disminuyó en 58%, probablemente debido a mayor precisión. Todas las asociaciones son estadísticamente significativas $p < 0,05$. **Conclusiones:** La mortalidad por AT aumenta, afecta más a hombres, se incrementa con la edad y afecta más a peatones. Siendo un problema susceptible de prevención urge implementar intervenciones preventivas con énfasis en peatones y conductores. **Discusión:** Los AT representan un gran problema de salud pública que amerita enfrentarse desde la perspectiva multidimensional e intersectorial, tomando en cuenta las experiencias internacionales exitosas.

ENCUESTA SOBRE MEDIOS DE COMUNICACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD

Rojas V, Silva V¹, Martínez V¹.

Comité de Medios y Salud, SOCHIPE. Consejo Nacional de Televisión. ¹Ps.

Introducción: La importancia que las tecnologías de la información y comunicación (TIC), a través de su omnipresencia en la vida cotidiana, tienen en el desarrollo de niños y adolescentes, ha quedado demostrada en numerosas investigaciones científicas. **Objetivo General:** Investigar cuales son las creencias y prácticas que los profesionales de la salud que atienden niños y adolescentes tienen en relación a los medios. **Material y Método:** Estudio de tipo cuantitativo mediante cuestionarios autoadministrados a 331 profesionales de la salud en 3 Congresos de Pediatría, Neuropsiquiatría y Medicina Familiar de Chile durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2008. **Resultados:** Del total de 331 encuestados, un 87,6% señala que los contenidos de los medios de comunicación son muy importantes en diversas áreas del desarrollo infantil. En cuanto a la práctica en la consulta pediátrica, el 80,7% señala preguntar a sus pacientes sobre el consumo de medios de comunicación. Sin embargo, sólo un 14,6% afirma preguntar de forma permanente y sistemática. Asimismo, el 85,8% señala no haber recibido capacitación sobre este tema, demandando mayor información a través de la página web de la Sociedad de Pediatría, charlas y congresos y un CD explicativo. **Conclusiones:** La importancia que las TICs tienen en la salud biopsicosocial de niños y adolescentes, las ha convertido en un tema de Salud Pública. Los profesionales, si bien están conscientes de esta importancia no tienen una práctica adecuada a las recomendaciones que las sociedades científicas han dictado en los últimos años. También destaca la gran necesidad de capacitarse en esta temática. Acogiendo estos resultados, la Sociedad Chilena de Pediatría lanzará en los próximos meses una Campaña de Educación en Medios a Profesionales de la Salud cuyos contenidos estarán a disposición de todas las Sociedades Científicas Latinoamericanas.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PIELONEFRITIS AGUDA EN LACTANTES

Caro D, Subiabre MJ, Pontigo L, Olavarría F.

Instituto de Pediatría, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia.

La infección del tracto urinario (ITU) es una entidad clínica frecuente durante la infancia. Durante el período de lactantes puede presentarse como un síndrome febril sin foco, en los cuales se llega al diagnóstico mediante los análisis de laboratorio. Las infecciones altas del tracto urinario pueden dejar consecuencias como cicatrices renales, hipertensión arterial y compromiso de la función renal. **Objetivo:** Evaluar los factores clínicos y de laboratorio asociados a un mayor riesgo de presentar pielonefritis en lactantes con ITU febril. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal censal en lactantes ingresados por ITU febril al Hospital Base de Valdivia (HBV) durante Enero del 2006 y Junio del 2009. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes entre 1 mes y 2 años de vida hospitalizados entre enero del año 2006 y junio del 2009 en el HBV, cursando ITU febril confirmada con urocultivo, Pielonefritis confirmada o descartada mediante Cintigrama renal DMSA. Se excluyeron los pacientes con estudio incompleto. Se evaluaron parámetros clínicos y de laboratorio. Se determinaron medidas de prevalencia y de asociación con un intervalo de confianza de 95% y valor de P de 5%. **Resultados:** La frecuencia de pielonefritis fue de 45,5%. La PCR mayor o igual a 10 mg/dl se asocia a un mayor riesgo de cursar con una pielonefritis en los lactantes con ITU febril en el período del estudio. El resto de las variables evaluadas no evidenciaron asociación estadísticamente significativa.

ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA

Carvajal R, Pavez D, Osses P, Lagos E, Rosati P, Hevia P.

Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

La esclerosis tuberosa es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante con una incidencia de 1/10.000 recién nacidos. Afecta la diferenciación y proliferación celular, produciendo lesiones hamartomatosas que afectan diferentes órganos. El compromiso cardíaco es frecuente en el período intrauterino y neonatal, manifestado como rabdomiomas (50 y 60%), arritmias e insuficiencia cardíaca. La afección neurológica, constituye la causa más común de morbimortalidad debido a epilepsia refractaria, retraso del desarrollo psicomotor y astrocitoma subependimario de células gigantes. El compromiso renal, segunda causa de morbimortalidad, se puede presentar como: angiomiolipoma (80%), carcinoma de células renales, quiste renal único o enfermedad renal poliquística. Esta última, presente en el 2 a 3% de los pacientes, se inicia en lactantes y pre-escolares con hematuria, hipertensión o insuficiencia renal. Las manifestaciones cutáneas (lesiones hipopigmentadas en hoja de fresno) y oftalmológicas (gliomas retinianos) son también características. Paciente de 2 años, con antecedentes de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) el primer día de vida, tratada con adenosina y cardioversión eléctrica. Presenta paro cardiorespiratorio recuperado posterior a recurrencia del cuadro. Se efectúa electrocardiograma que muestra TPSV compatible con Wolf Parkinson White y ECO Cardiograma con imágenes ecodensas redondeadas a nivel septal, apical y dos a nivel del músculo papilar mitral; resonancia magnética cardíaca sin contraste con engrosamiento localizado de aspecto nodular de los músculos papilares de la mitral, altamente sugerente de rabdomiomas. Evoluciona con insuficiencia renal (creatinina máxima de 4,3 mg/dl), que requiere diálisis peritoneal. Se efectúa Ecografía doppler renal que evidencia riñones de tamaño normal con aumento de ecogenicidad y se descarta trombosis de vena renal. Se realiza biopsia renal que informa Enfermedad Glomeruloquística, planteándose el diagnóstico de Esclerosis Tuberosa. Durante su evolución no se demostró compromiso neurológico, dermatológico, ni oftalmológico. Ha evolucionado con enfermedad renal crónica etapa II y desnutrición crónica. En control en Cardiología Hospital Roberto del Río, continúa tratamiento con Propanolol, sin nuevas arritmias.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO FEBRILES EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL EL PINO

Gárate MI¹, Espinoza M², Muñoz M.

Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital El Pino. ¹Interna. ²Alumno.

La infección del tracto urinario (ITU) es frecuente en pediatría. Su prevalencia varía dependiendo del sexo y la edad. La frecuencia de ITU febril en menores de 5 años es 1,7% y menores de 3 meses es 7,5%. **Objetivo:** Investigar las características clínicas de las ITU febriles que se hospitalizaron en Pediatría del Hospital el Pino en el 2008. **Método:** Estudio retrospectivo con análisis de 92 fichas clínicas del Servicio de Pediatría del Hospital el Pino en el 2008. Criterios de inclusión: Pacientes hospitalizados con diagnóstico de ITU febril, urocultivo positivo, tratamiento con cefotaxima 150 mg/k/d, ecotomografía renal y vesical realizada intrahospitalización, uretrocistografía (UCG) realizada en control policlínico de pediatría. Se investigó sobre las características epidemiológicas y los datos fueron ingresados en una planilla electrónica y analizados mediante un programa estadístico (SPSS). Los resultados se expresan como porcentajes. **Resultados:** Se contempló una muestra de 92 pacientes hospitalizados con diagnóstico de ITU febril y promedio de hospitalización de 3,7 días Con edades fluctuantes entre 1 mes y los 10 años, con una media de 7 meses, siendo 29 hombres y 63 mujeres, encontrándose diferencias significativas entre ambos sexos El resultado de los urocultivos fue: 74 pacientes (80,4%) se identificó *Escherichia coli*, 13 pacientes con *Proteus mirabilis* (14,1%) y 5 pacientes con desarrollo de *Klebsiella pneumoniae* (5,5%) La ecotomografía renal y vesical mostró que en 25 pacientes hubo signos inflamatorios (27,2%) y en 67 fue normal (72,8%) El control del urocultivo intratratamiento mostró que 80 (86,9%) fueron negativos y 12 (13,1%) fueron positivos a las 72 horas de iniciado el tratamiento El control del urocultivo post-tratamiento fue negativo para los 92 pacientes. La UCG realizada a los pacientes mostró que 8 (8,7%) pacientes presentaron reflujo vesicoureteral (RVU). **Conclusiones:** Las características clínicas de las ITU febriles que se hospitalizaron en Pediatría del Hospital el Pino en el 2008 no discrepan de la realidad nacional. El sexo femenino es más frecuente, la *Escherichia coli* el germen más frecuente, llama la atención el alto porcentaje de UCG con RVU lo que puede relacionarse con los criterios de inclusión estrictos de los pacientes evaluados. Se nos plantea alternativas de investigación, como la comparación con otros antibióticos o la relación con los urocultivos de control intratamiento con la UCG con RVU.

PERFIL MICROBIOLÓGICO Y DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS DE MICROORGANISMOS AISLADOS EN CULTIVOS DE ORINA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA ENTRE MARZO 2007 Y MARZO 2009

González JL, Alcota J, Bascur F, Mella P.

Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan una entidad clínica de gran importancia médica y alta frecuencia, constituyendo la primera causa de consulta en nefrología y la tercera por enfermedades infecciosas. El conocer un perfil microbiológico local permite un adecuado enfrentamiento tanto en terapia antimicrobiana a usar cuanto a poder disminuir el uso indiscriminado de antibióticos innecesarios. **Material y Métodos:** Se realizó una búsqueda caso a caso de todos los cultivos tomados desde el servicio de pediatría del Hospital Hernán Henríquez entre Marzo de 2007 y Marzo 2009 con un total de 2.158 cultivos. La información fue tabulada en base de datos creada en Epi Info 3.5 y el análisis estadístico fue realizado en stata 11.0. **Resultados:** De las muestras obtenidas se encontró un total de 312 cultivos positivos, de los cuales 223 corresponden a *E. Coli*, de estas 6,1 % corresponden a productoras de betalactamasas de espectro expandido (19 casos), el 70% de las cuales se presentaron dentro de los últimos cuatro meses. A continuación se encuentra 7,6% de *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* con 7,1%. Los antibióticos que demostraron mayor índice de resistencia fueron ampicilina/sulbactam, cefazolina y cefalotina. **Discusión:** Cabe destacar que es el primer trabajo de este tipo que se realiza en pacientes hospitalizados en nuestro establecimiento, demostrando una mucho menor prevalencia de microorganismos resistentes que lo reportado en estudios similares en nuestro país.

CARACTERIZACIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA EN MENORES DE 3 MESES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO, PERÍODO 2002 AL 2008

*Inostroza T, González C.
Hospital Roberto del Río.*

Introducción: La infección urinaria representa una infección bacteriana seria en niños pequeños, los que se consideran susceptibles de daño renal y con mayor frecuencia de malformaciones urinarias. **Objetivo:** Caracterizar la infección urinaria en menores de 3 meses hospitalizados en el hospital Roberto del Río desde Enero del 2002 a diciembre del 2008. **Método:** Estudio retrospectivo de revisión de ficha clínica de 176 niños menores de 3 meses egresados del servicio de pediatría con diagnóstico de infección urinaria según el código CIE-10, con análisis de las características clínicas y microbiológicas. **Resultados:** Los menores de 3 meses representan un 12,5% de las hospitalizaciones por infección urinaria, 82% son varones, el diagnóstico de ingreso fue síndrome febril en 51% y shock séptico en 2,3%. *Escherichia coli* se aisló en 89,2% con bacteremia asociada en 19,9% y ésta fue sensible al tratamiento usado (cefotaxima) en todos los casos a excepción de 1 en el cual se aisló *Escherichia coli* BLEE positiva la cual es resistente a cefalosporinas. Se demostró malformación urinaria por imágenes en 21% de los pacientes. **Discusión:** Los resultados de este estudio demuestran que la ITU en menores de 3 meses corresponde a 1/6 de las hospitalizaciones por ITU en nuestro centro. Al igual que en lo descrito en la literatura predomina el sexo masculino. La bacteremia se presentó en casi un 20% de los niños, a diferencia de lo publicado por otros autores donde se informa hasta un 6% de hemocultivos positivos asociados a ITU en menores de 8 semanas. Si bien el cuadro clínico es inespecífico la fiebre está presente en el 91% de los pacientes, y destaca que sólo un 2,3% de los niños de nuestra serie ingresaron en shock séptico en contraste con trabajos que muestran hasta un 31% de sepsis en menores de 2 meses. El principal agente aislado es la *Escherichia coli*. En 29 niños, es decir un 16,5%, se encontró malformación por ultrasonografía, aumentando a 21% si agregamos los niños con ecografía normal y CUMS alterado. El porcentaje es menor a lo descrito, sin embargo, en este estudio sólo consideramos a los lactantes menores de 3 meses. **Conclusiones:** La infección del tracto urinario representa una infección bacteriana seria en los lactantes menores de 3 meses, en un 51% el diagnóstico al ingreso fue síndrome febril lo que refleja lo inespecífico de los síntomas en este grupo etáreo. En un porcentaje menor del esperado se encontró malformación urinaria en los estudios por imágenes.

CARACTERIZACIÓN DE LA MEMBRANA PERITONEAL EN NIÑOS EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA

Pedraza N¹, González L², Ibacache M¹, Azócar M¹, Cano F¹.

¹Unidad de Nefrología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Departamento Pediatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Servicio de Pediatría, Hospital de Osorno.

Antecedentes: La elección de la modalidad de diálisis peritoneal (DP) a aplicar en cada paciente, depende entre otros factores, de la capacidad de transporte peritoneal. Esta capacidad se estudia mediante el Test de Equilibrio Peritoneal (PET), y representa un factor determinante en el resultado del tratamiento. **Objetivo:** Caracterizar la membrana peritoneal en términos de capacidad de depuración y ultrafiltración en un grupo de niños en diálisis peritoneal crónica. **Pacientes y Método:** Estudio de corte transversal en niños en DP en la Unidad de Nefrología Hospital Luis Calvo Mackenna. Se incluyeron todos los pacientes del programa de DP al momento del corte, con un tiempo mínimo de permanencia en diálisis de 6 meses. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y dialíticas. Se aplicó el PET según recomendación DOQI (Dialysis Outcome Quality Initiative). Los pacientes fueron clasificados en las categorías de transportador alto, promedio alto, promedio bajo y bajo, para depuración (D/Pcreatinina) y ultrafiltración (D/D glucosa) a la hora 4. Los resultados se expresan como promedio y desviación estándar, usando t de student para comparación de muestras pareadas, análisis de correlación lineal univariada, y Odds ratio para determinar factores de riesgo. Se consideró significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 41 estudios en 19 niños, 8 varones. La edad promedio fue $7,9 \pm 5$ años. El tiempo en diálisis fue $16,25 \pm 12$ meses, rango 2-46. El Z talla /edad fue de $-1,96 \pm 1,67$. La relación dializado/plasma (D/P) de creatinina hora 4 fue de $0,51 \pm 0,13$, en tanto que la relación dializado hora 0/hora 4 (D/D) para glucosa fue de $0,50 \pm 0,10$. El 53,6% de los casos mostró un D/P de creatinina hora 4 en el rango bajo depurador, el 26,8% fue catalogado de promedio bajo, y el 2,4% mostró un valor en el rango de alto depurador. El 63,4% de las membranas peritoneales fue catalogada de bajo ultrafiltrador, el 34,2% promedio bajo, y el 2,4% se comportó como ultrafiltrador promedio alto. Al correlacionar las categorías para depurador vs ultrafiltrador, se observó un match entre transportador bajo para D/P y transportador bajo para D/D en un 84,5% de los casos. Para promedio bajo el match fue de 78%, y 14% para promedio alto. Se observó una correlación altamente significativa entre D/Creatinina y D/D glucosa hora 4 ($p < 0,05$). Un análisis caso-control para el producto calcio fósforo (CaP) > 55 (casos), vs CaP < 55 (controles), estableciendo como factor de riesgo la capacidad de transporte peritoneal, mostró que la condición de bajo/promedio bajo transportador era un riesgo significativo para presentar un producto CaP por sobre la recomendación DOQI (Odds 4,5). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran que la membrana peritoneal de niños en diálisis corresponden en su mayoría a peritoneos con baja capacidad de transporte. Los pacientes con este tipo de membrana están en riesgo de presentar un producto calcio fosforo por sobre las recomendaciones actuales. El PET realizado en los pacientes permitiría así optimizar la indicación de diálisis y prever complicaciones derivadas de un control insuficiente de la osteodistrofia renal.

PERFIL IMAGENOLÓGICO DE ITU FEBRIL EN EL LACTANTE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

Pontigo CL¹, Caro ID¹, Subiabre FMJ², Olavarría UF³.

¹Becado Pediatría Universidad Austral de Chile, Hospital Clínico Regional Valdivia. ²Médico Cirujano. Servicio de Salud Valdivia. ³Nefrólogo Infantil. Instituto de Pediatría Universidad Austral de Chile, Hospital Clínico Regional Valdivia.

Introducción: La Infección del Tracto Urinario(ITU) es una de las causas más importantes de infección bacteriana en lactantes.Un 10-30% de los niños con ITU febril pueden desarrollar cicatriz renal, factor de riesgo de daño renal a largo plazo. No existe consenso en el estudio imagenológico más efectivo para evaluar esta patología. **Objetivo:** Análisis del estudio imagenológico solicitado en lactantes de entre 1 y 24 meses. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de lactantes ingresados al Hospital Regional de Valdivia entre Enero de 2006 y Junio de 2009. Se incluyó pacientes con ITU febril, definida con los criterios de fiebre y urocultivo positivo. Se excluyó pacientes con diagnóstico prenatal de malformación de la vía urinaria. Se determinó medidas de prevalencia y asociación mediante el programa statistix 8.0. **Resultados:** Se incluyó a 96 pacientes. En 73 (76%) se realizó cintigrafías renales DMSA, resultando 32 de ellas (43,8%) con alteraciones sugerentes de compromiso parenquimatoso. Un 60% de los pacientes con cintigrafía DMSA tuvo además estudio ecográfico renal. Un 21,8% de los pacientes con cintigrafía DMSA alterado tuvo además alteraciones ecográficas vs un 17 % en el grupo de pacientes con cintigrafía DMSA normal, diferencia que no fue significativa (p = 0,82). De 55 ecografías renales, 14 resultaron alteradas (25%). El doble sistema excretor fue la alteración más frecuente. Una Uretrocistografía miccional resultó alterada (7%) de 14 realizadas. En 17 pacientes no se registró ningún estudio imagenológico solicitado (17.7%). **Discusión:** La ecotomografía renal, la cintigrafía renal DMSA y la uretrocistografía miccional son los exámenes más utilizados. En nuestro estudio cerca de la mitad de los pacientes presentó alteraciones en el cintigrafía DMSA al diagnóstico. No encontramos diferencias respecto a la presencia de alteraciones ecográficas entre los pacientes con cintigrafía DMSA positivo y negativo, lo que sugiere la importancia de la ecografía en toda ITU febril para descartar alteraciones estructurales independiente de la presencia de compromiso renal. Un número importante de pacientes no completó alguno de los estudios indicados. **Conclusión:** No hubo diferencias significativas en las alteraciones ecográficas entre los pacientes con cintigrama DMSA alterado y los con cintigrama DMSA normal durante el período del estudio. Un cuarto de las ecografías renales resultaron alteradas, siendo el doble sistema excretor el más frecuente.

CARACTERIZACIÓN DE LA DEPURACIÓN DE FÓSFORO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA (DPC)

Quiroz L¹, Sánchez L², Rebori A³, Delgado I⁴, Cuevas M¹, Aguilar M², Azócar MM¹, Castro F², Ibacache M¹, Esquivel M², Cano F¹.

¹Hospital Luis Calvo Mackenna, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México. ³SE.N.NIAD, Montevideo, Uruguay. ⁴Departamento Bioestadística Universidad del Desarrollo.

Introducción: La mortalidad cardiovascular en los pacientes en diálisis crónica es 20 veces superior a la población general. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentra la hiperfosfemia. La capacidad de depuración de fosfatos por el peritoneo resulta una variable de alta importancia para la toma de decisiones, por lo cual su estudio debería ser una práctica de rutina en la terapia de diálisis peritoneal. **Objetivo:** Caracterizar la capacidad de depuración de fosfatos por peritoneo en pacientes pediátricos en DP. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo observacional realizado en 3 centros pediátricos de DP, Santiago de Chile, Montevideo Uruguay y Ciudad de México, México, entre mayo 2008 y Junio 2009. Se excluyeron los pacientes con menos de 1 mes en DP, o un episodio de peritonitis hasta 1 mes previo al ingreso. Se registraron variables clínicas, bioquímicas y dialíticas. Se realizó el test de equilibrio peritoneal (PET) según protocolo. Se clasificó a los pacientes en 4 categorías de transporte peritoneal para depuración (relación creatinina y fósforo en dializado hora/plasma). Se evaluó la correlación D/P fósforo vs D/P creatinina, y PET Fósforo vs variables del metabolismo fosfocálcico. Para correlación de variables continuas se usó test de Pearson, e índice de Kappa para variables categóricas. Un p < 0,01 fue considerado significativo. **Resultados:** Se realizaron 89 PET en 74 pacientes, 33 varones, edad 11,1 ± 5,04 años. El tiempo en DP fue 14,3 ± 11,6 meses. No hubo diferencias en los resultados obtenidos en pacientes con más de una medición mediante ANOVA (p 0,71). Los resultados para depuración de creatinina y fósforo se resumen en la tabla.

Categoría	D/P creatinina hora 2	D/P creatinina hora 4	D/P fósforo hora 2	D/P fósforo hora 4
Bajo	< 0,26	< 0,43	< 0,21	< 0,34
Promedio bajo	0,26-0,38	0,43-0,57	0,21-0,34	0,34-0,54
Promedio alto	0,39-0,50	0,58-0,71	0,35-0,47	0,55-0,74
Alto	> 0,50	> 0,71	> 0,47	> 0,74

Los promedios ± DS para las variables bioquímicas fueron: calcio 9,5 ± 0,8, fosforo 5,2 ± 1,4, producto CaxP 48,6 ± 12,4 y PTH 309 ± 302. El análisis de la correlación medido por el test de Pearson para el D/P de fósforo a las horas 2 y 4 mostró una relación lineal positiva de 65% con (p < 0,01). El estudio de correlación para el D/P creatinina y el D/P fósforo mostró un valor positivo de 82% (p < 0,01) a la hora 2 y 85% a la hora 4 (p < 0,01). **Conclusiones:** Se describen los valores de corte para las categorías de depuración de fósforo en pacientes pediátricos en DP. Se observó una alta correlación entre la depuración de fósforo horas 2 y 4 y depuración de creatinina.

CASO CLÍNICO: PIELONEFRITIS E HIPONATREMIA SEVERA

Quiroz ZL¹, Dr. E. Álvarez E.²¹Hospital Luis Calvo Mackenna, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Es conocido el efecto nocivo que la pielonefritis (PNF) puede causar en el riñón del lactante respecto a la posible aparición de cicatrices renales, pero existen pocos reportes acerca de un síndrome asociado a PNF en lactantes que se asocia a hiponatremia severa e hiperkalemia que son reversibles una vez tratada la infección: el pseudohipoadosteronismo tipo III (PHA).

Resumen: Se presenta a continuación el caso de un lactante de 3 meses con antecedente de diagnóstico prenatal de hidronefrosis (HN), parto cesárea 39 sem EG, PN 4.230 g, talla 52 cm. Al nacer presenta hipoglicemia y se pesquiza una comunicación interventricular perimembranosa. Eco renal postnatal evidencia doble sistema pielocalicilar derecho con hidroureteronefrosis diámetro AP de 8 mm el superior y 6 mm el inferior e HN izquierda con diámetro AP de 8 mm. Cursa con PNF a los 7 días de vida por enterobacter, que recibió tratamiento endovenoso y luego quedó con profilaxis. Alta a los 20 días de vida con función renal y electrolitos normales (Na 137 y K 4,8 mEq/l). Cintigrama MAG3 evidenció dilatación y ectasia pielocalicilar bilateral reversible con diurético. Se hospitaliza a los 3 meses por nueva PNF por enterobacter sp y una infección respiratoria concomitante por virus parainfluenza. Sus exámenes al ingreso fueron: PCR 5 mg/dl, hemograma sin signos de infección y pH 7,45, pCO₂ 21, HCO₃ 14, Na 116 mEq/l, K 6,2, Glicemia 98, BUN 18. Inicia terapia con ciprofloxacino y sodio 70 y a las 6 hrs Na 113 por lo que inicia NaCl 3%, terapia con ciprofloxacino y por sospecha de insuficiencia SSR se inicia suplemento con hidrocortisona 100 mg/m²/día que se suspende al descartar esta patología (cortisol 30,8 ug/dl y 17 OH progesterona 7,4 ug/dl). Durante su hospitalización requirió aporte de Na hasta 10 mEq/kg/día. Se mide GTTK que resultó muy baja en 1,5 recuperándose al 3° día de tratamiento (5,9). Dado de alta sin requerir suplementación con Na. Se concluye pseudohipoadosteronismo secundario a PNF (tipo III). En la tabla 1 se resumen sus exs:

Tiempo		0	6 hr	12 hr	18 hr	24 hr	48 hr	72 hr	Oct
Na p/u	mEq/l	116	113/34	120/20	131	128	130	139	
K p/u	mEq/l	6,2	5,5/12	7,2/53	4,1	6,8	5,0	2,8	
Cl U	mEq/l		30	48			99		
Aldosterona	(ng/dl)						1500		41,2

Discusión: El PHA es una patología del lactante que se produce por una falta de respuesta tubular renal a la aldosterona. Su etiología puede ser primaria (hereditaria o tipo I y II) o secundaria (transitoria o tipo III). En esta última la asociación más frecuente es malformación del tracto urinario + pielonefritis (80%), pudiendo ocurrir en presencia de sólo de uno de ambos factores (8 y 12% respectivamente). La resistencia transitoria a aldosterona disminuye la secreción distal de H⁺ y K⁺, la absorción distal de Na⁺ y la actividad de la bomba Na⁺-K⁺. El mecanismo de resistencia se desconoce: en el caso de PNF sería secundaria a la inflamación intersticial o a toxinas bacterianas y en la obstrucción del tracto urinario sería por el aumento de presión intrarrenal y producción de citoquinas proinflamatorias que disminuyen el flujo sanguíneo, y secundariamente aumenta de la producción de aldosterona. Como conclusión debemos sospechar PHA secundario en un lactante con hiponatremia, hiperkalemia y PNF.

TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL (PET) DE 2 HORAS EN DIÁLISIS PERITONEAL PEDIÁTRICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO*

Quiroz L¹, Sánchez L², Rebori A³, Delgado I⁴, Cuevas M¹, Aguilar M², Azócar MM¹, Castro F², Ibacache M¹, Esquivel M², Cano F¹.¹Hospital Luis Calvo Mackenna, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México. ³SE.N.NIAD, Montevideo, Uruguay. ⁴Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. *Proyecto de Investigación Concurso 2008, Sochipe.

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es el tratamiento de sustitución más utilizado en el mundo para el m1999 anejo de la Enfermedad Renal Crónica en pediatría. Su correcta prescripción requiere evaluar la capacidad de transporte peritoneal en cada paciente, siendo uno de los principales métodos utilizados el Test de Equilibrio Peritoneal (PET). El PET requiere un estudio de 4 horas de duración, y representa un importante consumo de recursos humanos y de laboratorio, por lo que se ha evaluado la utilidad de un test corto de 2 hr de duración. **Objetivo:** Determinar si el PET acortado a un tiempo de 2 horas, resulta confiable para predecir la capacidad de ultrafiltración y depuración del peritoneo en pacientes pediátricos en DP. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo observacional realizado en 3 centros pediátricos de DP, Santiago de Chile, Montevideo Uruguay y Ciudad de México, México, entre mayo 2008 y Junio 2009. Se excluyeron los pacientes con menos de 1 mes en DP, o un episodio de peritonitis hasta 1 mes previo al ingreso. Se registraron variables clínicas, bioquímicas y dialíticas, y se realizó el PET de acuerdo a protocolo estandarizado. Se clasificó a los pacientes en 4 categorías de transporte peritoneal para depuración (relación creatinina dializado hora 4/plasma), y ultrafiltración (relación glucosa en dializado hora 2 y 4/dializado hora 0): alto, promedio alto, promedio bajo y bajo. Se evaluó la correlación del PET a la hora 2 y 4 para variables continuas (Pearson test) y categóricas (índice de Kappa). Un p < 0,01 fue considerado significativo. **Resultados:** Se realizaron 89 PET en 74 pacientes, 33 varones, edad 11,1 ± 5,04 años. El tiempo en DP fue 14,3 ± 11,6 meses. No hubo diferencias en los resultados obtenidos en pacientes con más de una medición mediante ANOVA (p 0,71). Los resultados para depuración y ultrafiltración se resumen en la tabla.

Categoría	D/P creatinina hora 2	D/P creatinina hora 4	D/D0 glucosa hora 2	D/D0 glucosa hora 4
Bajo	< 0,26	< 0,43	> 0,83	> 0,61
Promedio bajo	0,26-0,38	0,43-0,57	0,72-0,83	0,49-0,61
Promedio alto	0,39-0,50	0,58-0,71	0,61-0,71	0,37-0,48
Alto	> 0,50	> 0,71	< 0,61	< 0,37

El D/P creatinina a las horas 2 y 4 mostró una correlación lineal positiva, r² 0,92, p<0,001, al igual que el D/D0 glucosa horas 2 y 4, que mostró una relación lineal positiva r² 0,8, p < 0,01. El análisis de la correlación de las 4 categorías de transporte peritoneal a las horas 2 y 4 mediante el test de concordancia de Kappa mostró una correlación positiva de 61% y 31% para D/P creatinina y D/D glucosa respectivamente (p < 0,001). **Conclusiones:** En este estudio prospectivo multicéntrico se observa que el PET de 2 horas resulta altamente confiable para predecir los resultados del examen de 4 horas empleado tradicionalmente. El análisis de la capacidad de depuración y ultrafiltración para las 4 categorías de transporte peritoneal mostró una significativa correlación entre las horas 2 y 4. El PET de 2 horas puede ser usado en diálisis peritoneal pediátrica para evaluar la capacidad de transporte peritoneal.

URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL EN NIÑOS: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES

Moënné BK¹, Saieh AC², Ortega FX¹, Escaffi JA¹, Pérez SC¹.

¹Radiólogo Pediatra, Clínica Las Condes. ²Pediatra Nefrólogo, Clínica Las Condes.

Objetivo: Evaluar la percepción de los padres respecto de las uretrocistografías radiológicas (UCGR) efectuadas a sus hijos, antes y después del examen. **Material y Métodos:** Entre Noviembre 2008 y Agosto 2009, al finalizar las UCGR efectuadas en servicio de rayos de Clínica Las Condes, se solicitó a los padres contestar anónimamente una encuesta que incluía: edad y sexo del niño, especialidad del médico solicitante, entrega o no de información respecto del examen por el solicitante, radiólogo, secretarías o auxiliares de rayos. Además, se pedía explicitar las expectativas del examen antes de efectuarlo y la opinión después de realizado, seleccionando una o más alternativas: como una visita al pediatra, molesto, un poco doloroso, doloroso, agresivo/terrible. La encuesta incluyó un espacio final para comentarios o sugerencias. **Resultados:** Se evaluaron 86 encuestas; edades de niños entre 1 mes y 8 años. 52,3% (45) niñas y 47,7% (41) varones. El 59% fue derivado por pediatra y 33% por nefrólogo. El 20% no recibió información respecto del examen de parte del solicitante. Antes del examen la expectativa fue: 2,3% como una visita al pediatra, 26,7% molesto, 16,3% un poco doloroso, 21% doloroso y 33,7% agresivo/terrible. Después de efectuada la UCGR, fue: 24,4% como una visita al pediatra, 45,3% molesto, 22,1% un poco doloroso, 4,7% doloroso y 3,5% agresivo/terrible. Después del examen: 66% mejora la percepción, 29% la mantiene y 5% empeora respecto de lo esperado. El 49% agregó comentarios positivos, 45% no escribió comentario alguno y 6% comentarios negativos, respecto de deficiente atención en recepción, fundamentalmente por retrasos. **Discusión y Conclusiones:** Con frecuencia, en el ámbito pediátrico se califica la UCG como un examen muy doloroso, agresivo y mal tolerado por los niños, lo que resulta discordante con la opinión de los autores. Por lo anterior, se diseñó este estudio prospectivo cuyos resultados permiten concluir que los padres, después del examen, lo califican mayoritariamente (91,8%) como semejante a una visita al pediatra, molesto o sólo un poco doloroso, lo que permite al médico tratante aconsejar este examen sin temor.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL HOSPITALIZADO EN SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL EL PINO. REVISIÓN DE DOS AÑOS

Sanhueza GP, Sepúlveda TJ, Sanhueza GP, Romero VF, Muñoz M.

Hospital El Pino, USACH.

Introducción: Se define infección del tracto urinario (ITU) como colonización y multiplicación de patógenos en vía urinaria, sea por vía ascendente, hematógena o directa. La incidencia exacta no es conocida, debido a la falta de definiciones claras respecto al diagnóstico. Corresponde a la segunda causa de infección bacteriana en niños y en su mayoría afecta a pacientes del sexo femenino, exceptuando los primeros tres meses de vida. Se definirá ITU febril como infección de tracto urinario confirmado por urocultivo positivo, acompañado de fiebre o compromiso importante del estado general. Entre los agentes etiológicos aislados, *Escherichia coli* (*E. coli*) es el más prevalente (86 a 90%). El 10 a 14% restante se distribuye entre otras enterobacterias. **Objetivos:** Determinar prevalencia de pacientes con ITU febril al egreso de sala de pediatría durante 2007-2008, categorizándolos por edad, sexo y agentes etiológicos prevalentes. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de fichas clínicas de pacientes egresados de servicio de pediatría del Hospital El Pino entre 2007-2008. Se seleccionaron los egresados con diagnóstico de ITU febril. Se definió urocultivo positivo el que arroje recuento de colonias igual o superior a 1 colonia/ml de orina (muestra por punción vesical) a 10.000 colonias/ml (cateterismo vesical) o superior a 100.000 colonias/ml (bolsa recolectora o de la parte media de la micción). **Resultados:** De 1795 pacientes egresados, 91 con diagnóstico ITU febril (5%); 35 hombres (38,5%) y 56 mujeres (61,5%). Edad promedio 2,2 años. Lactantes menores, 57 pacientes (62,6%); varones (n = 24; 42%) y mujeres (n = 33; 58%). De lactantes menores, 20 pacientes corresponden a menores de 3 meses (35%); varones (n = 17; 85%) y mujeres (n = 3; 15%). Lactantes mayores (n = 13; 14,2%); mujeres (n = 9; 69%) y varones (n = 4; 31%). Preescolares y escolares (n = 21; 23%); mujeres (n = 18; 86%) y varones (n = 3; 14%). Los agentes etiológicos aislados en urocultivo fueron: *E. coli* (n = 85; 93,4%) *Klebsiella* spp (n = 4; 4,4%), *Pseudomonas* sp (n = 1; 1,09%), *Proteus* spp (n = 1; 1,09%). **Discusión:** ITU febril corresponde al 5% del total de egresos de pediatría, identificándose como la segunda causa de egresos hospitalarios tras la causa respiratoria en niños. ITU febril globalmente es más prevalente en mujeres en la mayoría de los grupos de edad, exceptuando el grupo de lactantes menores de 3 meses donde prevalece en varones. El agente etiológico más aislado es *E. coli*. Dentro de los pacientes con otro agente etiológico identificado, 3 de ellos presentaban déficit neurológico de algún tipo. Los resultados obtenidos en cuanto a prevalencia y agentes etiológicos se correlacionan con estudios a nivel nacional.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH, REALIDAD LOCA

*Vásquez V, Moscoso G, Reinoso S, Mella P, Erices O¹.
Hospital Regional Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco. ¹Interno.*

Introducción: Púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. Se caracteriza por púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y nefritis, mediado por el depósito de inmunoglobulina A en las paredes de pequeños vasos. Afecta a niños menores de 12 años generalmente varones. Etiología desconocida. Algunos presentan el antecedente de IRA viral o uso de antibióticos. La evolución del cuadro es impredecible, desde casos leves hasta hemorragia digestiva e insuficiencia renal. El tratamiento es sintomático, y el uso de corticoides se restringe para aquellos casos severos (Invaginación Intestinal, Hemorragia Digestiva). **Objetivos:** Identificar características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos con PSH en Temuco (2004 - 2009). Establecer un seguimiento a largo plazo de los pacientes que presenten PSH. **Material y Método:** Se revisan en forma retrospectiva 58 fichas clínicas de pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, entre los años 2004 y 2009, con diagnóstico de púrpura de Schönlein Henoch. Se utiliza una plantilla precodificada. Análisis estadístico de variables. **Resultados:** Edad promedio 6 años (1 año a 13 años). Relación hombre-mujer 1,4/1. Más frecuente en otoño. Antecedente de IRA viral 24%, uso previo de antibióticos 32%. Manifestaciones clínicas: púrpura 100%, púrpura con compromiso articular 58,6%, púrpura con compromiso gastrointestinal 56,8%, púrpura con compromiso renal y testicular 6,8%. Recaídas 27,5%. Complicaciones 10,3%. Complicación renal 6,8%. Tratamiento sintomático 75,8% y Corticoides 24,2%. **Discusión:** Los datos obtenidos en el presente estudio tuvieron concordancia con los escasos casos que se reportan en la literatura nacional e internacional. **Conclusiones:** Púrpura de Schönlein Henoch es la vasculitis más común en la infancia, de presentación variable, con recuperación espontánea en la mayoría de los casos y pronóstico bueno. Al existir el antecedente de ingesta de eritromicina y amoxicilina, refuerza evitar el uso indiscriminado de antibióticos. La indicación de corticoides es para casos necesarios y el seguimiento debe ser a largo plazo en consideración a una significativa incidencia de complicaciones renales.

IPSON®

IBUPROFENO / SAVAL

IPSON®-D

IBUPROFENO - PSEUDOEFEDRINA / SAVAL



Amplio *manejo* del paciente **febril**

Denominación	Formulación y Presentación
Ipson® suspensión	100mg Ibuprofeno/5ml. Envase con 120ml con jeringa y tapón
Ipson® Forte suspensión	200mg Ibuprofeno/5ml. Envase con 120ml con jeringa y tapón
Ipson® -D suspensión	100mg Ibuprofeno-15mg Pseudoefedrina/5ml. Envase con 120ml con jeringa y tapón
Ipson® -D Forte suspensión	200mg Ibuprofeno-30mg Pseudoefedrina/5ml. Envase con 120ml con jeringa y tapón
Ipson® -D Forte comprimidos	400mg Ibuprofeno-60mg Pseudoefedrina. Envase con 10 comprimidos ranurados



DOMPERIDONA / SAVAL

ÚNICO con todas las presentaciones para el paciente crónico

- Prokinético de potente acción antiemética
- No atraviesa la Barrera Hematoencefálica
- Excelente sabor fácilmente aceptado por el niño



IDON® (Domperidona)
Presentaciones:
20 cápsulas de 10 mg
5 supositorios pediátricos de 30 mg
5 supositorios adultos de 60 mg
5 mg / 5 ml suspensión de 100 ml
10 mg / ml gotas de 5 ml

EXANGUINEOTRANSFUSIÓN: ¿UN PROCEDIMIENTO OLVIDADO O VIGENTE?

Santelices F, Silva B, Abarzúa C, González R, Alarcón J.
Hospital Luis Tisne Brousse.

Introducción: La exanguinotransfusión parece ser una práctica en desuso en recién nacidos con hiperbilirrubinemia severa para prevenir toxicidad por bilirrubina. **Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de recién nacidos en unidad de neonatología de Hospital Luis Tisné B. (HLTB) sometidos a exanguineotransfusión en el período comprendido entre Noviembre 2002 y Octubre 2008. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en recién nacidos con hiperbilirrubinemia que requirieron exanguinotransfusión, en Unidad de Cuidados Intensivos de HLTB. Se revisa base de datos de File Maker, en el período antes señalado, asociando ictericia con exanguinotransfusión. A partir de éstos, se analizan las siguientes variables: peso nacimiento, clasificación según peso para madurez estimada, edad gestacional, sexo, causa de recambio, bilirrubina previa a procedimiento, complicaciones. La información es tabulada y analizada utilizando programa Microsoft Excel 2003. **Resultados:** Se obtienen datos de 48 recién nacidos; de los cuales, un 35,4% (17) fueron catalogados como de causa idiopática; un 33,3% (16) por incompatibilidad de grupo clásico; 18,7% (9) por incompatibilidad Rh. Del total de pacientes, un 66,4% (32) fueron recién nacidos de término. No hubo diferencia en relación a sexo. En relación a peso de nacimiento, la mayor parte de los recién nacidos se encontraban en el grupo de mayores a 2.500 g y menores a 4.000 g (60,4%). De los pacientes con incompatibilidad Rh, un 77,7% no recibió fototerapia previa, con una bilirrubina total promedio de 12 mg/dL (5-30 mg/dl) previo a procedimiento y a las 23,2 horas de vida en promedio (0,5-144 hr). De aquellos con incompatibilidad de grupo clásico, un 81,3% recibió fototerapia previa a recambio, con una bilirrubina total promedio 24,5 mg/dL, a las 54,7 horas de vida promedio. **Conclusiones:** La exanguinotransfusión sigue siendo un procedimiento vigente en el manejo de hiperbilirrubinemia severa en nuestro centro, probablemente debido a la falta de estandarización en el uso de inmunoglobulina en los centros públicos. Nuestro estudio demostró que la hiperbilirrubinemia de causa idiopática y la por incompatibilidad de grupo clásico lidera las indicaciones de recambio, mediando fototerapia previa, a diferencia de aquella por incompatibilidad por Rh cuya indicación es más precoz.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS Y DE TÉRMINOS TEMPRANOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Aravena M, Ahumada E, Peralta M, Estay V.
Unidad de Neonatología del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso.

Introducción: Los recién nacidos (RN) de 35 y 36 semanas de edad gestacional denominados prematuros tardíos y de 37 semanas de edad gestacional, llamados también de términos tempranos, presentan, según los estudios actuales una mayor morbilidad que los que tienen mayor edad gestacional, sin embargo, para su atención se siguen las mismas pautas que para los de términos. **Objetivo:** Caracterizar las variables demográficas, patologías y pronóstico de los RN de 35, 36 y 37 semanas de edad gestacional. **Método:** Se revisaron los libros de partos, fichas clínicas maternas y de los recién nacidos hospitalizados, de la Unidad de Neonatología del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso, de los años 2004 al 2008. Se incluyeron todos los RN de 35, 36 y 37 semanas de edad gestacional. Se obtuvieron variables demográficas, clínicas correspondientes a dichos neonatos. **Resultados:** Entre los años 2004 al 2008, hubo 14.509 RN vivos en dicha unidad, de ellos 685 (4,7%) correspondieron a edades gestacionales de 35 y 36 semanas y 1.126 (7,7%) a 37 semanas. Se hospitalizaron 2.938 RN (20,2%), de estos 12,7% fueron de 35 y 36 semanas y 9,5% de 37 semanas. La cesárea fue la vía de parto de la mayoría de estos neonatos. El género masculino fue mayoritario en esta serie. La mayoría de los RN de 35 y 36 se hospitalizó en las primeras horas de vida (58%) sin embargo, los RN de 37 semanas, sólo el 24,8% se hospitalizó en las primeras horas. La patología más revelante de hospitalización fue la respiratoria: 43,1% en los de 35 y 36 semanas, 38,3% en los 37 semanas y a continuación en los de 35 y 36 semanas: bajo peso (17,8%), ictericia (17%) e infecciones (10,2%). En los de 37 semanas: ictericia (26,9%), bajo peso (6,8%) e infecciones (5,0%). **Conclusiones:** Los RN correspondientes a estas edades gestacionales representan mayor riesgo de morbilidad que los neonatos de término. Se hospitalizan más de la mitad de los RN de 35 y 36 semanas y un cuarto de los de 37 semanas. Esto hace necesario que los equipos obstétricos y neonatales estén más alerta en la atención de estos neonatos.

EVALUACIÓN DE FOTOTERAPIA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO EN HOSPITAL REGIONAL DE PUNTA ARENAS

*Amarales OP, Aspée AC, Sánchez G, Buchholz RM, Pivcevic CD.
Hospital Regional de Punta Arenas.*

Introducción: En 1993 fue creada la Unidad de Neonatología en Hospital Regional de Punta Arenas. Con los años, se observó una crecida significativa de los Recién Nacidos (RN) críticos, con subsecuente aumento de carga laboral del personal de la Unidad de Neonatología (UN). En el año 2001, se realizó un proyecto cuyo fin fue trasladar a los RN con fototerapia junto con su madre, y así concentrar el trabajo del personal de la UN en los pacientes críticos y favorecer el alojamiento conjunto de los RN en fototerapia. Este trabajo evalúa dicho proyecto, relacionado con el impacto en la reducción de hospitalización en la UN y la evolución clínica de los RN en Fototerapia junto con la Madre. **Material y Métodos:** En Fototerapia Conjunta (FTC) se mide T° cada 4 horas, características de deposiciones y control diario de peso y bilis. Se analizan datos desde enero del 2001 hasta la fecha, tomando en cuenta causa de Ictericia, días de FT, porcentaje de baja de peso diaria y la curva de T°. Con la base de datos de la UN se obtienen los N° total de RN hospitalizados por Hiperbilirrubinemia desde 1996 hasta la fecha, según etiologías y días de hospitalización. Se analizan el total de hospitalizaciones en los años previos al inicio de la FTC y se compara a los años posteriores a ésta. **Resultados:** Fueron 82 RN sometidos a FTC desde Enero del 2001 hasta Enero del 2003. Se observó absoluta normalidad en la curva térmica. Etiologías más frecuentes fueron ictericia fisiológica, incompatibilidad de grupo clásico y Rh y prematuridad. Al dividirlos en 2 subgrupos según días de estadía (≤ 2 días y > 2 días), se vio que un 95% de los RN que estaban en FTC tenían ≤ 2 días v/s el 82% de la UN. El 54% de los RN en FTC perdió menos del 2% de su peso en relación al peso de nacimiento. Debido a la implementación de este proyecto se vio no sólo una disminución progresiva de hospitalización por Hiperbilirrubinemia en la UN (disminuyendo en promedio un 50%), sino que una disminución progresiva del n° de hospitalizaciones en UN en total. **Discusión:** La FTC es factible, no aumenta los días de FT ni influye en la pérdida de peso. Si bien no hubo parámetro objetivo para demostrar el impacto en la Lactancia Materna y en la relación Madre-Hijo, es fácil imaginar que ambas se ven favorecidas. Hubo una disminución significativa en el n° de hospitalizaciones por Hiperbilirrubinemia en la UN y a su vez en el n° total de Hospitalizaciones, con subsecuente disminución de carga laboral del personal, no así en el índice ocupacional de la Unidad, debido al aumento de prematuros. Pareciera entonces recomendable la implementación de esta modalidad en otras Maternidades. **Conclusiones:** Con la FTC se redujo significativamente la Hospitalización en la UN, evitando además la separación del RN de su madre con el subsecuente refuerzo del vínculo en el binomio madre-hijo.

CONSUMO DE FÁRMACOS EN EL EMBARAZO

*Martínez JL, Avaria MJ, Castro S, Rossel M, Villalón H.
Comité de Lactancia. Clínica Las Condes.*

Introducción: La situación ideal durante el embarazo, es evitar el consumo de elementos que puedan representar un riesgo para el feto, dentro de éstos, los fármacos. Sin embargo, se ha observado una cantidad creciente de pacientes que llega al parto consumiendo diversos medicamentos. Nuestro objetivo es cuantificar esta situación e identificar uso de fármacos potencialmente riesgosos para el recién nacido. **Material y Métodos:** Se analiza la ficha clínica de 294 pacientes, ingresadas a pre parto durante el período Mayo-Julio 2009. Se consigna los medicamentos registrados en la ficha, indicados por las pacientes al momento del ingreso. **Resultados:** En 91 de las 294 pacientes analizadas, se consigné uso de medicamentos (30,9%). De éstos, psicotrópicos en 9,9% (9/91), antibióticos en 37,3% (34/91), 2,2% (2/91) anti inflamatorios no esteroideos; suplementos en 41,7% (38/91). En 96,7% de las pacientes con medicamentos (88/91), se consigné el uso de más de un fármaco. Otros medicamentos identificados, aunque no agrupados: betametasona, omeprazol, insulina, nifedipina, atorvastatina, misotrol, heparina de bajo peso molecular, metformina, hederá helix, anticuerpos anti Rh-D (rhogam), levotiroxina, metildopa, sulfato de Mg, fenoterol, hidroxicloquina, prednisona, valacyclovir, propranolol, budesonida y formoterol, oseltamivir, clorfenamina, salbutamol. **Discusión y Conclusión:** El avance en el manejo médico perinatal, ha permitido el embarazo en mujeres portadoras de enfermedades crónicas, constituyéndose así en embarazos de muy alto riesgo, lo que motiva el uso de medicamentos complejos, muchas veces combinados (polifarmacia). Esto conlleva un riesgo adicional, que debiera motivar un seguimiento del embarazo y posteriormente en el recién nacido.

COLATERALES AORTOPULMONARES EN PREMATUROS EXTREMOS

Becerra M, González A, Urriola P, Aguirre D, Palominos G, Razmilic T. Servicio Neonatología Clínica Dávila.

Introducción: Las colaterales sistémico pulmonares (CoSP) corresponden a vasos arteriales que comunican el flujo sanguíneo sistémico con el flujo sanguíneo pulmonar, para compensar una disminución de éste último. Tradicionalmente se han descrito en pacientes pediátricos con atresia pulmonar y enfermedades pulmonares, especialmente en prematuros portadores de enfermedad pulmonar crónica dependiente de oxígeno, con deterioro del intercambio respiratorio y demora del retiro de apoyo ventilatorio. **Material y Métodos:** Describimos la evolución de los neonatos prematuros portadores de CoSP, diagnosticadas por ecografía doppler en el Servicio de Neonatología de Clínica Dávila entre Enero del 2007 y Julio del 2009. Frente al deterioro o no mejoría respiratoria y congestión pulmonar radiológica, en prematuros con ductus cerrado, se realizó una acuciosa búsqueda de colaterales a lo largo de la arteria Aorta (Ao), se midió la relación de AI y Ao para establecer dilatación de cavidades (AI/Ao > 1,4) y se evaluó la presión de arteria pulmonar (PAP). **Resultados:** Se registran 8 casos. En dos de ellos se trataba de una colateral aislada que se cerró espontáneamente, uno con displasia broncopulmonar (DBP). Seis eran menores de 1.500 g y 4 eran menores de 1.000 g PN (520 a 728 g, y EG 24 a 27 semanas) con DBP severa y oxígeno hasta el alta. Todos presentaban episodios de congestión pulmonar radiológica, que respondían parcialmente a los diuréticos. En 7/8 casos se estableció una dilatación de cavidades izquierdas. (AI/Ao > 1,4). En tres pacientes fue necesario el cierre de la (s) colateral (es) debido a la pobre respuesta al uso de diuréticos, dependencia al oxígeno y/o ventilación mecánica. En dos se instaló un Coil por vía endovascular (en la colateral de mayor tamaño en uno de ellos) y en el tercero se realizó el cierre quirúrgico. En todos se logró una importante mejoría respiratoria. **Discusión:** parece importante la búsqueda de CoSP en RN prematuros con DBP cuya evolución respiratoria es tórpida y en quienes se tiene la certeza del cierre ductal. Pareciera que la eliminación del shunt de izquierda a derecha, a través de la (s) colaterales podrían mejorar ostensiblemente los problemas respiratorios y probablemente disminuir el daño pulmonar crónico. Es necesario acumular un mayor número de casos para sacar conclusiones.

PREMATUROS EXTREMOS AL LÍMITE DE LA VIABILIDAD: SOBREVIDA Y SECUELAS

Salas R, Jodorkovsky M, Pasten N, Biggs R. Servicio de Neonatología. Hospital Barros Luco.

Introducción: La medicina neonatal ha encontrado una barrera natural para conseguir sobrevida en inmadurez extrema en condiciones humanas aceptables. El “límite de la viabilidad” es un concepto no bien definido y depende de factores maternos, obstétricos, perinatales, equipo neonatal, recursos y organización hospitalaria, entre otros; provocando variados dilemas médicos y de carácter ético. Este confuso límite llamado “zona gris gestacional” lo sitúan actualmente los expertos entre las 23 y 25 semanas de gestación. La sobrevida en países desarrollados a las 23 semanas alcanza un 30-40%, a las 24 es de 50-60% y a las 25 de un 70%; sin embargo, la sobrevida como indicador de éxito está siendo desplazada por neurodesarrollo a largo plazo porque refleja indirectamente la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar las tasas de sobrevida y de secuelas invalidantes a los 2 años de edad corregida (EC) en prematuros de 23, 24 y 25 semanas de gestación. **Pacientes y Método:** Se incluyeron todos los recién nacidos (RN) de 23 semanas y 0 días hasta 25 semanas y 6 días de edad gestacional (EG) durante los años 2002 al 2007 sin límites de peso de nacimiento. Se consignaron los datos relevantes perinatales, de hospitalización y post alta en sobrevivientes hasta los 2 años de EC. Se consideraron secuelas invalidantes a la presencia de parálisis cerebral (PC), retraso del desarrollo psicomotor (RDSM) moderado a severo, hipoacusia requirente de audífono, ceguera y oxígeno dependencia. **Resultados:** Nacieron 131 RN de 23 a 25 semanas que representaron el 0,48% del total de RN del Servicio y el 30,2% del total de fallecidos, así como el 20,2% de los prematuros < 32 sem. Los principales resultados perinatales por EG fueron:

EG	Total	Sobrevida	Parto Vag	APGARMad ≤ 3 a 5'	Pulm (2 dosis)	Ingreso ÚCIN	Dg EMH	#DAP Tdo ≥ 7 ds	#HIV 3-4 ≥ 7 ds	DBP ≥ 28 d		
	n	%		n	%							
23	26	1	3,8	80,8%	76,9%	3,8%	8	30,8	7/8	1/2	0/2	1/1
24	38	10	26,3	42,1%	30,6%	28,9%	30	78,9	28/30	4/17	7/17	11/11
25	67	26	38,8	43,3%	13,8%	38,8%	65	97,0	63/65	26/45	19/45	28/31

= sobre el total de pacientes con 7 días de vida cumplidos

Completado el seguimiento a los 2 años de EC fallecieron 2 niños (1,5% mortalidad post alta). De los 35 niños vivos hubo 1 caso de sordera y de oxígeno-dependencia, 4 de RDSM moderado a severo y 5 de PC; en total fueron 6 los niños que presentaron al menos 1 secuela invalidante. La sobrevida sin secuelas invalidantes a las 23, 24 y 25 sem fue de 3,8; 23,7 y 28,4% respectivamente. **Discusión:** Los malos resultados en prematuros de 23 sem avalan las recomendaciones internacionales de manejo conservador salvo excepciones. En niños de 24 y 25 sem la sobrevida no es despreciable pero aún lejos de los países desarrollados, aunque con aceptables resultados en secuelas invalidantes a los 2 años de edad corregida.

ERITEMA TÓXICO Y ATOPIA PATERNA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CORONEL

Bascur MN, Campos R, Cautín MJ, Epelde-Aguirre C, Durán MI, Fernández C, Castaña F. Hospital San José de Coronel. Universidad San Sebastián.

El eritema tóxico es un rash cutáneo benigno, propio del recién nacido. Se presenta en un 50% de ellos, y no deja secuelas. Su etiología es desconocida, en los últimos años se ha relacionado con atopia, especialmente por el hallazgo de abundantes eosinófilos en sus vesículas. Determinar atopia en los recién nacidos es tarea difícil. Conociendo la transmisión genética de esta característica, es probable que la atopia de los padres sea un buen indicador de este proceso en los recién nacidos. **Objetivo:** Determinar si existe relación entre el eritema tóxico y la presencia de síntomas alérgicos en los padres. Conociendo que uno de los principales alérgenos en niños pequeños es la proteína de leche de vaca, otro objetivo de este estudio es determinar relación entre la ingesta de leche líquida en la madre y el eritema tóxico. **Método:** Se realizó un estudio caso-control, se incorporaron 18 recién nacidos de término que presentaban eritema tóxico y 20 controles. Para obtener los datos de los padres se realizó un cuestionario de síntomas alérgicos (Nielsen y cols. ISAAC), a la madre durante su estadía en puerperio, que consiste en 12 preguntas. Ante 1 respuesta positiva se consideró atopia de los padres, si todas las respuestas fueron negativas, se consideró padres no atópicos. Se les consultó a todas las madres si ingirieron leche de vaca líquida durante el embarazo. **Resultados:** El 65,8% de los padres presenta síntomas alérgicos. El 71% de las madres había ingerido leche líquida en forma habitual durante su embarazo. El 77,8% de los recién nacidos que presentaba eritema tóxico tiene antecedente de atopia en los padres, en comparación con un 55% en el grupo control. OR: 2,86 (0,139). El 61% de las madres cuyos hijos presentaron eritema tóxico habían ingerido leche líquida durante el embarazo, en comparación con un 80% de las madres del grupo control (OR: 0,39). **Conclusiones:** Encontramos relación entre el eritema tóxico y la presencia de síntomas alérgicos en los padres, sin embargo, es conveniente realizar un estudio con una muestra mayor. No hubo relación entre la ingesta de leche líquida por la madre durante el embarazo y el eritema tóxico. Llama la atención la alta frecuencia de síntomas alérgicos en los padres de los recién nacidos.

ESTUDIO DE MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL EN HOSPITAL BASE OSORNO, PERÍODO 2001-2008

Muñoz MG, Leigh PS, Hollstein GA, Carreño MA. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Osorno, Chile.

Introducción: Las muertes neonatales corresponden a las defunciones entre los 0 y 27 días. Estas pueden ser precoces (0-6 días) o tardías (7-27 días). Se considera que las muertes neonatales precoces tienen relación directa con el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido (RN), mientras que las tardías se relacionan con las condiciones ambientales y de atención infantil. La muerte neonatal precoz, esta determinada principalmente por la prematuridad, las malformaciones congénitas, la asfixia prenatal y las infecciones. Estas últimas son las que generalmente causan el ingreso de los RN a la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN). Debido a lo frecuente que son estas condiciones en la práctica médica, es importante conocer el porcentaje de sobrevida de estos RN al egresar de este servicio, las características que se le asocian y la causa de muerte en ellos, para enfrentarlos de una mejor manera. **Objetivo:** Conocer el porcentaje de sobrevida de los RN egresados de la UCIN del Hospital base de Osorno (HBO) y las causas de muerte más frecuentemente asociadas. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, en el cual se estudiaron 291 RN ingresados a la UCIN del HBO entre 2001 y 2008, mediante revisión del libro de registro, destacando sus características asociadas, condición de egreso y causas de muerte. Los datos fueron analizando con Microsoft Excel® y Epiinfo 2002®. **Resultados:** Con un n: 291, la edad materna $27,39 \pm 7,67$ años; edad gestacional de $29,31 \pm 3,34$ semanas; 56,7% fue de sexo masculino; peso de nacimiento fue $1062,46 \pm 296,05$ g; síndrome de distress respiratorio (SDR) presente en 76,7%[71,3-81,5]; fallecieron un 30,7% [25,4-36,5]; siendo la causa de muerte más frecuente la prematuridad extrema con 19,54%, seguida por la asfixia neonatal 17,24% y enfermedad de membrana hialina 12,64%. De los fallecidos un 87,2%, si tuvieron un SDR [p: 0,0031]. **Discusión y Conclusiones:** Con los resultados obtenidos podemos decir que los ingresos a UCIN en este periodo fueron en su mayoría RN prematuros, que presentaron un SDR asociado en la mayoría de los casos y que a causa de esta asociación de factores, tuvieron una mortalidad elevada con un valor de p estadísticamente significativo. El extremo bajo peso (< 1.500 g) es un factor importante asociado a la mortalidad neonatal, por lo cual hace indispensable un manejo multidisciplinario en la prevención del parto prematuro, para así disminuir morbilidad asociada a este grupo de pacientes en alto riesgo.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON HIPERBILIRRUBINEMIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, HOSPITAL BASE OSORNO, PERÍODO 2001-2008

Leigh PS, Muñoz MG, Hollstein GA, Carreño MA.

Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Osorno, Chile.

Introducción: La etapa neonatal es un período del ciclo vital, donde la presencia de ictericia, puede formar parte de un proceso fisiológico normal en la mayoría de los casos o patológico en otros, siendo esta uno de los fenómenos clínicos más frecuente del recién nacido (RN). Durante la primera semana de vida cerca del 80% de los RN pre-término (RNPT) y el 50% de los RN de término la presentan dentro sus parámetros esperados. Por lo que su temprano reconocimiento, su evaluación y la instauración de una terapia adecuada, es una tarea habitual, pero dificultosa. **Objetivo:** Caracterizar los neonatos ingresados a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del Hospital Base Osorno (HBO), según niveles de bilirrubina y requerimiento de apoyo terapéutico en el período 2001-2008. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, en el cual se estudiaron 291 RN ingresados a la UCIN HBO entre 2001 y 2008, mediante revisión del libro de registro, destacando sus características asociadas, condición de egreso y causas de muerte. Los datos fueron analizando con Microsoft Excel® y Epiinfo 2002®. **Resultados:** Con un n: 291, la edad materna $27,39 \pm 7,67$ años; edad gestacional (EG) de $29,31 \pm 3,34$ semanas; 56,7% fue de sexo masculino; Pequeños para la edad gestacional (PEG) 57,3% [51,3-63,2]; donde un 76,63% (223) desarrollaron un síndrome icterico; con una bilirrubinemia máxima de $16,89 \pm 76,87$ mg/dl, un ingreso a fototerapia de un 82,5% [77,6-87,7]; sólo un 0,4% (1) requirió exanguinotransfusión. El 94,2% (210) fue catalogado como ictericia deprematuro. **Discusión y Conclusiones:** Con los resultados obtenidos podemos comprobar que más de un 80% requirió tratamiento con fototerapia. Esto coincide con la literatura ya que todos los RN estudiados eran pre-término y PEG en su mayoría, características altamente asociadas a cifras de bilirrubina que requieren tratamiento con fototerapia. Es importante destacar que sólo hubo un caso que requirió exanguinotransfusión, lo que se correlaciona a las revisiones realizadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME HIPOTÓNICO NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Espinoza M¹, Herrera J¹, Salas J², Sandaña P³.

¹Interno Medicina Universidad Católica de La Santísima Concepción. ²Jefe Neonatología, Servicio Pediatría, Hospital Clínico Herminda Martín. Servicio de Salud Ñuble. ³Patólogo, Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Herminda Martín. Servicio de Salud Ñuble.

Introducción: El síndrome hipotónico del recién nacido se define como la disminución significativa en tono muscular durante los primeros 28 días de vida. Representa un reto diagnóstico por su amplia gama de diagnóstico diferenciales. Entre sus causas periféricas destaca la enfermedad de Werdnig Hoffman, la segunda más importante patología autosómica recesiva fatal luego de la fibrosis quística, con una incidencia de 1/10.000 recién nacidos vivos. **Objetivos:** Presentar el diagnóstico diferencial de un caso clínico de síndrome hipotónico neonatal de inicio precoz. **Caso clínico:** RNT 40 semanas, segundo hijo de madre sana, embarazo controlado, parto vaginal, Apgar 9-9, sin antecedentes familiares, derivada a hospital base a los 2 días de vida por presentar hipotonía generalizada desde nacimiento, reflejos positivos que luego se negativizaron. Al examen físico destaca niña hipotónica, arrefléctica, piel con lesiones descamativas tipo ictiosis, tórax en campana y en posición de batracio. Durante hospitalización presenta buena succión y crisis caracterizadas por nistagmus horizontal, movimientos bucales, fasciculaciones de lengua, dedos de manos y pies, desaturación y dificultad respiratoria mínima. Se estudia con exámenes generales, enzimas musculares, EEG, ecografía cerebral, TAC cerebral, todos dentro de rangos normales, descartando hipotonía central. Se decide descartar déficit de biotinidasa y de transportadores de glucosa solicitando screening metabólico ampliado y punción lumbar, ambos normales. Se continúa estudio con electromiografía que muestra denervación activa de al menos dos músculos de dos segmentos corporales diferentes, sugerentes de enfermedad de motoneurona. Para completar estudio se solicita biopsia muscular que informa músculo esquelético con daño neurogénico extenso con características morfológicas compatibles con atrofia espinal muscular. Por correlación entre clínica y estudio se diagnostica enfermedad de Werdnig-Hoffman. Debido a imposibilidad económica de familia no se realiza estudio genético y se da de alta a paciente a los 86 días de vida, con mínima dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno ni apoyo ventilatorio. **Conclusiones:** Es importante considerar en el diagnóstico diferencial de la hipotonía neonatal la enfermedad de Werdnig Hoffman, la más severa de las atrofas musculares espinales. La importancia de su sospecha y diagnóstico radica en el pronóstico ominoso que presenta y en el consejo genético familiar.

USO DE METILXANTINAS EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO

Bancalari A¹, Navarro N², Espinoza C³, Ojeda S².

¹Pediatra Neonatólogo, ²Departamento Pediatría ³Becado Pediatría. Universidad de Concepción, Hospital G. Grant Benavente.

Introducción: Las metilxantinas son una de las drogas más utilizadas en neonatología, especialmente en los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). En este grupo de niños reducen la frecuencia de apneas y de ventilación mecánica (VM). De las metilxantinas, la cafeína es la droga de elección en los prematuros, por su rápido comienzo de acción, concentraciones plasmáticas más estables, dosis diaria única y mínimos efectos adversos. Sin embargo, en nuestro país no disponemos de esta droga, sólo de aminofilina o teofilina, con mayores efectos colaterales y cuya seguridad a corto y largo plazo no está suficientemente estudiada. **Objetivos:** Conocer la frecuencia, indicaciones y tiempo de tratamiento con metilxantinas (aminofilina y/o teofilina) en RNMBP. **Material y Método:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los RNMBP (< 1.500 g) hospitalizados en la Unidad de Neonatología entre el 1 de Enero de 2006 y el 30 de Junio de 2009. En cada RN se analizó: edad gestacional, peso al nacer, vía del parto, Apgar al 1° y 5° minutos, uso de ventilación mecánica, porcentaje de RNMBP que utilizaron metilxantinas, indicación de uso, patología de base, edad de inicio, duración del tratamiento y sobrevida. **Resultados:** En el período evaluado se analizaron 291 pacientes, con una edad gestacional y peso promedio \pm DS de 29 ± 2 semanas y 1173 ± 246 gramos respectivamente, sin predominio de género. La vía del parto predominante fue la cesárea con un 77,7%. El 45,4% de los RNMBP requirió VM (132/291). Del grupo total de pacientes analizados, utilizó aminofilina el 63,2% (184/291). La indicación más frecuente de aminofilina fue para el retiro de VM con un 52,7% (97/184), seguido de los episodios de apnea en el 29,9% (55/184). La edad promedio y DS de los RNMBP al inicio del tratamiento fue de $3,7 \pm 3$ días. La duración promedio del tratamiento con aminofilina en aquellos RNMBP tratados por apnea fue de $22,3 \pm 10$ días, siendo ligeramente mayor en aquellos RNMBP en los que se indicó para el retiro de VM ($24,2 \pm 14$ días). La duración del tratamiento fue mayor en aquellos RN de extremo bajo peso (< 1.000 g) con un promedio de $28,6 \pm 17$ días respecto de los mayores de 1.000 g ($19,7 \pm 10$ días). El promedio de días sin apnea antes de suspender la aminofilina fue de $10,9 \pm 6$ (rango 1 a 36 días). El promedio \pm DS de días en los que se mantuvo el tratamiento con aminofilina sin haber retirado la VM fue de $3,2 \pm 3$. En el grupo tratado con aminofilina el porcentaje de displasia broncopulmonar fue de 22,2% (41/184) y la sobrevida de 93,5% (172/184). **Conclusión:** La aminofilina es una droga ampliamente utilizada en los RNMBP, llamando la atención que en esta cohorte de pacientes se utilizó principalmente en el retiro de la VM y no en los episodios de apnea. Por desconocerse aún sus efectos a mediano y largo plazo, sus indicaciones y duración debieran ser más restringidas.

LISTERIOSIS NEONATAL: EXPERIENCIA EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA 2003-2009

Gutiérrez C, Fonseca G, Prieto X, González JL.

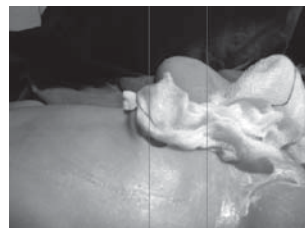
Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: La listeriosis neonatal es una zoonosis distribuida ampliamente en nuestro medio ambiente, se presenta principalmente en grupos de riesgo, destacando el grupo de recién nacidos objeto de nuestro estudio. A raíz del reciente brote nacional se hizo necesaria una descripción actualizada de la realidad local. **Material y Métodos:** Se realizó un trabajo descriptivo de los casos presentados en la Unidad de Neonatología del Hospital Hernán Henríquez Aravena entre los años 2003 y 2009. Los datos obtenidos fueron tabulados en Filemaker pro 10.0 en relación a antecedentes perinatales, presentación clínica, estudios de bacteriológicos y de laboratorio. **Resultados:** En total se encontró un total de 10 pacientes con un promedio de 1,6 pacientes al año. EL análisis estadístico demuestra que la listeriosis neonatal en el hospital Hernán Henríquez sigue siendo principalmente de inicio precoz con un 90%, presentación de sepsis con una mortalidad del 20% y con mayor incidencia en niños prematuros. La gran mayoría de los datos obtenidos se correlacionaron a lo descrito en trabajos internacionales. El compromiso respiratorio fue de 30% siendo menor al 50% de otros trabajos. La meningitis se presentó en un 20%, similar al 25 % descrito en sepsis precoz por Listeria. Dos casos presentaron exantema característico más hepatomegalia compatibles con Granulomatosis infantosséptica correspondiendo a los 2 pacientes que fallecieron. Uno de estos casos fue se presentó en el contexto del último brote de listeriosis en Chile.

CIRUGÍA INMEDIATA, UNA ALTERNATIVA PARA LA GASTROSKISIS

González A, Mühlhausen G, Correia G, Benavides I, Valderrama P, Muñoz O. Servicio de Neonatología Hospital San José.

Introducción: La gastrosquisis es una malformación de la pared abdominal de prevalencia en aumento y etiología no del todo conocida. La detección prenatal y un tratamiento precoz podrían reducir la estadía hospitalaria, el tiempo hasta alcanzar aporte enteral completo, tiempo de alimentación parenteral, tiempo de ventilación mecánica y sedoparalización previo al cierre definitivo. En el último tiempo se han intentado algunas técnicas como *símil-exit* (ex utero intrapartum treatment), que consiste en la reducción intraparto de las vísceras herniadas. Se describe aquí una variante realizada en la atención inmediata luego de ligar el cordón. **Material y Métodos:** Se comparan 3 pacientes manejados de forma tradicional nacidos en el año 2008, con 3 recién nacidos entre Junio y Agosto de este año, en quienes se aplica una variante de la cirugía que consiste en intubación inmediata, sonda nasogástrica con aspiración frecuente, reducción de las asas intestinales y cierre de la pared intestinal, con sedoparalización endovenosa, acompañado del monitoreo continuo de saturación y frecuencia cardíaca, en la cuna radiante de la atención inmediata, después de ligar el cordón umbilical. **Resultados:** Se realiza la reducción de asas intestinales en la sala de atención inmediata de 3 prematuros de 34 semanas con gastrosquisis, con peso cercano a los 2 kilos (1.950, 2.295 y 2.578 gr), uno de ellos presentó membrana hialina.



Discusión: Creemos que esta variante en el manejo de estos recién nacidos no requiere esfuerzos extraordinarios, ni mayores costos, sino por el contrario acorta los tiempos de asistencia ventilatoria, necesidad de alimentación parenteral y hospitalización.

Tabla 1

	Casos (n = 3)	Controles (n = 3)
Edad gestacional mediana	34	38
Peso nacimiento (x en g)	2.271	3.416
Diagnóstico prenatal (%)	100	100
Edad de la cirugía (x en días)	Inmediata	4

Tabla 2

	Casos (n = 3)	Controles (n = 3)
Días de ayuno (x)	7,3	10,3
Volúmen enteral total (x) en días	15,3	23
Días de ALPAR (x)	15	20
Días de VM (x)	2	6,3
Complicaciones quirúrgicas (%)	0	33,3
Sedoparalización (x) en días	2	5

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE EN LA ETAPA ESCOLAR, EN EL PREMATURO EXTREMO (RESULTADOS PRELIMINARES)

Villalón H, Martínez JL, Goycoolea C, Garcés P, Ramacciotti A, Pinto M, Hosiasson S. Grupo de Seguimiento del RN de alto riesgo. Clínica Las Condes.

Introducción: El prematuro extremo, puede presentar secuelas tardías derivadas de su condición perinatal. Recientemente, se han descrito dificultades en la inserción escolar, debido a trastornos de aprendizaje diagnosticados en la edad escolar (EPICURE). Nuestro objetivo es mostrar los primeros resultados, de un seguimiento de largo plazo, desde el punto de vista psicopedagógico en este grupo de niños. **Material y Métodos:** Se presentan los primeros 8 niños, prematuros extremos, con una mediana de EG 27 semanas (25-28), y un peso de nacimiento promedio de 1.105 g (624-1.610 g). La mediana de edad de evaluación, fue de 6 años (4-7 años) y ninguno de ellos presentaba algún diagnóstico previo de secuelas. Las áreas evaluadas fueron: lenguaje, lógico-matemática, grafomotricidad y memoria verbal, con las pruebas de BADYG I, TEPsi, EVALUA "0", BEVTA y PEEC. La media se definió entre los p 40-60. **Resultados:** En lenguaje, 25% (2/8), se encontraron bajo la media (<p40), lo mismo en el área lógico-matemática. El área más afectada correspondió a la de grafomotricidad, en la que 5 niños (62,5%), estuvieron bajo la media. Y finalmente, un 37,5% (3/8), en el área de memoria verbal. **Discusión:** Si bien es cierto, que el grupo resulta reducido para obtener conclusiones, se pueden observar algunas tendencias, que pueden orientar para enfocar el seguimiento y los planes de rehabilitación. Así, la grafomotricidad, puede resultar un factor de riesgo importante en el fracaso escolar, por lo que se debiera intentar su rehabilitación en la etapa previa (pre escolar). En todas las áreas, se observó un porcentaje no despreciable de niños bajo la media. **Conclusiones:** Los trastornos de aprendizaje, deben considerarse como secuelas tardías de la prematuridad, por lo que su diagnóstico y adecuada rehabilitación, debiera comenzar precozmente.

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL EN HIJO DE MADRE PORTADORA DE CRIGLER-NAJJAR TIPO 1

Grandy M¹, Ibieta M¹, Bancalari A², Venegas G³.

¹Becada Pediatría, ²Pediatra Neonatólogo, ³Pediatra Gastroenterólogo. Universidad de Concepción Hospital G. Grant Benavente.

Introducción: El Síndrome de Crigler-Najjar (CN) es una forma de ictericia familiar de transmisión autosómica recesiva, producida por déficit congénito de la enzima glucuroniltransferasa. **Objetivo:** Describir la presentación clínica de un RN hijo de madre portadora de Crigler- Najjar Tipo1. **Caso Clínico:** RNPT 35 semanas PEG con un peso de nacimiento de 2.040 g, talla: 46 cm, CC: 31 cms, sexo masculino, Grupo 0 Rh (+), sin incompatibilidad de grupo clásico ni Rh, Apgar 5-8-9, hijo de madre adolescente de 17 años portadora de enfermedad de CN Tipo 1, manejada durante el embarazo con fototerapia y albúmina endovenosa cada 15 días, con evaluación bisemanal de bilirrubinemia plasmática y transcutánea. Nace por cesárea electiva. La bilirrubinemia materna al momento de la cesárea era de 17 mg/dl, y la del RN de cordón fue 11mg/dl, test de Coombs (-). Ingresó a UCI Neonatal donde se analizó la realización de exanguineotransfusión decidiendo diferirla por no existir hemólisis. El RN Se maneja con fototerapia intensiva, administración de albúmina EV (1 g/kg), fenobarbital y control de bilirrubinemia seriada. Los valores de bilirrubinemia fueron descendiendo progresivamente. Se inicia alimentación enteral al segundo día, y se deja con fototerapia simple al cuarto día de vida. Al quinto día, evaluado por gastroenterólogo decide suspender albúmina endovenosa dada su buena evolución y niveles de bilirrubina en descenso 8,2 mg/dl (5,1 mg/dl indirecta), y agrega ácido ursodeoxicólico por sospecha de colestasia. Se realiza ecografía abdominal (6 día) que evidenció leve congestión hepática, vía biliar de tamaño y calibre normales. Los niveles de bilirrubinemia no conjugada continuaron descendiendo, pero se mantuvo una discreta hiperbilirrubinemia directa, con ascenso de GGT. A los 14 días de vida se suspende fenobarbital. Ecografía (16 días) mostró vía biliar intra y extra hepática normal e hígado normal. Se da de alta a los 20 días de vida en buenas condiciones generales, con alimentación enteral completa. Exámenes al alta: bilirrubinemia total 4,3 mg/dl y directa 3,9 mg/dl; hemograma en rango normal. Actualmente con aproximadamente 8 meses de vida, se encuentra en buenas condiciones generales y neurológicas, con niveles de bilirrubina dentro de rangos normales. Con controles periódicos en Neonatología y Gastroenterología infantil. **Comentario:** Se da a conocer este caso clínico por tratarse de una patología extraordinariamente infrecuente, que requirió de un equipo médico multidisciplinario para tratar inicialmente a la madre embarazada y posteriormente al recién nacido. Tanto la madre como el recién nacido presentaron una evolución satisfactoria.

PAROTIDITIS SUPURATIVA NEONATAL: REPORTE DE TRES CASOS HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

*Ibieta MA, Bancalari A, León J.
Hospital Regional de Concepción.*

Introducción: La parotiditis supurativa es una entidad rara en la población general y aun más en el período neonatal. Hay pocos casos reportados en la literatura. **Caso 1:** RNT PEG fem. Al 6º día de vida cursa con hiperbili. recibe fototerapia por 24 hr. A los 8 días presenta irritabilidad, fiebre y tumefacción preauricular izquierda. Ex. físico sin compromiso general, tumefacción parótidea izquierda, eritema, calor local, dolorosa a la palpación. Hemograma: 13.200 leucocitos, PCR 65 mg/dl. A 24 horas de su ingreso se efectuó drenaje quirúrgico. Cultivo de material purulento (+) para *S. aureus* sensible a cloxacilina. Hemocultivo (-). Recibe antibióticoterapia endovenosa. Evolución favorable sin presentar compromiso del estado general. **Caso 2:** RNT AEG fem. A los 11 días de vida presenta irritabilidad y aumento de volumen en la mejilla derecha. Ex. de ingreso febril, irritable, aumento de volumen parotideo derecho, al comprimir da salida a secreción purulenta por conducto de Stenon. Hemograma leucocitos 24.000. PCR 29 mg/dl al ingreso, 51 mg/dl a las 24 horas. Hemocultivo y cultivo de secreción parótidea (+) para *S. aureus* multisensible. Antibióticoterapia endovenosa con cloxacilina y amikacina por cinco días, completa 14 días con cloxacilina oral. Evolución favorable. **Caso 3:** RNT AEG, Ingresa a los 22 días de vida por aumento de volumen preauricular izquierdo, irritabilidad y fiebre. Ex. físico muestra piel moteada y aumento de volumen preauricular bilateral, en la cavidad oral se observa salida de pus por conducto de Stenon. PCR de 20 mg/dl. Hemograma leucocitos de 20.670. Hemocultivos y cultivo de secreción purulenta (+) para *St. Aureus* multisensible, Se inicia tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefotaxima. Ecografía cervical: glándulas parótidas simétricas y homogéneas, sin signos focales, glándula submandibular normal. Evolución satisfactoria. **Discusión:** La parotiditis neonatal es una enfermedad poco frecuente. Tres casos se han presentado en los últimos cinco años en nuestra unidad. Se han descrito factores de riesgo como: deshidratación, inmunosupresión, RNPT, uso de sondas orogástricas. En estos casos sólo uno era RNT PEG y que recibió fototerapia, lo que pudo influir en el grado de hidratación. **Conclusión:** La parotiditis supurativa neonatal es una patología de rara ocurrencia, pero en pacientes en unidades neonatológicas se pueden conjugar varios factores de riesgo que puedan predisponer a esta patología.

EVALUACIÓN DE UN NUEVO KIT DE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*

Lizama L¹, Cifuentes M², Álvarez F³, Pardo M¹, Villegas K¹, Guajardo V¹, Torres J¹, Jamett E¹, Banfi A³, Ovalle A².

¹Bioscan S.A., ²Hospital San Borja Arriarán, ³Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*, transmitida durante el parto, puede derivar en muerte y secuelas para el recién nacido. El diagnóstico de infección por *S. agalactiae* se realiza por cultivo selectivo. En este trabajo se compara el rendimiento de una PCR en tiempo real (PCR-TR) versus la técnica de cultivo y otras PCR. **Métodos:** Se analizaron muestras anales, perianales y vaginales de 63 mujeres embarazadas en riesgo, provenientes del Hospital San Borja Arriarán entre 2008 y 2009. Las muestras se analizaron por cultivo selectivo. Una contramuestra se derivó a Bioscan para realizar una PCR-TR. Además, como técnicas de referencia se realizó una PCR convencional y PCR en tiempo real. Se calculó sensibilidad y especificidad, considerando como “verdadero positivo” las muestras positivas por cultivo, o por las PCR utilizadas como referencia. **Resultados:** Del total, 20,4% (34/167) muestras fueron positivas por PCR-TR y 9,6% (16/167) por cultivo selectivo. La sensibilidad y especificidad de PCR-TR comparada con cultivo fueron 88% (14/16) y 87% (131/151), respectivamente. La sensibilidad y especificidad de PCR-TR, versus el “verdadero positivo” fue 83% (30/36) y 97% (127/131), respectivamente. Al hacer el análisis por tipo de muestra respecto al cultivo, la sensibilidad y especificidad de la PCR-TR fueron 100% (6/6) y 88% (42/48) para las muestras anales, 67% (2/3) y 89% (47/53) en las perianales, 86% (6/7) y 84% (42/50) en las vaginales, respectivamente. Al compararla con el estándar “verdadero positivo”, la sensibilidad y especificidad de PCR-TR fueron 92% (11/12) y 98% (41/42) en muestras anales, 67% (8/12) y 100% (44/44) en perianales, 92% (11/12) y 93% (42/45) en muestras vaginales, respectivamente. La frecuencia con la que se encontró *S. agalactiae* entre las muestras fue 22% (12/54), 14% (8/56) y 25% (14/57) a través de PCR-TR y 11% (6/54), 5% (3/56) y 12% (7/57) por cultivo selectivo para las muestras anales, perianales y vaginales, respectivamente. Los resultados por PCR-TR se obtuvieron en 2,5 horas, por PCR convencional en 8 horas y el cultivo en 48 horas. **Discusión:** Al analizar los resultados por tipo de muestra, la sensibilidad y especificidad de la PCR-TR es más alta en las anales y vaginales. El patógeno se detectó con menor frecuencia en muestras perianales. **Conclusiones:** La PCR-TR tiene mayor sensibilidad y los resultados se obtienen en menor tiempo. Por esto, la PCR-TR es una potente herramienta para diagnóstico.

EXPERIENCIA EN TRES RECIÉN NACIDOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA CON HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE TRATADOS CON SILDENAFIL EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA

Anzieta J, Martínez MP, Pivcevic CD.

Hospital Base Valdivia.

Hernia diafragmática congénita (HDC) se define como el ascenso de una o más vísceras abdominales en el tórax, a través de un orificio en el diafragma. Es más frecuente en el lado izquierdo que al derecho en donde el hígado puede servir de tapón ante un orificio herniario. Pese a los avances en reanimación neonatal es una patología con alta morbimortalidad dado principalmente por el grado de hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar persistente (HPP), especialmente en aquellos casos de mal pronóstico antenatal. Reportamos tres recién nacidos de término, dos de sexo femenino y uno masculino con diagnóstico de hernia diafragmática congénita, hipertensión pulmonar persistente e hipoxia severa al nacer sin respuesta satisfactoria al tratamiento convencional, tratados tempranamente con Sildenafil 1,5 mg/kg cada 6 horas con el fin de estabilizarlos en espera de la cirugía. Dos de los pacientes tenían diagnóstico ecográfico prenatal y el tercero fue sospecha clínica postnatal por evolución clínica y comprobado con radiografía de tórax. La HPP y su evolución fueron diagnosticados y controladas con eco doppler. Un paciente falleció a los 6 días de vida por una NEC, sin embargo, su HPP fue bien controlada con el uso de Sildenafil, tratamiento convencional previo a la cirugía abierta del defecto. La segunda paciente murió a los 53 días de vida, posterior al alta, secundario a aspiración pulmonar ocurrida en su domicilio. El tercer recién nacido, utilizó Sildenafil por 10 meses, actualmente tiene 3 años y recibe terapia para el RGE. En estos tres casos fue posible el uso de Sildenafil como terapia complementaria al tratamiento convencional para reducir la HPP y estabilizar al paciente previo a la cirugía. La mortalidad de los dos primeros casos reportados no tiene relación con el uso de Sildenafil. No existen series reportadas en relación al uso del Sildenafil en HPP secundaria a HDC. Es interesante, dado el mecanismo de acción, el beneficio observado a nivel de vasculatura pulmonar y posterior reducción de HPP. Por lo tanto, planteamos que el uso de este fármaco pudiese ser beneficioso para tratamiento de hipertensión pulmonar persistente en hernias de mal pronóstico.

IMPACTO DE LA PRESENCIA DE UREAPLASMA *UREALYTICUM* EN LÍQUIDO AMNÍOTICO DE PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO PREMATURO SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

*Milet LMB, Flores CJC, Toro JC, Mena NP, Medina L, Kae NJ.
Hospital Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: El Uresplasma *urealyticum* (UU) se ha asociado a displasia broncopulmonar en el recién nacido (RN) prematuro por producir una reacción inflamatoria crónica. Sin embargo, el tratamiento antibiótico específico no ha demostrado modificar la evolución respiratoria. **Objetivo:** Caracterizar la evolución clínica de RN que tenían infección intra amniótica por UU. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo, que analiza dos cohortes de RN < 1.500: uno con antecedente de líquido amniótico con cultivo positivo para UU, y otro con ausencia de infección intra amniótica. Entre los años 2002 y 2007 se registró en una base de datos el peso de nacimiento, edad gestacional, evolución respiratoria, infecciosa, neurológica, y mortalidad hasta el alta. Se usó para el análisis estadístico los programas Excel y SPSS 15.0. **Resultados:** Los RN con cultivo de líquido amniótico positivo para UU (n = 24) tenían una mediana de edad gestacional de 26 sem (22-30), y peso de nacimiento de 965 g (580-1.500). Un 54,2% (13/24) eran de sexo masculino y 45,8% (11/24), de sexo femenino. La mediana de días de ventilación mecánica fue de 1 día (0-94), y el requerimiento de oxígeno fue de 11 días (0-167). Con respecto al grupo con cultivo negativo (n = 23), no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables estudiadas. En el grupo de los RN con UU positivo se encontró una incidencia de 40% (8/20) de displasia broncopulmonar, de 15% de retinopatía del prematuro, y de 10% (2/20) de leucomalacia periventricular. La mortalidad fue de un 29% (7/24). Al comparar la incidencia de displasia broncopulmonar, leucomalacia periventricular, retinopatía del prematuro, requerimiento de oxígeno al alta y mortalidad, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p > 0,05). **Discusión:** La presencia de UU en el cultivo de líquido amniótico no se asoció a un mayor riesgo de patología neonatal en la muestra de RN analizada. La alta incidencia de displasia broncopulmonar y de muerte que se reporta en ambos grupos probablemente se debe a otros factores no incluidos en este análisis.

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA IL-6 EN SANGRE DE CORDÓN Y EN SANGRE PERIFÉRICA DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HR DE VIDA, EN LA INFECCIÓN NEONATAL TEMPRANA

*Muñoz M, Orfali JL, Salinas R, Muhlhausen G, Gana C, Caro P.
Servicio de Neonatología del Hospital San José (HSJ).*

Introducción: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la sepsis en el recién nacido sigue teniendo una alta morbimortalidad. Los signos y síntomas pueden resultar muy inespecíficos. Diversos estudios han mostrado la utilidad de la interleuquina 6 (IL-6) en sangre de cordón umbilical como marcador precoz de sepsis neonatal. El objetivo del estudio es conocer la especificidad, sensibilidad, valor predictivo negativo y positivo y la razón de verosimilitud positiva y negativa de la IL-6 como marcador precoz de sepsis neonatal. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo ciego para el tratante, en el Servicio de neonatología del HSJ, donde se incluyeron 105 recién nacidos con factores de riesgo o clínica de sepsis los que fueron hospitalizados para inicio de tratamiento antibiótico. Se tomó la muestra sanguínea de cordón en atención inmediata o de sangre periférica en las primeras 24 hr de vida, en caso de iniciar más tardíamente los antibióticos. Se analizaron en 4 grupos: Sepsis demostrada, Sepsis probable, Sepsis dudosa y Sepsis descartada. Se fijó un punto de corte para IL-6, según estudios previos, de 108,5 pg/ml. La medición de IL-6 se realizó con un densitómetro "PicoScan" facilitado por Milenia Biotec (Milenia quick line IL6®) para el presente estudio. Se solicitó consentimiento informado y el protocolo fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte. **Resultados:** Se obtuvo en un 1,2% de los casos Sepsis demostrada, en un 31,7% Sepsis probable, en un 47,5% Sepsis dudosa y en un 19,5% Sepsis descartada. Con respecto a los factores de riesgo se encontró presencia de Corioamnionitis en un 4,9% de los pacientes, RPO mayor a 24 hrs en un 35,8%, fiebre materna intraparto en un 4,9% y SPP en un 30,9 %. Para sepsis demostrada, probable y dudosa versus sepsis descartada la razón de verosimilitud positiva fue 1,45 con un IC 95% (0,59-3,60), y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,85 con un IC 95% (0,64-1,12). Para sepsis demostrada y probable versus sepsis descartada la razón de verosimilitud positiva fue 0,96 con un IC 95% (0,51-1,84) y la razón de verosimilitud negativa fue 1,02 con IC de 95% (0,70-1,49). **Discusión:** La asignación de pacientes fue ciega para el tratante, destacando la presencia de pacientes calificados por el clínico como sepsis descartada, en quienes se suspendieron los antibióticos a las 72 hrs, sin embargo, tenían IL6 muy elevada lo que es inaceptable para una prueba descartar. **Conclusiones:** La IL-6 de sangre de cordón o sangre periférica en las primeras 24 hr de vida, no tiene utilidad como marcador diagnóstico de sepsis neonatal temprana.

PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DEL NEUMOTÓRAX EN RECIÉN NACIDOS

Bancalari A¹, Navarro N², Espinoza C³.

¹Pediatra Neonatólogo, ²Departamento Pediatría, ³Becado Pediatría. Universidad de Concepción, Hospital G. Grant Benavente.

Introducción: El neumotórax puede ocurrir espontáneamente, pudiendo presentarse en forma asintomática o sintomática. La incidencia de este último oscila entre 0,05 a 1% de los recién nacidos de término. Esta patología es una urgencia médica que requiere un pronto diagnóstico y un tratamiento adecuado. Mientras antes sea drenado el neumotórax en el recién nacido (RN) menos daño ocurrirá, debido a la hipoxia, hipercapnia y alteración del retorno venoso como resultado del aumento de la presión intratorácica. **Objetivos:** Caracterizar la población de RN con diagnóstico de neumotórax, determinando patología subyacente, localización, tratamiento, evolución y sobrevida. **Material y Método:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de RN hospitalizados en la unidad de Neonatología con diagnóstico de neumotórax entre el 1 de Enero de 1994 y el 30 de Junio de 2009. El diagnóstico de neumotórax se efectuó en todos los casos a través de la radiografía de tórax. En cada RN se analizó: edad gestacional, peso al nacer, vía del parto, maniobras de reanimación, Apgar al 1° y 5° minutos, uso de surfactante, antecedente de maduración pulmonar, edad al diagnóstico, patología de base, localización, tratamiento utilizado, evolución y sobrevida. **Resultados:** En el periodo evaluado se pesquisaron 115 pacientes, con una edad gestacional y peso promedio \pm DS de 33 ± 5 semanas y 1.968 ± 1.054 gramos respectivamente, sin predominio de género. Un 55,7% (64/115) de los pacientes correspondió a RN de pretérmino y un 38,3% (44/115) a RN de muy bajo peso (<1.500 g). Un 69,6% (80/115) se trataron con ventilación mecánica convencional (VMC) y/o ventilación de alta frecuencia oscilatoria, SensorMedics 3100A (VAFO) y todos ellos con sonda endopleural (SEP). El 30,4% de los neumotórax fueron tratados en forma expectante, con oxígeno adicional en Hood para saturar entre 90 y 95%, o bien con 100% de oxígeno. El 14,8% (17/115) tuvieron el antecedente de maniobras de reanimación y el 25,2% (29/115) tuvieron un Apgar < 3 al 1° minuto. La patología subyacente más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) con el 74,8%. La edad promedio y DS al momento del diagnóstico fue de $1,6 \pm 1$ día y la localización más frecuente ocurrió en el hemitórax derecho (49,6%). La sobrevida general fue de 63,5% (73/115). La sobrevida en los RN con tratamiento expectante fue de 100%, sin embargo, disminuye en aquellos tratados con ventilación mecánica llegando a un 41% (13/39) en aquellos manejados con VMC y a 53,7% (22/41) en los RN con VAFO. **Conclusión:** El neumotórax constituye una emergencia médica en la gran mayoría de los casos, requiriendo un tratamiento oportuno y eficaz. En aquellos RN en ventilación mecánica el tratamiento fue siempre con SEP, con marcado predominio del pulmón derecho. Esta patología sigue presentando una significativa mortalidad.

PREVALENCIA DE IGG ANTI CMV EN EMBARAZADAS AL MOMENTO DEL PARTO

Yamamoto CM¹, Prado DP¹, Wilhelm BJ¹, Bradford R², Novoa PJM¹, Lira PF³, Insunza FA¹, Carrillo TJ¹, Vergara ML¹, Paiva WE¹.

¹Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. ²Departamento de Pediatría, The Alabama University at Birmingham. ³Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente, demostrado en el 1% de RN en países desarrollados. Es la 1ª causa de sordera y alt. desarrollo neurológico infantil. Estudios han demostrado que la seropositividad no evita una reinfección materna ni la enf. cong, por lo que la caracterización de seroprevalencia permite saber si la infección congénita proviene de primoinfección o de reinfección. **Objetivos:** Conocer la seroprevalencia al parto en embarazadas. Definir si en el futuro es planteable un tamizaje universal para el diagnóstico precoz de infección por CMV en embarazadas y RN por estudios de seroconversión o de detección directa. **Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Se estudio presencia de IgG anti CMV en sangre materna al parto de 583 pacientes. Se realizó un test de ELISA para detectar IgG contra CMV en sangre materna. El estudio contó con financiamiento del programa de proyectos de investigación Resident's Grant de la AAP. **Resultados:** Se midió IgG anti CMV en 583 mujeres en trabajo de parto encontrándose 552 (95%) casos positivos, con 13 (2%) negativos y 18 (3%) indeterminados. La mediana de edad fue 24 años (rango: 13-44 años). La paridad: 45% a nulíparas (rango: 0 a 9 hijos previos). Mujeres seronegativas tienen menor paridad ($p = 0,017$) y menor edad que las seropositivas sin ser estadísticamente significativo ($p = 0,26$). Se encontró correlación entre mayor edad y mayor seropositividad (Spearman, $R = 0,955$, $p = 0,019$). El rango de edad gestacional al parto fue 26 a 41 semanas. La edad gestacional fue similar entre seropositivas ($38,9 \pm 1,3$ sem) y seronegativas ($39,6 \pm 1,0$ sem) (Mann Whitney, $p = 0,54$). Ningún RN presentó infección congénita sintomática por CMV. **Conclusión:** La seroprevalencia es elevada, lo que sugiere que la reinfección sería la forma principal de infección congénita. Un estudio en RN con cultivos virales o PCR permitiría conocer la tasa de infección congénita real, y no un estudio basado en seroconversión pues omitiría todos los casos por reinfección, que serían mayoritarios.

OCUPACIÓN DE DÍAS CAMA (ODC) DE RN MENORES DE 32 SEM

Novoa PJM¹, Novoa BC², Mena RN², Orellana JN², Riquelme TR², Méndez HE², Pittaluga PE³, Vernal SP⁴.
¹Hospital Padre Hurtado, Facultad Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. ²Alumno Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Hospital Sótero del Río, ⁴Hospital San José.

Introducción: Conocer información sobre la ODC de prematuros < 32 semanas permite dentro de muchas otras utilidades, ayudar en programación de servicios de neonatología, facilitar la destinación de recursos, organizar planes de derivación de pacientes y administración de personal y recursos físicos. **Objetivo:** Evaluar la ocupación de ODC de los prematuros < 32 sem. EG en hospitales públicos según EG. Comparar ODC de RNPEG versus AEG. Determinar ODC según rango peso nacimiento. **Material y Métodos:** Datos obtenidos de Base de Datos de Proyecto Fonis N° SA05I20027 "Evaluación del PNAC para prematuros y su impacto sobre morbimortalidad, nutrición y desarrollo" cuyo estudio no considero dentro de los objetivos generales ni específicos el análisis de nuestro estudio. Se analiza promedio, DS, rango, mediana por EG, adecuación y rangos de peso. **Resultados:** Se evalúa información de 713 RN < 32 sem, egresados vivos de 7 Serv. Neonatología. Las diferentes tablas muestran información global y específica.

	24 sem	25 sem	26 sem	27 sem	28 sem	29 sem	30 sem	31 sem
N° CASOS	11	39	44	73	91	117	177	180
MINIMO	89	71	59	43	33	27	21	19
MAXIMO	258	234	200	189	166	173	169	161
MEDIANA	120	113	97	76	69	54	42	37
PROMEDIO	139,6	123,2	104,7	86,6	77,2	62,2	48	42,3
DS	53,15	40,82	35,44	32,85	28,83	26,67	20,64	20,24

	500 a 699 grs	700 a 899 grs	900 a 1.099 grs	1.100 a 1.299 grs	1300 a 1.499 grs	1.500 a 1.699 grs	1.700 a 1.899 grs	≥ 1.900 grs
N° CASOS	26	107	155	142	143	108	43	8
MINIMO	65	55	28	35	27	21	19	20
MAXIMO	258	234	200	166	137	82	148	161
MEDIANA	126,5	97	68	51,5	41	34,5	28	44
PROMEDIO	127,6	94,8	77,2	59,4	46,8	38,4	36,4	58,1
DS	42,65	38,09	30,17	24,04	20,04	12,81	23,42	47,74

SEM	24 sem	25 sem	26 sem	27 sem	28 sem	29 sem	30 sem	31 sem
AEG	11	31	35	55	59	76	119	116
PROMEDIO	139,6	120,7	103,6	79,9	74,6	54,3	42,7	38,6
DS	53,15	39,83	36,82	27,99	27,67	20,65	16,20	18,95
PEG	0	6	9	16	27	39	56	60
PROMEDIO		146,2	109,2	105,5	87	77,5	60,1	48,3
DS		41,69	31,02	40,93	30,62	31,02	23,94	14,89
PEG días extra		25,5	5,6	25,6	12,4	23,2	17,4	9,7
% mayor ODC de PEG		21,13	5,41	32,04	16,62	42,73	40,75	25,13

Conclusiones: Existe gran diferencia de ODC según EG, Peso y Adecuación. Conocer esta información permite programar de mejor forma los requerimientos de los Servicios de Neonatología para esta población.

CIERRE PREMATURO DE DUCTUS ARTERIOSO DEBIDO A USO DE IBUPROFENO DURANTE EMBARAZO

Osses P, Osses A¹, Hernández A.
 Hospital San Juan de Dios. SSMOccidente. ¹Interna.

Introducción: El ductus arterioso permanece abierto en el feto debido a una baja concentración de oxígeno y a la circulación de prostaglandinas. Cuando éste se cierra, la sangre del corazón derecho es dirigido a los vasos pulmonares de alta resistencia, resultando en un aumento de la postcarga del ventrículo derecho, provocando disfunción VD y consecuentemente regurgitación tricuspídea y dilatación de ventrículo derecho. Presentamos 2 casos clínicos en que se evidencia tal situación. **Caso 1:** RNT 39 sem PEG, que evolucionó con SDR con altos requerimientos de oxígeno, ecocardiograma precoz (4 h) evidenció DAP cerrado e hipertrofia severa de VD. Dirigidamente madre refiere ingesta de ibuprofeno en cuantía no precisada. **Caso 2:** RNT 38 sem AEG, nace no vigoroso con necesidad de intubación en atención inmediata, APGAR 1-3-6, evolucionó grave con shock cardiogénico. Ecocardiograma evidenció ventrículo derecho dilatado con pared engrosada, DAP cerrado e HTPP. Madre refirió consumo prolongado de ibuprofeno en forma diaria durante 30 días desde las 30 semanas. **Material y Métodos:** Búsqueda bibliográfica en PUBMED y revisiones de fichas clínicas. **Discusión:** El cierre ductal in útero puede ocurrir espontáneamente, pero en la mayoría de los casos es debido a agentes farmacológicos, tales como ibuprofeno, diclofenaco e indometacina que provocan bloqueo de ciclooxigenasa e inhiben la síntesis de prostaglandinas. También se describe secundario a alteraciones anatómicas como coartación de la aorta. Si el diagnóstico no es sospechado en forma temprana la morbimortalidad es alta. **Conclusiones:** Los AINE son medicamentos ampliamente usados para el manejo del dolor, los cuales no requieren de receta médica para su consumo. Estos tienen efectos deletéreos en la circulación fetal, por lo tanto deben ser evitados durante el embarazo, lo que requiere de la difusión de esta información a la población en riesgo.

DERRAME PERICÁRDICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN AURICULAR POR CATÉTER VENOSO CENTRAL

*Osses P, Osses LA¹, Hernández A.
Hospital San Juan de Dios. SSMOccidente. ¹Interna.*

Introducción: El uso de catéteres percutáneos es cada vez más utilizado en unidades de cuidados intensivos neonatales con el fin de proveer una vía venosa central para administración de nutrición parenteral, pero ésta no está exenta de complicaciones. Presentamos un caso clínico de un prematuro 25 sem AEG, PN 770 g, APGAR 6-9 que cursó con EMH y DAP tratados. Para su manejo se instalaron catéteres umbilicales y posteriormente catéter percutáneo. A los 12 días de vida, evolucionó con deterioro clínico, Rx tórax evidencia aumento de silueta cardíaca y visualización de punta de catéter percutáneo en aurícula derecha. Se realizó ecocardiograma que mostró extenso derrame pericárdico de 5,5 x 5,5 mm de espesor a nivel de ventrículo izquierdo y de 2 a 3 mm en pared anterior de ventrículo derecho. Se retiró catéter y evolucionó con reducción progresiva de derrame hasta desaparecer a los 10 días. **Material y Métodos:** Revisión ficha clínica y búsqueda bibliográfica en PUBMED. **Discusión:** Presentamos una complicación rara pero con una alta mortalidad si se diagnostica en forma tardía. La perforación auricular se debe a la presión mantenida producida por el contacto del catéter a la pared miocárdica, lo cual se ve empeorado por la presencia de contenido hiperosmolar lo cual agrava la injuria. **Conclusiones:** Si bien el costo es menor en el uso de catéteres percutáneos, éste no está exento de complicaciones de este tipo, por lo cual es necesario un control periódico de la posición del catéter, ya que éste también podría migrar.

ASFIXIA NEONATAL Y MIOCARDIOPATÍA HIPÓXICA: VARIABLES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO

*Páez AR, Meza GX, Guerra OM, Peñailillo EM, Aguilar MP.
Servicio de Neonatología. Hospital El Pino. Santiago. Universidad de Santiago de Chile.*

Introducción: La miocardiopatía hipóxica isquémica (MHI) es una patología secundaria a la asfixia perinatal (ANN) que condiciona un cuadro clínico funcional sin alteraciones estructurales del corazón ni los grandes vasos. La signología es variable ocasionando diversos grados de alteración en la función cardíaca, cuyas manifestaciones clínicas, electrocardiográficas y de laboratorio dependerán de la intensidad del daño y la capacidad de respuesta del miocardio. **Objetivo:** Describir la relación entre el grado de severidad de la ANN y el desarrollo de MHI en los recién nacidos (RN) en el Hospital El Pino (HEP) durante el año 2008, además de determinar la asociación de parámetros clínicos (apgar, prematuridad) como de laboratorio (CK, CK-MB) con el diagnóstico ecocardiográfico de MHI en esta misma población. **Material y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de egreso de ANN en el servicio de neonatología del HEP durante el año 2008. Se les realizó estudio ecocardiográfico y de laboratorio (gases en cordón, CK y CK-MB). Se comparó a los RN con ANN que presentaron MHI versus los que no. Se utilizó t-student para el análisis estadístico de las variables continuas y test de Fisher para las nominales. **Resultados:** Hubo 41 RN con diagnóstico de ANN. Dentro de este grupo se encontró MHI en 15 RN (45,5%). Del total de los asfixiados el 29,2% presentó asfixia leve, 43,9% moderada y 26,8% severa. La severidad de la ANN tuvo una asociación estadística significativa al desarrollo de MHI ($p = 0,03$). No hubo asociación estadística significativa entre el valor de CK-Total ($p = 0,5283$), CK-MB ($p = 0,63$), prematuridad ($p = 0,3048$), apgar al minuto ($p = 0,7621$) ni a los 5 minutos ($p = 0,5778$) y el desarrollo de MHI. **Discusión:** La severidad de la asfixia es un buen parámetro que podría utilizarse como indicador de riesgo de MHI ayudando a seleccionar a los pacientes en los cuales el ecocardiograma tendría un mayor rendimiento diagnóstico. Sin embargo, pese a esta relación significativa no es despreciable clínicamente la presencia de MHI en RN con ANN leve. Otros parámetros como CK, CK-MB, valor de apgar aislado y prematuridad no tuvieron un valor significativo para realizar el diagnóstico de MHI. **Conclusión:** Sugerimos realizar estudio con ecocardiograma a todo RN con ANN independiente del grado de severidad. Coincidimos con la literatura respecto a la escasa utilidad de las enzimas cardíacas para el diagnóstico.

GASTROSQUISIS: REVISIÓN DE 13 AÑOS EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA

Poblete CS¹, Leiva HH¹, Poblete DM².

¹Servicio de Pediatría Hospital Regional Rancagua. ²Escuela Medicina Pontificia Universidad Católica de la Santísima Trinidad de Concepción.

Introducción: La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal en el cual los intestinos y otros órganos se desarrollan fuera del abdomen del feto a través de una apertura de la pared abdominal. Su incidencia es de 1/10.000 recién nacidos vivos y parece ser que ésta se ha incrementado hasta unas 10 veces en la última década según algunas publicaciones. **Objetivo:** Conocer la incidencia y características clínico-epidemiológicas de la gastrosquisis y su evolución post-cirugía. **Material y Método:** Estudio descriptivo mediante revisión de fichas de pacientes ingresados al Serv. de Neonatología Hospital Regional Rancagua con el diagnóstico de gastrosquisis durante los años 1995-2009. Recopilación de datos con Epiinfo. Se evalúa edad gestacional, peso nacimiento, sexo, Apgar, edad de la madre, comuna de residencia, complicaciones durante el embarazo, diagnóstico prenatal de gastrosquisis, asociación con otras malformaciones congénitas, tipo de cirugía, complicaciones, días de hospitalización, días con alimentación parenteral. **Resultado:** Durante los 13 años en revisión, 23 pacientes fueron ingresados con diagnóstico de gastrosquisis; 17 fichas fueron estudiados; 16 pacientes provenían de comunas rurales, edad materna promedio 21,5 años; peso nacimiento promedio 2.452 g, Apgar 5 minutos 8, sexo femenino 10 (58,8%), edad gestacional 36,4 semanas; 2 casos asociados a otras malformaciones CIV e hipoplasia pulmonar) 9 presentaron patología durante el embarazo (2 con diagnóstico antenatal); parto cesárea en 10 casos (58,8%), el diagnóstico prenatal se realizó en 6 pacientes (35,3%), la cirugía más frecuente fue el cierre de pared abdominal (11 casos) seguida de anastomosis término-terminal y fueron realizadas en un 70,6% (12) en el H. Regional Rancagua; los 6 pacientes con complicaciones recibieron alimentación parenteral con un promedio de 97,5 días. Los días de hospitalización fueron entre 8 a 1.283 con una media de 129 días. El 35,3% (6) presentó complicaciones, predominando la atresia de intestino (2 casos). No se registraron fallecidos. **Conclusiones:** La gastrosquisis es una malformación congénita que debe ser considerada para realizar un diagnóstico antenatal y planificar la resolución quirúrgica pertinente. La complejidad actual del Hospital Rancagua permite mejorar el diagnóstico y tratamiento para lo cual la información presentada en este trabajo debe constituir una base con el propósito de coordinar adecuadamente su pesquisa y resolución.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA CON CATÉTER PERCUTÁNEO EN NEONATOLOGÍA: 2004-2008

Rey ZE¹, Gutiérrez SC¹, Moreno SR^{1,2}.

¹Hospital Regional Rancagua, ²Hospital Exequiel González Cortés y Programa Genética Humana-ICBM-Universidad de Chile.

Introducción: El catéter percutáneo (CPC) es una herramienta invasiva en el manejo de UCI neonatal (UCIN), cuyos riesgos son disminuidos, a través de la utilización de un protocolo de instalación y manejo CPC. **Objetivo** Dar a conocer los resultados de la práctica de enfermería invasiva instalación CPC en una UCI neonatal, en el período 2004 a 2008. **Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de CPC instalados según protocolo en el Servicio Neonatología, Hospital Regional Rancagua. Se revisaron los protocolos de seguimiento CPC utilizándolos como instrumento de recolección de datos, y se analizaron en relación a las variables peso, ingresos y complicaciones, en el período 2004 a 2008. Se describen las tendencias en porcentajes y se correlacionan las variables en estudio, con r de Pearson, considerando significativo (SE), si $p < 0,05$. **Resultados:** En el período en estudio, se instalaron 790 CPC, equivale a 11,8% de los pacientes ingresados a UCIN, de estos alrededor de 12% son reinstalaciones. En el quinquenio en estudio, se aumentaron los CPC instalados en 172%, con SE en relación con el total de ingresos, se mejoraron los CPC sin complicaciones (CPC-SC) en 196%, sin SE. Las 3 complicaciones más frecuentes son induración 40,85%, oclusión 31,27% y desplazamiento 8,45%. Los CPC-SC instalados en el quinquenio, se correlacionaron en forma directa con los ingresos ($r = 0,85$, SE), duración en días ($r = 0,60$) y peso nacimiento ($r = 0,56$) y en forma inversa con CPC infectados ($r = -0,96$ SE) y RN fallecidos ($r = -0,57$), en ninguno de los fallecidos se demostró relación con CPC. **Conclusiones:** El CPC constituye un recurso valioso en el manejo de los RN en este Servicio, existiendo un aumento del uso en forma relativa y absoluta, y por las variables analizadas con beneficio para los RN ingresados. Las complicaciones siempre van a existir, pero como lo evidencia las infecciones, estas pueden ser manejadas adecuadamente con un protocolo de enfermería.

HIPOTERMIA CORPORAL COMO NEUROPROTECCIÓN CON UNIDADES REFRIGERANTES. UNA EXPERIENCIA SATISFACTORIA

González A, **Tapia L**, Razmilic T, Parodi C¹.
Servicio Neonatología Clínica Dávila. ¹Mat.

Introducción: La asfisia neonatal continua siendo un problema perinatal importante con clínica de encefalopatía y disfunción multisistémica. La encefalopatía neonatal tiene una incidencia de 5 por 1.000 nacidos vivos. La secuela pueden ser de grado variable. Se han ensayado diversos sistemas de neuroprotección; la hipotermia usada desde 1990 en recién nacidos disminuye la mortalidad y discapacidad neurológica cuando se inicia antes de las 6 Hz y se mantiene por 72 Hz. **Material y Métodos:** Se realiza hipotermia corporal total entre 33-34 °C monitoreado con sonda de temperatura rectal continua con unidades refrigerantes, iniciado antes de las 6 hrs de vida y hasta 72 hrs a niños con gases de cordón con acidosis importante y Apgar bajo a los 5 minutos, que requirieron reanimación, previo información a los padres. Se tratan las convulsiones, se ventila y seda cuando es necesario. Se realiza recalentamiento gradual de 0,5° por hora, después de cumplir las 72 hr. Se analizan los resultados en mortalidad y secuelas. Se evalúa la factibilidad de alcanzar y mantener en forma más o menos estable la temperatura deseada, con gran esfuerzo de enfermería (una matrona por paciente). **Resultados:** Se analizan 6 recién nacidos ingresados al protocolo de hipotermia, todos niños de término entre Febrero del 2007 y Mayo del 2009, de peso de nacimiento entre 2.392 y 4.080 g con necesidades de reanimación y gases de cordón con acidosis (BE desde -12 hasta -25), en todos el procedimiento se realiza con éxito con unidades refrigerantes, necesitando alrededor de 1 a 2 hr para lograr la temperatura deseada, siempre antes de 6 hrs, monitorizando la temperatura central con sonda rectal, conectada a un monitor de multiparametros, el procedimiento fue bien tolerado, cuando se adicione sedación para evitar los calofríos y fenobarbital en caso de convulsiones. Evidenciamos en 5/6 niños bradicardia sinusal descrita. El recalentamiento se realizó sin incidentes a la velocidad programada. La evolución fue en 4 de los 6 casos a una encefalopatía hipóxico isquémica (EHI) grado II, uno de los cuales presenta un síndrome piramidal al alta, los otros 2 presentan EHI grado III y ambos fallecen. **Discusión:** El objetivo de mostrar la presente serie clínica es ejemplificar que esta terapia, con ventajas evidentes en la literatura, puede realizarse con unidades refrigerantes o globos fríos como en otras series, logrando mantener la temperatura central entre 33 y 34 °C, sin grandes gastos, sólo con buen apoyo de enfermería y los beneficios vistos en esta y otras series.

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDOS EXTREMADAMENTE PEQUEÑOS Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Valdés OMV.
Servicio de Neonatología, Hospital Luis Calvo Mackenna.

El desarrollo de las unidades de tratamiento intensivo de recién nacidos (RN) ha permitido que mejore la supervivencia de RN de más bajo peso de nacimiento y edad gestacional, lo que ha aumentado la incidencia de enterocolitis necrotizante (EN) y ha obligado a los cirujanos a adoptar técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y al lado de la cama del paciente para disminuir la mortalidad. El propósito de nuestro trabajo es ver que ha sucedido con el RN de peso de nacimiento extremadamente pequeños (< 1.000 g) sus antecedentes perinatales, tipo de cirugía y supervivencia en comparación con los RN pretérmino de muy bajo peso (1.000 g - 1.500 g). **Material y Método:** Se estudian 21 RN con peso de nacimiento extremadamente bajo (PNEB) y 42 RN con peso de nacimiento muy bajo (PNMB) se realiza un trabajo retrospectivo desde Agosto de 1983 hasta Agosto 2009, el 60% de los RN se concentran en los 10 últimos años. **Resultados:** En los RN de PNEB se usó drenaje sin realizar laparotomía en 8 pacientes y en 2 se realizó laparotomía pero al no poder realizar cirugía se instalaron drenajes para observar en un segundo tiempo; de estos 10 pacientes fallecieron 4 (3 por compromiso masivo intestinal y 1 por shock séptico). En los PNMB sólo se practicó drenaje en 2, falleciendo 1. En los 2 grupos la patología asociada más importante fue el Síndrome de Distress Respiratorio. La mortalidad en los RN de PNEB fue de 47% y en los de PNMB fue de 39%. **Conclusiones:** El uso de técnicas mínimas de cirugía se realizó preferentemente en RN de PNEB y en niños mayores se usó más laparotomía con resección en los casos que fue necesario realizarla. Hubo más mortalidad en los niños con menor edad gestacional y por lo tanto menor peso.

PATRONES MOTORES ANÓMALOS EN NIÑOS PREMATUROS

Martínez JL, Villalobos J, Villalón H, Agurto A, Hosiasson S, Pinto M.
Grupo de Seguimiento del RN de alto riesgo. Clínica Las Condes.

Introducción: El grupo de niños prematuros no extremos, aunque puede presentar un mayor riesgo de RDSM que los niños nacidos a término, no siempre son incluidos en los programas de seguimiento. **Objetivo:** Identificar patrones motores alterados, fácilmente pesquisables por el pediatra o médico general, comparado con una escala de evaluación del DSM, de uso habitual en atención primaria (EEDP). **Material y Métodos:** Se siguen 26 niños prematuros 31-36 semanas de EG al nacer y se evalúan 11 patrones motores entre los 2-4 meses de EGC y 13, a los 5-7 meses de EGC. Se analizaron los siguientes patrones motores entre los 2-4 meses: Asimetría, hiper extensión, tono muscular bajo, tono muscular alto, dificultad en el control de cabeza, pulgar incluido, dificultad en decúbito prono, dificultad en plano frontal, postura de rana, debilidad abdominal y desequilibrio flexo extensor. Entre los 5-7 meses se suma: hombros elevados y dificultad en las transiciones. Se aplicó EEDP, considerando RDSM un CD inferior a 0,75. **Resultados:** Se observaron las siguientes alteraciones motoras a los 2-4 meses: Asimetría, 23,08% (6/26); hiperextensión en 96,15% (25/26); dificultad en el control de cabeza, 50% (13/26); dificultad en decúbito prono en 92,3% (24/26); dificultad en desarrollar plano frontal, 96,15% (25/26); postura de rana 100%; debilidad abdominal, también en todos (100%) y desequilibrio flexo extensor en 96,15% (25/26). En las edades de 5-7 meses se observaron las siguientes alteraciones: asimetría 3,85% (1/26); hiperextensión, 7,69% (2/26); dificultad en el control de cabeza 0%; hombros elevado 12 niños (46,15%); dificultad en decúbito prono en 46,15% (12/26); dificultad en desarrollar plano frontal 15 (57,69%); debilidad abdominal 20 niños (76,92%), desequilibrio flexo extensor 96,15% (25/26) y dificultad en transiciones 88,46% (23/26). Ningún niño presentó RDSM, en las edades evaluadas. **Conclusión:** El EEDP, de uso habitual en las evaluaciones de atención primaria, no es recomendable para ser utilizado en el grupo de los niños prematuros, incluso en los más tardíos, ya que en prácticamente todos se observan patrones motores anómalos, que debieran ser evaluados por un instrumento más apropiado (Bayley) y un especialista en neurología.

OSTEOARTRITIS NEONATAL ESTERNOCLAVUCULAR: CASO CLÍNICO

Yáñez FMD, Vásquez MP, Franz CM, Faúdez AJ.
Servicio Pediatría, Traumatología, Radiología, Clínica Alemana Puerto Varas.

Introducción: La osteoartritis séptica es poco común en RN, se asocia a prematuridad y catéteres venosos. Las articulaciones más comprometidas son caderas y rodillas. **Objetivo:** Describir un caso clínico de foco infrecuente. **Descripción:** Recién nacido término 16 ds, parto vaginal, con aumento de volumen y eritema supraclavicular izquierda. Afebril. Rx clavícula sin fractura, hemograma: leucocitosis sin desviación izquierda proteína C reactiva elevada. Ecografía: colección articular esternoclavicular. Tratamiento: cloxacilina ev 20 d oral 5 semanas y aseo quirúrgico. Cultivos *S. aureus* meticilino sensible Evolución favorable. **Conclusiones:** La osteoartritis requiere alto índice de sospecha para reducir morbilidad y mortalidad. Conocer presentaciones infrecuentes ayuda al diagnóstico precoz.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LENGUAJE QUE ASISTEN A NEUROREHABILITACIÓN PEDIÁTRICA

Angeli M, Salinas L, Escobar R.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los trastornos de lenguaje (TL) son prevalentes en la población pediátrica, por lo que en pacientes con discapacidad neurológica es esperable mayor frecuencia. Una caracterización adecuada de los TL permite planificar estrategias de neurorehabilitación más certeramente. Se analizan características demográficas, tipo de trastornos, morbilidad neurológica asociada y tiempo de tratamiento, a través de estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se efectuó revisión de ficha de atención de neurorehabilitación, para pacientes atendidos entre Enero 2005 y Diciembre 2006 en el Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas de la P. Universidad Católica de Chile. Se estudiaron 130 pacientes, 15,7% del total atendido en ese período. Edad promedio 44,7 meses (rango 1 a 132); 92,2% niños y 52,2% niñas. Diagnósticos fonoaudiológicos generales fueron trastorno del lenguaje, 69,2%; trastorno de deglución, 50,5%, y trastorno de la comunicación, 23,1%. Los diagnósticos fonoaudiológicos específicos más frecuentes fueron retraso del lenguaje, 34,5%, y trastorno de lenguaje-habla secundario, 26,4%. La morbilidad neurológica asociada más frecuente fue parálisis cerebral (PC), 36%; trastorno del desarrollo, 24%, y atraso del desarrollo, 22,7%; sólo en 10,7% no hubo diagnóstico neurológico asociado. El tiempo de tratamiento promedio fue para trastorno del lenguaje 29 semanas, trastorno deglución 21 y trastorno de comunicación 46; siendo este último significativamente distinto a los otros dos ($p < 0,05$). Los resultados mostraron que los TL en este grupo de pacientes es frecuente, la asociación con PC es lo más común y el tiempo de tratamiento es significativamente mayor para trastornos de la comunicación.

NEUROBORRELIOSIS EN CHILE. REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO

Kleinstauber K, Cordero J, Astudillo C.

Departamento de Pediatría. Clínica Las Condes.

Borreliosis de Lyme es una enfermedad multiorgánica causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. La espiroqueta es transmitida a humanos por la picadura de una garrapata. Cuando ésta afecta el sistema nervioso en forma diseminada se denomina Neuroborreliosis. Las manifestaciones clínicas típicas de esta enfermedad en niños son: meningitis, poliradiculitis y parálisis del nervio facial. En América Latina es una enfermedad infrecuente, los pocos casos reportados han sido adquiridos en Norte América o Europa. En Chile, no se ha identificado la enfermedad y sólo un caso ha sido reportado en los últimos 20 años. Se presenta el caso de una niña chilena de 5 años quien consulta a urgencia por presentar parálisis facial izquierda, se trató con Aciclovir y Prednisona, evolucionando a la resolución completa en siete días. Una semana después desarrolló parálisis facial bilateral (predominantemente derecha). En esta oportunidad se obtiene el antecedente de viaje a Finlandia, zona endémica y haber tenido contacto con garrapatas, dos meses antes de la primera consulta. Resonancia Cerebral mostró compromiso del III, V, VII y VIII pares craneales. El análisis de LCR evidenció aumento de celularidad, predominantemente linfocitos y concentración elevada de proteínas, no se aisló bacteria (cultivo negativo), ni se demostró infección viral (Reacción de polimerasa en cadena para herpes 1, 2 y 6 negativas). Serología para Enfermedad de Lyme resultó positiva al encontrarse anticuerpos tipo IgM contra *Borrelia burgdorferi* por Elisa, se confirmó en el laboratorio de Clínica Mayo (Estados Unidos). Otras causas de neuropatías craneales fueron excluidas. Recibió Ceftriaxona 100 mg /kg/día endovenoso por 28 días, con regresión completa de su parálisis facial, pero evolucionó con dolor abdominal tipo cólico que al estudiarse con ecografía abdominal se evidenció colelitiasis múltiple y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Fue tratada con pancreatina y ácido ursodesoxicólico hasta la fecha. Control ecográfico observó migración espontánea de los cálculos. Mantiene controles pediátricos y con gastroenterólogo infantil. Fue dada de alta por neurología por estar asintomática y con resonancia cerebral a los 21 días de tratamiento que mostró notable mejoría de la afección de nervios craneales. Aunque esta enfermedad es extraordinariamente infrecuente en Chile, queremos recalcar la importancia de la anamnesis y tener presente la posibilidad de enfrentarse al diagnóstico de enfermedades relacionadas a los viajes o migraciones.

SÍNDROME DE AICARDI-GOUTIÈRES: UN NUEVO CASO

Brethauer S¹, Rojas N¹, Yunge M², Glasinovic M², Conto L², Soto R³.

¹Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. ²Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Dávila. ³Servicio de Radiología, Clínica Dávila.

Introducción: El síndrome de Aicardi-Goutières (SAG) es una enfermedad neurodegenerativa de herencia autosómica recesiva, que se caracteriza por presentar encefalopatía grave y progresiva de inicio precoz, asociado a disfunción piramidal-extrapiramidal, calcificaciones intracraneales y afectación de la sustancia blanca. La elevación del interferón alfa en líquido cefalorraquídeo y sangre confirman el diagnóstico. **Caso clínico:** Presentamos un lactante de 3 meses, previamente sana, que inicia coriza y tos seca escasa. A las 24 horas ptosis palpebral derecha con desviación de la comisura a derecha. Ingresa febril, hiporeactiva, con marcada hipotonía generalizada, hemiparesia faciobraquiocrural izquierda y nistagmus. Evoluciona en Glasgow 9, tetraparesia e imágenes que muestran reforzamiento leptomeníngeo difuso con zonas de isquemia bulbar y calcificaciones peri ventriculares múltiples. El líquido cefalorraquídeo presenta 2.089 mg/dl de proteínas y 60 células mononucleares con glucorraquia normal. Se realiza estudio de TORCH, IVX y cariograma que resultan normales. Finalmente, se envía muestra de líquido cefalorraquídeo y sangre a Francia en sospecha de SAG confirmándose el diagnóstico. Se realiza traqueostomía y gastrostomía y se va con hospitalización domiciliaria. A los 7 meses de edad fallece en su hogar. **Comentarios:** El diagnóstico diferencial ante un paciente con daño neurodegenerativo es complejo. Se deben descartar inicialmente por frecuencia infecciones y trastornos metabólicos. El síndrome de Aicardi-Goutières es una entidad de baja frecuencia, pero que se debe descartar ante presencia de calcificaciones cerebrales y compromiso neurológico progresivo.

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA A LOS CUATRO AÑOS EN NIÑOS NACIDOS CON MENOS DE 32 SEMANAS Y/O DE MUY BAJO PESO AL NACER (MBPN)

Bustamante A², Flández A², Lehmann P², Flández L¹, Barria RM³.

¹Estudiante Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile. ²Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional Valdivia; ³Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: Los prematuros < 32 semanas de edad gestacional (EG) y/o de muy bajo peso al nacer (MBPN) pueden presentar síntomas específicos complejos, que emergen a lo largo de la vida, como alteraciones motoras, del aprendizaje, conductuales o sensoriales. **Objetivo:** Establecer la evolución neurológica a los 4 años de niños nacidos con EG < 32 semanas y/o de MBPN. **Pacientes y métodos:** De 153 niños potencialmente elegibles nacidos entre Septiembre de 2001 y Junio de 2005, se incorporaron 81 prematuros < 32 semanas y/o de MBPN con evaluación neurológica al cuarto año de vida (52,9%). Del resto, en 12 casos no hubo registro y en 60 no existió evaluación a dicha edad. Se calculó la incidencia de trastornos neurológicos y se evaluó asociación para distintas variables mediante t-test y test exacto de Fisher. Se calcularon riesgos asociados a alteración neurológica global y específica por áreas para distintas variables, a través de estimación de odds ratio crudos y ajustados. **Resultados:** El PN y EG (media ± DS) fueron 1.140 g ± 259 y 28,9 semanas ± 2,1, respectivamente; la puntuación mediana de apgar al minuto y cinco minutos fue 8. Se diagnóstico 13,6% de apgar ≤ 3 al minuto y 18,5% ≤ 7 a los cinco. Nacieron por cesárea 63,3% de los niños. La distribución por sexo mostró 51,9% de mujeres. De la evolución intrahospitalaria destacó 17,5% de hemorragia intraventricular (HIV) y 23,4% de leucomalacia periventricular quística de grado variable. A los 4 años se diagnosticó 30,9% de pacientes con algún grado de alteración en cualquiera de las áreas evaluadas. Dieciocho niños (22,2%) mostraron alteración cognitiva: 61% retraso leve, 33,3% moderado y 5,5% severo. En el área motora, 16 niños evidenciaron afección, destacando 37,5% (6/16) de diplegia espástica y 43,7% (7/16) hemiparesia. Seis niños (7,4%) mostraron déficit sensorial (visual, auditivo o ambos) y afección social. En el análisis multivariado, la afección motora se asoció significativamente a la EG por cada semana adicional (OR: 0,57; IC95% 0,40-0,81) y antecedente de HIV (OR: 4,3; IC95% 1,1-17,7). De manera similar, para la alteración cognitiva se estimó significativo menor riesgo a mayor EG (OR: 0,64; IC95% 0,42-0,95). **Conclusiones:** La EG es un predictor importante de la evolución neurológica y por ello el seguimiento sistemático de los prematuros permite el diagnóstico necesario para focalizar la intervención y/o rehabilitación adecuados, mejorando la calidad de vida del niño y su familia.

¿SÍNDROME GUILLAN BARRÉ O TRASTORNO CONVERSIVO MOTOR?: A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL DE LAJA

Cáceres VF, Gálvez ChA, Rudolph QC, Bálcazar VF.
Médicos Hospital Laja, Servicio Salud Bio Bio.

Introducción: El trastorno conversivo motor es 3 veces más frecuente en la adolescencia, siendo de predominio en mujeres en la pubertad. En un trastorno motor siempre se debe descartar cuadro orgánico, a pesar de tener una alta sospecha de que origen sea un cuadro psiquiátrico. **Caso clínico:** YNSS, de 11 años 7 meses de edad, sin antecedentes previos. Consulta en Urgencia del Hospital de Laja el día 13 de Julio del 2009, por cuadro de diarrea y dolor abdominal de 2 días de evolución, indicándose tratamiento sintomático. El día 15/07, nuevamente consulta por aumento del dolor abdominal asociado a diarrea por lo que se hospitaliza y dado el aumento de sintomatología se deriva a centro de referencia descartándose cuadro quirúrgico. Al ceder sintomatología, se da de alta a domicilio. El día 18 de Julio consulta por tercera vez en urgencia, ahora por cuadro de dolor y paresia de extremidades inferiores. Al examen físico destaca disminución de la fuerza en ambas extremidades inferiores, asociándose dolor a la palpación de la articulación sacro iliaca derecha con reflejos positivos. Se deriva a HBLA para evaluación por especialidad por sospecha de Síndrome de Guillan Barré indicándose en centro de referencia hospitalización para estudio. Durante hospitalización por dolor en zona sacra se solicita evaluación por traumatólogo infantil quien plantea Espondilodiscitis. La evaluación por neurocirujano y neurólogo infantil es normal, se descarta síndrome Guillan Barré y espondilodiscitis ya que evolución clínica, exámenes de laboratorio (punción lumbar, laboratorio básico), e imagenología resultaron normales (Radiografía Columna Lumbar, Resonancia nuclear magnética y Ecotomografía abdominal) indicándose alta a su domicilio con evaluación por Psicólogo y Psiquiatra Infantil por sospecha de cuadro funcional. A los pocos días del alta consulta nuevamente por diarrea, vómitos acompañada de cefalea de tres días de evolución, y además que inicia paresia de extremidades inferiores con súbita dificultad para caminar. Debido a esto nuevamente se deriva a centro referencia quedando hospitalizada como observación de síndrome Guillan Barré o trastorno funcional. Es reevaluada por Neurólogo Infantil, solicitándose nuevamente punción lumbar, laboratorio inmunológico, resultando normal. La clínica no era característica de Guillan Barré, ya que presentaba ocasionalmente mejorías y el examen físico no mostraba alteración de reflejos ni del tono muscular. Dentro del estudio se realiza nuevamente ecografía abdominal siendo normal, TAC de cerebro con contraste normal, resonancia nuclear magnética y radiografía lumbar normal, estudio serológico de triquinosis y cisticercosis (Test de Elisa) normales y electromiografía normal. Por mejoría clínica se da de alta a domicilio como cuadro funcional con indicación urgente de evaluación por Equipo de Salud Mental. **Conclusiones:** El síndrome de Guillan Barré es un cuadro a sospechar en nuestra realidad cotidiana en un paciente con signología Motora evidente, pero no se debe descartar completamente que el cuadro pudiera ser del ámbito psiquiátrico, lo que es un diagnóstico más bien de exclusión en la edad pediátrica.

SALUD MENTAL DE FAMILIAS DE ALUMNOS DE ESCUELA HOSPITALARIA

Escobar M, Escobar R, Godoy R, Moscoso O.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares, y Escuela Hospitalaria. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las Escuelas Hospitalarias (EH) permiten continuidad del proceso educativo y transición hacia la (re) inserción escolar de niños y adolescentes con necesidades especiales en salud (NANEAS). Entre los factores que interfieren en el proceso educativo, tanto la estructura como el funcionamiento familiar pueden actuar como facilitadores o barreras funcionales. **Objetivo:** Caracterizar estructura y funcionamiento de familias de alumnos ambulatorios de la EH. **Material y Métodos:** Se estudió a 12 familias de alumnos regulares de EH, estabilizados de enfermedad crónica. Las familias completaron "Cuestionario semiestructurado sociodemográfico", diseñado para la población estudiada y la "Family Environment Scale" (FES) de Moos. De 12 casos, 84% de los niños presenta enfermedad neurológica crónica. Del total, 67% son biparentales, en las monoparentales (FMP) en 100% de los casos la madre es jefa de hogar, el N° de miembros promedio es de $3,8 \pm 0,8$; 92%. El 58% de las familias tiene más de 1 hijo, el 42% vive con algún miembro de la familia extendida (abuelos) la edad promedio de los padres fue $41,6 \text{ años} \pm 4,8$ y de las madres $40 \text{ años} \pm 5,5$, el 50% de los padres tiene escolaridad superior completa, 8,3% superior incompleta, 16,6% técnica completa, 8,3%. De las madres 33% tiene educación superior completa, 33% media completa y 33% técnica completa. El 92% de los padres tiene trabajo remunerado, de las madres 42% es dueña de casa y 58% trabaja fuera del hogar. La FES describe 10 subescalas de funcionamiento, al comparar los promedios de las subescalas para familias normales (FN) y estresadas (FE) con las familias en estudio (FEH) sólo se observó diferencia en la subescala "independencia". Al analizar datos para cada familia por subescala y compararlos con FN, destacan diferencias en las subescalas de "cohesión", "expresividad", "independencia" y "recreación". Al comparar con FE, hay diferencia en las subescalas de "independencia" y "control". El estudio muestra diversidad estructural de familias de EH. La funcionalidad general sólo difiere de estudios internacionales en "Independencia". Las diferencias más importantes se observan a nivel individual y en familias de niños con alto riesgo de psicopatología y FMP. El estudio permitió obtener de modo objetivo perfil de funcionamiento de cada familia como complemento a las observaciones clínicas, lo cual es relevante al momento de implementar intervenciones destinadas a facilitar el proceso escolar y disminuir factores que actúen como barreras, como es el factor de escasa independencia en estas familias. En el proceso de transición escolar que supone una EH para los NANEAS la evaluación familiar es fundamental para detectar facilitadores y barreras. El procedimiento debiera ser realizado en términos individuales para cada familia. Los instrumentos empleados en este estudio permiten una evaluación objetiva y rápida.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN ESCUELA HOSPITALARIA

Escobar M, Godoy R, Castro C, Escobar R.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares, y Escuela Hospitalaria. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las Escuelas Hospitalarias (EH) permiten mantener la continuidad del proceso educativo y sirven de transición hacia la (re) inserción escolar de niños y adolescentes con necesidades especiales en salud (NANEAS). Entre los factores que interfieren en el proceso educativo se encuentra la comorbilidad psiquiátrica, la que de acuerdo a la literatura internacional supera el 40% de los casos. Una de las dificultades para abordar este factor es la complejidad y alto costo de la detección de los niños con mayor riesgo de padecer psicopatología. **Objetivo:** Realizar una selección de la población de la EH para detectar a los niños con mayor riesgo de presentar psicopatología, a través del uso del “Strengths and Difficulties Questionnaire” (Goodman) (SDQ). Para evaluar el riesgo de padecer un trastorno de salud mental, se realizó en forma prospectiva, pesquisa de riesgo de psicopatología a través de instrumento, a alumnos regulares de EH, estabilizados de patología crónica, sin patología intercurrente, cuyos padres fueron informados y consintieron el estudio. Se aplicó SDQ, versión completa, el cual consta de una versión para padres, profesores y niños y es de tipo autoaplicado. De un total de 17 niños, 15 cumplieron criterios de inclusión (88%), 10 varones (66%), 3 preescolares (20%) y 12 escolares (80%). Del total, 12 presentan enfermedad neurológica, 1 cardíaca y 2 hematológica. Del total de niños, 8 (53%) mostraron alto riesgo (AR) de presentar cualquier tipo de psicopatología, 2 riesgo medio (13%) y 5 (34%) riesgo bajo. Del total de 8 niños de AR, en 50% de los casos el riesgo corresponde a trastorno por déficit atencional e hiperactividad, 40% a trastorno ansioso o depresivo y 10% a trastorno de conducta. Los padres refieren mayor intensidad y frecuencia de conductas desadaptativas que las señaladas por profesora o niño (a). Si bien el diagnóstico de los trastornos de salud mental es de carácter clínico, existen instrumentos que permiten realizar un tamizaje de la población con cierta precisión, para poder destinar los recursos profesionales clínicos a los casos de mayor riesgo. En este estudio se aplicó un test de evaluación de riesgo (SDQ) validado en estudios internacionales. El porcentaje de niños con riesgo de presentar psicopatología en este estudio es similar a lo reportado en la literatura internacional. Se evaluó a la población de la EH con SDQ y se detectó a los niños con mayor riesgo de presentar psicopatología.

EFFECTIVIDAD DE INYECCIÓN DE TÓXINA BOTULÍNICA TIPO A, BAJO GUÍA ELECTROMIOGRÁFICA, ASOCIADA A TÉCNICAS KINÉSICAS CONVENCIONALES, EN MEJORÍA DE RANGO ARTICULAR Y FUNCIONALIDAD EN PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Escobar R, Miranda M.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares, Departamento de Pediatría; Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La espasticidad en parálisis cerebral (PC) es frecuente y difícil de tratar. La toxina botulínica A (TB-A) ha mostrado efectividad en el tratamiento de enfermedades neurológicas, su uso en espasticidad no está claramente definido. **Material y Método:** Estudio prospectivo-descriptivo, diseñado para determinar efectividad de inyección de TB-A bajo guía electromiográfica (EMG), asociada a técnicas kinésicas convencionales, en recuperar rango articular disminuido por espasticidad y funcionalidad asociada a esa articulación. Estudio en pacientes con PC espástica, en tratamiento kinésico, con alteración en alguna funcionalidad debido a restricción de rango por espasticidad en al menos una articulación. Se inyectó TB-A, bajo guía EMG, en músculos asociados a articulación comprometida. Se realizó seguimiento mensual hasta un año post-inyección, se monitorizó rango articular, funcionalidad motora asociada y efectos colaterales. **Resultados:** Un total de 23 articulaciones fueron tratadas en 9 pacientes. La dosis promedio de TB-A fue 10,3 U/kg-peso. El número de articulaciones tratadas por paciente fue 2,3 (rango 1 a 4). Promedio de músculos inyectados por paciente fue 6,3 (3 a 14). Todas las articulaciones tratadas mejoraron su rango, con un promedio de 53,3%. La función mejoró en 8 pacientes, la espasticidad en 2. Un paciente manifestó síntomas tipo gripe en forma transitoria. La latencia en mejoría de rango fue 83,6 días (27 a 143) y en función 84,2 días (59 a 143). El tiempo de mantención de mejoría en rango y función fue 8 meses (3,8 a 12). **Conclusiones:** La inyección de TB-A bajo guía EMG, asociada a técnicas kinésicas convencionales, es altamente efectiva y segura, en mejorar rango articular y funcionalidad asociada en pacientes con PC espástica.

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS EPILÉPTICOS DE VALDIVIA. RESULTADOS PRELIMINARES

Flández L¹, Marchesini M¹, Flández A², Barría RM³.

¹Estudiantes Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile; ²Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional Valdivia; ³Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: El impacto de las enfermedades crónicas en el niño y la familia cobran cada vez mayor importancia en el paciente pediátrico. La salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, mental y social. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida de niños epilépticos de la ciudad de Valdivia y definir estrategias de intervención. **Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Fueron considerados elegibles para el estudio, niños epilépticos de ambos sexos, de 4 a 16 años y en control en policlínico de Neurología en los últimos 2 años. Se aplicó la escala CAVE que evaluó con puntuación de 1 a 5 (desde muy mala a muy buena) 8 parámetros: conducta (Cd), aprendizaje (Ap), autonomía (At), relación social (RS), intensidad de las crisis (IC), asistencia escolar (AE), frecuencia de crisis (FC) y opinión de los padres (OP). La escala fue aplicada luego de invitar a participar del estudio a la madre o cuidador y posterior a obtención de consentimiento informado. Según preferencias del cuidador, esta encuesta se aplicó en el recinto hospitalario o el hogar. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Este trabajo muestra los resultados preliminares de la aplicación de la escala a 25 niños. La edad media de los pacientes fue 9 años ($\pm 3,7$), siendo 52% mujeres. Los diagnósticos etiológicos fueron epilepsia sintomática (72%) y epilepsia idiopática (28%). La puntuación global media del CAVE fue $25,5 \pm 6,3$ de un total de 40 puntos. Los ítems con mayor puntuación, considerados como “buena” fueron RS ($4,0 \pm 1,1$) y OP ($3,9 \pm 0,8$). Por el contrario, los ítems peor evaluados y en categoría de “mala” fueron IC ($2,3 \pm 1,4$) y FC ($2,8 \pm 1,8$). La puntuación alcanzada por el resto de los ítems fue: Ap ($2,9 \pm 1,0$), At ($2,9 \pm 1,6$), Cd ($3,3 \pm 0,9$) y AE ($3,3 \pm 1,5$). **Discusión/Conclusiones:** Como se ha reportado ampliamente en la literatura, en los pacientes epilépticos, la calidad de vida se ve afectada principalmente por la frecuencia e intensidad de las crisis. Consecuentemente, las intervenciones deben centrarse en el mejor control de las crisis epilépticas.

DIFICULTADES DE LENGUAJE EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS CON ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD EXTREMA

Maggiolo LM¹, Varela MV², Díaz CCP³, Ruiz MF⁴, Scaramelli SM⁴.

¹Profesora Asociada, Universidad de Chile; ²Flga. Docente Clínico CRS Cordillera, Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile; ³T.O. Docente Clínica, CRS Cordillera, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile; ⁴Lic. en Fonoaudiología, Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, CRS Cordillera Oriente. Proyecto de investigación 129-09. Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.

Introducción: Los niños prematuros extremos presentan con frecuencia complicaciones médicas que impactan negativamente su desarrollo psicosocial, siendo frecuentes las dificultades en el desarrollo cognitivo, verbal y dificultades de aprendizaje escolar. El programa de seguimiento del prematuro no considera evaluaciones específicas de las habilidades verbales y comunicativas cuando ellos arrojan puntajes de riesgo o retraso en la evaluación del desarrollo psicomotor en esta área. **Propósito:** Presentar resultados preliminares de la prevalencia de déficits de lenguaje en niños de 4 a 5 años de edad con antecedente de prematuridad extrema. **Material y Métodos:** Hasta ahora, 24 niños con antecedente de peso al nacer bajo 1.500 g del policlínico de seguimiento de prematuros del CRS Cordillera Oriente, sin hipoacusia ni daño neurológico severo han sido evaluados, por fonoaudiólogo, con pruebas de lenguaje a los 4 y 5 años de edad. Se midió el nivel fonológico, semántico, gramatical y del discurso narrativo. Se definió operacionalmente “déficit de lenguaje” sobre la base de criterios psicométricos de los instrumentos utilizados (desempeño bajo 2 DE en al menos una de las pruebas). **Resultados:** 46% de los niños (n 11) presenta déficit en algún área del lenguaje. De éstos el 54.5% (n 6) no ha sido diagnosticado en su problema ni ha tenido tratamiento específico. Además, 54,5% (n 6) presenta todas las áreas evaluadas comprometidas. En la población general estos problemas tienen prevalencias estimadas entre el 6% y 24%. **Discusión:** Las alteraciones del lenguaje en este grupo de niños no son abordadas oportunamente; a pesar de su riesgo indiscutible. La mantención de déficits verbales en la edad preescolar afecta el desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje escolar, representando una gran desventaja para la vida futura con igualdad de oportunidades en estos niños. Esta evidencia sugiere que el programa de seguimiento debería incluir la evaluación precoz del lenguaje.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS/AS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Moscoso O, Escobar R, Escobar M.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las enfermedades neuromusculares (ENM), grupo de enfermedades usualmente discapacitantes y crónicas, tienen impacto en la salud mental (SM) del niño y su familia. Diferentes estudios señalan que niños con ENM triplican la prevalencia de problemas de SM de la población infantil general; lo que incide en el adecuado funcionamiento individual y familiar y en la rehabilitación. Se realizó estudio retrospectivo para caracterizar los problemas de SM de niños con ENM atendidos en el Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se revisó el total de registros clínicos electrónicos realizado por los profesionales tratantes, de niños/as con diagnóstico de ENM, atendidos entre Enero 2000 y Julio 2009. Del total de pacientes con ENM (n = 99), en 33% (n = 33) se encontró referencia a problemas atribuibles a SM, destacando los síntomas presuntivos de psicopatología en el niño/a (54%), signos de problemas en ámbito escolar (21%) y conductas presuntivas de problemas de SM familiar (15%). El 66% de registros clínicos (n = 22) consignaban al menos 2 síntomas atribuibles a problemas de SM y el 21% (n = 7) consignaron 4 o más. En esta muestra de pacientes con ENM, en un 33% se consignaron, en algún momento de la evaluación o tratamiento, problemas atribuibles a SM, lo cual concuerda con lo comunicado internacionalmente. La caracterización de problemas de SM de este grupo de niños, puede fortalecer las habilidades de pesquisa temprana de problemas de SM por parte del equipo profesional tratante, así como derivación oportuna.

ENTRENAMIENTO DE FUERZA MUSCULAR EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Escobar R, Muñoz K, Lucero N.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares.

El entrenamiento de fuerza (EF) es una técnica terapéutica válida y eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades, en las cuales no hay enfermedad muscular involucrada. Su validez en el tratamiento de enfermedades neuromusculares (ENM) no está definida. Se efectuó estudio prospectivo descriptivo, con el objeto de determinar eficacia del EF en pacientes pediátricos con ENM. Pacientes portadores de ENM, fueron ingresados a protocolo de EF, entre Enero de 2007 a Agosto de 2009. El protocolo consideró un período de entrenamiento de al menos 5 semanas de duración, con re-evaluaciones periódicas cada 4 ó 6 semanas y un período de seguimiento sin entrenamiento de al menos 4 semanas. Se entrenaron diferentes grupos musculares de acuerdo a la condición clínica del paciente. Cada paciente se entrenó con igual protocolo, variando sólo la carga de fuerza, que fluctuó entre 30% y 50% de la fuerza isométrica máxima voluntaria, dependiendo de la enfermedad de base. En todos los pacientes se midió nivel plasmático de creatinquinasa total (CK), al menos previo al inicio de entrenamiento y al final de este. Un total de 12 pacientes completaron al menos 4 semanas de protocolo de entrenamiento (rango 5 a 33 semanas). El número total de grupos musculares entrenados fue de 52, con un promedio por paciente de 2,6 (rango de 2,3 a 2,9). Terminado el período de entrenamiento, hubo aumento promedio de 182% en la fuerza de los grupos musculares entrenados, respecto a la fuerza basal ($p < 0,001$), este aumento de fuerzas, se mantuvo al final del período de seguimiento, aunque en valor menor al inicial (101%), pero aún significativo respecto al basal ($p < 0,001$). No hubo variación en los niveles de CK pre y post entrenamiento. Los resultados muestran que el EF en ENM pediátricas, con carga adecuada de acuerdo a la patología de base, es efectivo en aumentar la fuerza en los grupos musculares entrenados.

MALFORMACIONES CEREBRALES EN EL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA

Moreno R, Prieto CX, Martínez A, Rivera G.
Unidad de Neonatología del Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: Las malformaciones cerebrales son de etiología heterogénea, noxas tanto ambientales, como genes alteran las primeras etapas del desarrollo del SNC, siendo causa de importantes trastornos crónicos y discapacidades como retraso mental y epilepsia. En Chile, estudios del ECLAMC muestran aumento de las malformaciones del sistema nervioso central a expensas de hidrocefalia. El objetivo de este estudio es describir las características generales de los recién nacidos con anomalías cerebrales de la Unidad de Neonatología del HHA, analizar los tipos de malformaciones, determinar si existe asociación entre dichas características encontradas, con síndromes genéticos y conocer el impacto que causan. **Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron las epícrisis de recién nacidos de la unidad correspondiente que egresaron en los años comprendidos entre el 2003 al 2008, las cuales en sus diagnósticos de egreso consignaron alguna anomalía cerebral según criterios de inclusión (antecedente prenatal, clínica o neuroimagen), y se buscó asociación entre las diferentes variables estadísticas con anomalías cerebrales, utilizando para esto el programa *Filmaker pro7*. **Resultados:** La muestra fue de 66 pacientes con diagnóstico de egreso una o más anomalías cerebrales, correspondiendo al 1% del total de egresos, un promedio de 11 casos por año, el mayor porcentaje fueron hombres 51% vs 46% de mujeres, 3% sexo ambiguo, 10% fueron menores de 32 semanas de edad gestacional, 37% corresponde a la etnia mapuche, 50% proviene de la comuna de Temuco, según la edad de la madre 9% son hijos de madres menores de 18 años, el 69% la edad de la madre está entre 19 y 35 años y un 22% hijos de madres mayores a 35 años, 29% de los egresos fallecieron, el promedio de días de hospitalización fue de 41,6 días. Un 36,5% de las malformaciones corresponde a hidrocefalia, 15% agenesia del cuerpo calloso, 3% disgenesia del cuerpo calloso, 15% Arnold Chiari (II), 7,6% Lisencefalia, 6% Hidranencefalia y 39% asociado con síndromes. **Conclusiones:** Se observó mayor frecuencia en hombres, diferente a lo escrito en la literatura. El alto porcentaje de asociación a síndromes refleja el efecto de los genes en el desarrollo cerebral, y el estudio debiera incluir neuroimágenes y exámenes moleculares, para un diagnóstico basado en el genotipo. Se requiere equipo multiprofesional para el óptimo estudio de estos pacientes y contar con laboratorio de biología Molecular.

CASO CLÍNICO DE MENOR DE 15 AÑOS PORTADOR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Barria R¹, Quiroz C², Vejar M².
¹Reumato-Immunólogo Infantil, ²Becado de Pediatría Universidad de Concepción. Hospital Regional de Concepción, Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría Universidad de Concepción.

Introducción: La E.M. es un desorden crónico recurrente e inflamatorio del sistema nervioso central. Lesiones en sustancia blanca SNC, separadas en tiempo y espacio. Mujeres más común, entre los 20 y los 40 años. Rara en población pediátrica. Inicio antes de los 10 años 0,2-2%. Hemisferio norte prevalencia 100-200 casos por 100.000. **Caso clínico:** JSF, 14 años 4 meses 50 kg 1,66 mt San Pedro de la Paz. Antecedentes familiares: madre AR, padre nefrolitiasis, hermano mayor uveítis crónica. Desarrollo psicomotor-intelectual: retraso en la estabilización de la columna, excelente rendimiento escolar. Enfermedades anteriores: Teletón: 7 meses-13 años por hiperlaxitud Fecha de ingreso: 23/04/09. Historia actual: Desde hace 2 meses con episodios compatible con crisis de ausencia (percatado por entorno familiar y escolar). Diez días antes de ingreso presenta cuadro de diplopía al mirar a la izquierda. Es evaluado por oftalmólogo, quien lo envía AP de HCRC. TAC de cerebro normal. Examen neurológico: paresia recto lateral izquierdo, diplopía horizontal a izquierda. Exámenes: EEG: en rangos normales. RM: (29/04/09) lesiones sugerentes de esclerosis múltiple. DNA (-), C3 y C4 normales, Inmunoglobulinas séricas normales, C-ANCA negativo, p-ANCA negativo, examen anticuerpos antinucleares (+) título 1/160, VDRL no reactivo. LCR citofluorimétrico normal y cultivo negativo, no se realiza electroforesis de bandas oligoclonales en HCRC. RM de columna cervical y potenciales evocados del VI par pendiente. Tratamiento: Se inicia el 07/05/09 bolo de metilprednisolona ev (1 g/día) por tres días. Se completa 7 días con prednisona oral. Resumen: Paciente de 14 años con paresia del VI par izquierdo, 2º a eventual Esclerosis Múltiple. Se realiza ciclo de tres días con metilprednisolona ev y se completa 7 días con prednisona. Dado de alta con remisión casi completa de paresia del VI par. Actualmente paciente en tramites de ingreso a plan piloto GES de Esclerosis Múltiple.

ENFRENTAMIENTO TERAPÉUTICO EN TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN (TD) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

Salinas L¹, Escobar R².

¹Fonoaudiólogo; ²Neurólogo Pediatra. Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares, Departamento de Pediatría, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los Trastornos de Deglución en pacientes hospitalizados son frecuentes y además, pueden determinar una dificultad adicional para el alta hospitalaria. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en pacientes de los servicios de Neonatología y Pediatría del Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, entre Mayo de 2007 y Junio de 2008. De 51 pacientes, 38 ingresaron al estudio: 24 de Neonatología, 14 de Pediatría. El 100% tuvo evaluación clínica funcional y al 34% se le realizó videodeglución. Se evaluó y caracterizó los TD para planificar estrategias terapéuticas. Se analizó morbilidad de base, grado de TD, técnicas terapéuticas utilizadas y evolución. La edad gestacional en Pediatría fue de 37 semanas y en Neonatología de 34 semanas. Morbilidad: prematuridad 45%, cardiopatías 11%, encefalopatía-hipóxico-isquémica 11%, síndrome pseudobulbar 5%, enf. metabólicas 5%, hernia diafragmática 9%, otros 24%. El diagnóstico inicial permitió clasificar funcionalmente los TD en diferentes grados: leve 41%, moderado 24%, grave 35%. Las técnicas terapéuticas incluyeron: Posicionamiento, estimulación táctil 100%, entrenamiento a padres 100%, facilitación 97%, deglución terapéutica 55%. La evolución fue favorable en la mayoría de los RN, evidenciado por cambio a deglución normal en 40% y leve en el 5%. En los pacientes pediátricos hubo cambio a deglución normal sólo en 9% y leve en 3%. De 17 prematuros el 59% tuvo alta con alimentación oral y 29% con alimentación por vía alternativa (4 de estos tenían enfermedades asociadas). De los pacientes pediátricos 48% tuvo alta con alimentación por vía alternativa. La etiología más frecuente en esta serie fue prematuridad. La evaluación permitió una adecuada clasificación funcional, lo que facilitó el enfrentamiento terapéutico. La terapia y el entrenamiento a los padres, parecen contribuir a una rápida recuperación de los TD, especialmente en neonatos.

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS DEL EXAMEN CLÍNICO Y VIDEOFLUOROSCOPIA COMPATIBLES CON ALTERACIÓN DE LA FASE FARÍNGEA DE LA DEGLUCIÓN

Salinas L¹, Escobar R².

¹Fonoaudiólogo; ²Neurólogo Pediatra. Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago-Chile.

Los Trastornos de Deglución (TD) son frecuentes en pacientes pediátricos hospitalizados. Resulta importante saber si existe correlación entre los resultados del examen clínico y la videofluoroscopia de deglución (VFD) para detectar alteración de fase faríngea. Para determinar si existía correlación entre el examen clínico y la VFD, se realizó estudio prospectivo, comparando los hallazgos de cada examen. De un total de 69 pacientes derivados a evaluación de la deglución desde las unidades de Pediatría y Neonatología del Hospital de la P. Universidad Católica, entre Febrero de 2008 y Junio de 2009, ingresaron 18 pacientes a este estudio. A todos se les evaluó primero con examen clínico y posteriormente con VFD. Ambos exámenes fueron estandar. La edad promedio fue 6 meses (rango 1 a 31). La morbilidad de base fue: prematuridad (n: 2 /11%), hernia diafragmática (n: 2/11%), HIC (n: 2/11%), enf. metabólicas (n: 2/11%), RDPM (n: 2/11%) y otros (n: 8/45%). El examen clínico concluyó que hubo 13 de 18 pacientes (74%) con sospecha de alteración en fase faríngea (trastorno moderado: n: 9/47% y trastorno grave: N: 4/27%). En la evaluación a través de VFD se estableció presencia de alteración en fase faríngea en 14 de 18 pacientes (79%). En estos se demostró trastorno moderado en 9 (47%) y grave en 5 (32%). Los resultados de nuestro estudio mostraron que hay una alta correlación entre el examen clínico y la videofluoroscopia de deglución tanto en la capacidad de detectar alteración de la etapa faríngea como en la diferenciación del grado de trastorno. Lo anterior plantea que si bien la clínica puede orientar en forma importante respecto de la fase y el grado de trastorno de la deglución, el uso de Videofluoroscopia es esencial en la pesquisa del total de alteraciones de la fase faríngea.

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR, EN NIÑOS CON NECESIDAD EDUCATIVAS ESPECIALES, ASOCIADAS A DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA

Escobar R, Segovia O.

Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares, y Escuela Hospitalaria. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

En la edad pediátrica, el 70 a 80% de la discapacidad, es de causa neurológica. En el proceso de rehabilitación, es esencial la inserción social, la cual en edad pediátrica se expresa a través de la escolaridad. La adecuada inserción o integración e idealmente inclusión, es un tema en desarrollo en nuestro país. El presente trabajo es un estudio prospectivo-descriptivo, orientado a evaluar la eficacia del Programa de Apoyo a la Integración escolar (PAIE), en pacientes con necesidades educativas especiales (NEE), portadores de discapacidad neurológica, que requieran integrarse o reintegrarse al sistema escolar, ya sea regular o especial. Desde Julio del año 2006, los pacientes atendidos en el Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares y/o alumnos de la Escuela Hospitalaria del Hospital Clínico de la Universidad Católica, ingresan al PAIE, que incluye una primera etapa de evaluación psicopedagógica, orientación escolar y seguimiento, a través de visitas en terreno, para coordinar las necesidades y apoyos requeridos por el colegio. El proceso de inserción efectiva, se evalúa semestralmente, a través del rendimiento académico y pautas de evaluación respondidas por los profesores, padres y alumnos. A Julio de 2009, 58 niños(as) y jóvenes, han ingresado al PAIE. Promedio de edad 10,03 años, (2,6 a 18,2); años de escolaridad 4,6 (0,4 a 12). Patología de base más frecuente fue: trastorno generalizado del desarrollo 32,75%; y parálisis cerebral 20,68%. El tipo de escuela más frecuente fue: particular subvencionado 48,2%; y el menos frecuente, municipal 6,8%. Del total de niños, un 86,2% completó 1 año de seguimiento; el 100% ha logrado un rendimiento académico acorde a las exigencias de su curso y del colegio; la integración fue considerada adecuada por el 90% de los padres; 90% de los profesores, aprecia como positivo el proceso de apoyo a través del PAIE; y el 100% de los niños, está de acuerdo con visitar y acompañar en el proceso de inserción a su colegio. El PAIE, se aprecia como una buena herramienta para favorecer el proceso de integración o reintegración al sistema escolar, de niños (as) con NEE, portadores de discapacidad neurológica.

SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO

Szigethi M¹, Margarit C², Astudillo P¹.

¹Servicio Pediatría, ²Neuróloga Infantil. Clínica INDISA.

Introducción: El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo 1 es una entidad clínica rara, caracterizada por múltiples manifestaciones clínicas, entre las que se encuentran: dolor y alteraciones sensitivas, trastornos motores y cambios en los tejidos blandos, disfunción vasomotora y autonómica, pudiendo acompañarse de algún cuadro psicológico. Los signos y síntomas neurológicos no siguen un patrón anatómico típico. Su patogenia es desconocida. El manejo es complejo y multidisciplinario. La evolución del SDRC es generalmente favorable, en especial cuando el diagnóstico y manejo es precoz, sin embargo, puede provocar secuelas. **Reporte del caso:** Paciente sexo femenino, de 10 años, sin antecedentes mórbidos de importancia. Inicia cuadro caracterizado por dolor tipo quemante en ambas extremidades inferiores que luego se localiza a izquierda y se acompaña de sensación de calambres. Sin antecedentes de traumatismo. Evoluciona con impotencia funcional y claudicación de la marcha. Consulta a traumatólogo quien solicita cintigrama óseo, ecografía de extremidad inferior izquierda (EII), radiografías y screening infeccioso que resultan dentro de límites normales. Persiste con dolor por lo que luego de un mes acude a neurólogo donde se objetiva dolor intenso al tacto, postura antiálgica con atrofia de musculatura y fanéreos de EII. Piel fría con sensibilidad profunda y pulsos conservados. Se hospitaliza para estudio y manejo de dolor con diagnóstico de SDRC tipo 1. Se realiza hemograma, perfil bioquímico, estudio inmunológico, resonancia nuclear magnética de cerebro, médula lumbosacra y EII todo dentro de límites normales. Eco doppler de EII informada inicialmente como arteritis y luego de recibir tratamiento normal. Se maneja con corticoides sistémicos, antiinflamatorios no esteroidales, tramadol pregabalina y ansiolíticos con escasa respuesta por lo que se evalúa en conjunto con anestesiista y especialista en manejo del dolor realizándose bloqueo regional. Evoluciona con persistencia de dolor por lo que se agrega codeína, gabapentina, memantina y manejo local con parches de lidocaína. Presenta disminución de dolor siendo dada de alta. **Discusión:** Si bien el SDRC es una enfermedad rara, puede causar incapacidad funcional temporal o permanente por lo que su sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz son importantes.

CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE URGENCIA DEL TRAUMA DENTARIO PEDIÁTRICO EN PROFESIONALES NO ODONTÓLOGOS DE LAS SALAS DE URGENCIA DE HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR, TEMUCO, CHILE

Díaz J¹, Bustos L², Herrera S³, Sepúlveda J³.

¹Profesor Asistente Departamento Odontología Integral, ²Departamento Salud Pública, ³Estudiantes 6° año Odontología, Facultad Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

Introducción: Las estadísticas en relación al trauma dentario (TD) en niños, revelan que entre el 5% al 18% de las consultas odontológicas de urgencia corresponde a esta patología. En los servicios de urgencia muchos pacientes con lesiones dentarias son examinados por médicos, enfermeras y/o técnicos paramédicos, especialmente cuando no existe odontólogo. Es comúnmente aceptado que los TD deben ser tratados en forma rápida y adecuada para el confort del paciente y para minimizar las complicaciones en la cicatrización. El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales no odontólogos de los servicios de urgencia en relación al manejo de emergencia del TD. **Material y Métodos:** Se realizaron 82 encuestas de 18 preguntas de selección múltiple a médicos, enfermeras, y técnicos paramédicos de servicios de urgencia de hospitales del servicio de salud Araucanía sur, en relación a tópicos sobre manejo de emergencia del trauma dentario, especialmente enfocado a fracturas coronarias, luxaciones y avulsión en dientes temporales y permanentes. **Resultados:** El conocimiento general sobre trauma dentario es muy pobre. El 92% de los encuestados informó que nunca ha recibido alguna capacitación formal sobre el tema. Sólo el 19,3% dice tener los conocimientos mínimos para el correcto diagnóstico de TD. En relación al almacenamiento y transporte de diente con avulsión el 9,8% respondió correctamente. El 43% de los encuestados no reimplantaría un incisivo permanente avulsionado por considerarlo de alto riesgo de infección máxilofacial. La misma proporción de participantes considera necesario lavar el diente avulsionado con antisépticos (alcohol, cloro etc) previo al reimplante. **Discusión y Conclusiones:** Se observa un gran desconocimiento del trauma dentario, y sobre los beneficios de una atención oportuna, especialmente en los casos de avulsión de dientes permanentes. Estos resultados sugieren la necesidad de una capacitación formal sobre el tema durante la formación de pregrado en las carreras de medicina, enfermería y cursos de técnicos paramédicos.

TRASPLANTES DENTARIOS EN NIÑOS; EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN HOSPITAL DE TEMUCO Y UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Díaz J^{1,2}, Zaror C³, Jans A⁴, Vergara C⁴.

^{1,2}Profesor Asistente Departamento Odontología Integral, Programa Especialidad Odontopediatría, Facultad Medicina, Universidad de La Frontera. Odontopediatra Servicio Dental Hospital Regional de Temuco. ³Docente programa especialidad Odontopediatría. ⁴Alumnas postgrado Odontopediatría.

Introducción: En niños menores de 15 años, la rehabilitación oral debido a la pérdida post trauma de dientes en el maxilar superior es un desafío. Debe considerarse que el crecimiento del hueso alveolar aún no está terminado y que existen componentes funcionales y estéticos importantes. El tratamiento debe adaptarse al crecimiento y desarrollo maxilar y presentar un alto rango de sobrevida. El autotrasplante dentario (TPD) surge como una alternativa biológicamente más adecuada que los aparatos protésicos, para el reemplazo de incisivos maxilares perdidos en período de dentición mixta. **Material y Métodos:** 23 pacientes (7 damas-16 varones) entre 7 y 18 años a quienes se realizaron TPD entre enero 2004 y junio 2009. Los dientes trasplantados fueron 26 premolares, 2 incisivos maxilares, 1 incisivo mandibular y un 3° molar superior en diferentes estados de desarrollo radicular. Los TPD fueron indicados por: i) pérdida por traumatismo y complicaciones; ii) agenesia de premolares; iii) inclusión intra-alveolar de incisivos, y iv) un caso de reimplante intencional. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue 11,4 años \pm 2,6. SD. La mayoría de los trasplantes se realizó sin necesidad de osteotomía maxilar ni colgajo mucoperiostico. Los dientes trasplantados estuvieron estabilizados con férula fisiológica en promedio 29,2 días, y se realizó el tratamiento estético posterior a 4 meses de la cirugía. El 57% está con signos de vitalidad pulpar. El 100% de los dientes TPD están en boca, 86,6% en condiciones funcionales óptimas sin anquilosis, y el 75% con rehabilitación estética terminada. **Discusión:** Existe evidencia, que la indicación principal de TPD en niños son la ausencia congénita y la pérdida por traumatismos. El cierre ortodóncico y la rehabilitación protésica son alternativas de tratamiento de 2° y 3° línea. Esta técnica quirúrgica representa un abordaje biológico, que induce y favorece el crecimiento alveolomaxilar. Otras investigaciones informan complicaciones menores al 8%; en nuestra experiencia aun no existen complicaciones importantes; atribuibles a una adecuada planificación y técnica quirúrgica cuidadosa. **Conclusiones:** El TPD corresponde a una alternativa quirúrgica conservadora para el reemplazo de dientes perdidos por trauma en niños, y que presenta un excelente pronóstico. Debe ser planificado por equipo interdisciplinario. Complicaciones como la anquilosis es rara e infrecuente.

PROGRESIÓN DE LA CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA. ROL DEL PEDIATRA Y PROFESIONALES DE LA SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jans A¹, Díaz J², Zaror C³, Vergara C¹.

¹Alumna Especialidad Odontología Pediátrica. Universidad de la Frontera. ²Profesor Asistente Departamento Odontología Integral. Universidad de la Frontera. ³Docente Especialidad Odontología Pediátrica. Universidad de la Frontera.

Introducción: La caries dental es una de las enfermedades crónicas más comunes en la niñez. En Chile, 17% de los niños presenta caries a los 2 años y 48% a los 4 años. Su etiología multifactorial requiere de la presencia conjunta de microorganismos cariogénicos, carbohidratos fermentables y dientes susceptibles, durante un tiempo determinado. Estos factores sumados a características de la dentición en esta edad, determinan su rápida progresión, con el consiguiente deterioro de la salud oral y bienestar general del niño. El tratamiento de la caries temprana de la infancia es a menudo problemático y costoso. Si no está asociado a control de hábitos y protección continua del paciente, no termina con la enfermedad. Su prevención comprende situaciones donde el accionar del pediatra es esencial. Por un lado, la modificación de conductas inadecuadas de higiene y alimentación, a través de educación constante a la madre y/o cuidadora. Por otro, la detección precoz de signos de caries, como la presencia de placa bacteriana e ingesta frecuente de líquidos azucarados, para identificar niños en riesgo y derivarlos tempranamente al odontopediatra. **Presentación del caso:** Paciente masculino, 3 años de edad, de zona rural, en control por desnutrición, consulta por caries en las Clínicas Odontológicas de la Universidad de la Frontera. Su evaluación identifica placa bacteriana, conductas de riesgo respecto a higiene y alimentación, así como nula exposición a flúor, lesiones activas dentinarias superficiales en 4 molares y 2 incisivos. **Diagnóstico:** Caries temprana de la infancia severa, gingivitis. El paciente abandona su tratamiento posterior a la obturación de incisivos y consulta 1 año 10 meses después por dolor, dificultad al comer y dormir. Su reevaluación indica que el tamaño y grado de severidad de las lesiones es mayor, afectando a 8 molares, 6 de ellos con compromiso pulpar y periapical, probable daño a gémenes dentarios permanentes en formación y peligro de desarrollar infección odontogénica. **Conclusión:** Dado la progresión y consecuencias de la enfermedad, es clave el diagnóstico y tratamiento temprano. El pediatra y profesionales de salud que atienden niños, pueden ser un apoyo fundamental en el refuerzo educativo y derivación oportuna del paciente en riesgo.

SÍNDROME DE DESMINERALIZACIÓN INCISO MOLAR

Jans A¹, Díaz J², Zaror C³, Vergara C¹.

¹Alumna Especialidad Odontología Pediátrica. Universidad de la Frontera. ²Profesor Asistente Departamento Odontología Integral. Universidad de la Frontera. ³Docente Especialidad Odontología Pediátrica. Universidad de la Frontera.

Introducción: El síndrome de hipomineralización molar incisal (MIH) es una anomalía del desarrollo dentario, que estaría asociada a causas de origen sistémico, e involucra al menos uno o más primeros molares permanentes, pudiendo estar comprometidos los incisivos. La prevalencia de este síndrome varía en la literatura entre 4 a 25% en la población infantil europea. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y grado de severidad del síndrome MIH entre los pacientes infantiles atendidos en la Clínica de Odontopediatría de pre y postgrado de la Universidad de La Frontera. **Método:** Estudio descriptivo, de un universo de 334 niños entre 6 y 13 años (167 mujeres y 167 hombres) de edad. El examen fue realizado en condiciones adecuadas, por 3 examinadores. Se estableció el diagnóstico, de acuerdo a los criterios establecidos por Weerheijm K.L. y la severidad según a los criterios propuestos por Mathu-Muju. **Resultado:** La prevalencia encontrada correspondió a 17%. De estos, el 14% presentó afectación sólo en el sector molar. El 57% mostró signos severos de MIH, el 20% signos moderados y 23% signos leves. No hubo diferencias significativas por género ($p < 0,05$) respecto a la severidad o tipo de patrón presentados. El 87,5% de los afectados reportó antecedentes mórbidos en el período comprendido desde el parto hasta la primera infancia. **Discusión:** La prevalencia encontrada en este estudio es similar a los realizados en Europa, no así el grado de severidad que es mayor en el presente estudio. Los autores revisados insisten en la necesidad de realizar más estudios de prevalencia para establecer la frecuencia real de esta patología, puesto que el tratamiento de estos niños requiere más medidas preventivas y restauradoras aconsejan realizar revisiones dentales frecuentes en aquellos niños con enfermedades de repetición durante los 2 ó 3 primeros años de vida. **Conclusiones:** Esta patología presenta alta prevalencia en los pacientes muestreados. Dado la naturaleza y frecuencia de esta patología es necesaria la derivación temprana de estos pacientes al odontopediatra.

META-ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE PREVENCIÓN DE CARIES EN BINOMIO MADRE-HIJO

Ortiz ME, Mautz C, Castillo P, Uribe S.

Universidad Austral, Escuela de Odontología, Clínica Integral de Niño.

Objetivo: Evaluar la efectividad de las intervenciones educativas realizadas en las madres embarazadas para la prevención de caries en la dentición temporal de sus hijos. **Material y Métodos:** Se buscaron artículos indexados en PubMed que cumplieran con los siguientes criterios: estudios clínicos, con intervención educativa en la madre embarazada, grupo control sin la intervención y resultado en % de niños libres de caries. Los estudios se calificaron con la escala de Jadad. La extracción de datos consistió en el tamaño muestral y el porcentaje de niños libres de caries por grupo. Los datos se tabularon y analizaron mediante EpiDat 3,1 y se realizó un meta-análisis de efectos aleatorios de diferencia estandarizada de medias. Se realizaron análisis de heterogeneidad mediante el test de Dersimonian y Laird's. **Resultados:** Se encontraron 32 artículos, posteriormente según criterios de inclusión se seleccionaron 3 artículos. La media de la calidad de los estudios 1,33 en la escala de Jadad. Las intervenciones educativas más utilizadas fueron instrucción de higiene oral, asesoramiento dietético y prevención de transmisión vertical de *Streptococo Mutans*. El efecto fue que los hijos de las madres tuvieron significativamente menos riesgo de caries a los 2 años (OR 1,59 [IC 95% 0,97-2,16]) y a los 4 años (OR 2,4 [IC 95% 2,06-2,81]). **Conclusiones:** La evidencia de efectividad de las intervenciones es escasa, y de regular calidad. Existe homogeneidad en los resultados que muestran que las intervenciones educativas en las madres logran prevenir las caries en sus hijos. Futuros estudios deberían explorar distintas intervenciones educativas.

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE UN PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD CON DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL. MANEJO INTERDISCIPLINARIO

Hassi J, Tirreau V, Zillmann G, Jara A, León M, Mieres V, Lichtemberg A.

Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Hospital Dr. Roberto del Río.

La disostosis cleidocraneal (DCC), displasia ósea generalizada de herencia autosómica dominante, es de baja prevalencia y presenta gran variabilidad en su expresión clínica. Se caracteriza por alteración de la osificación preferentemente intramembranosa, que determina falta o ausencia del cierre de fontanelas, hipoplasia o aplasia de clavículas, defectos óseos escapulares y de caderas. Estos coexisten con alteraciones dentales como: presencia de múltiples supernumerarios, retraso de erupción de dientes permanentes y persistencia de temporales. Los protocolos de tratamiento odontológico sugeridos se basan principalmente en extracción de dientes supernumerarios y dientes caducos, seguida de tracción ortodóncica de los dientes permanentes incluidos, atribuido a la ausencia de fuerza eruptiva de éstos. **Reporte del caso:** Paciente con DCC diagnosticado al nacer. Actualmente atendido en Hospital Dr. Roberto del Río, derivado por su pediatra para tratamiento a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile el año 2008. Se realizó examen clínico, de modelos e imagenológico (Ortopantomografía, bite-wing y Cone Bean I-CAT). Diagnóstico odontológico: Paciente 13 años de edad, sin riesgo social, con riesgo biológico general, cooperador, dentición mixta segunda fase (secuencia de erupción alterada), gingivitis asociada a placa bacteriana. Compresión maxilar por pérdida de tejido dentario. Persistencia de dientes caducos y múltiples supernumerarios. En actividad de caries. Tratamiento: Se modificaron los protocolos sugeridos optando por tratamiento más conservador, debido a la edad del niño (período de crecimiento, posibilidad de alteración psicológica), la osteopenia y el exceso supernumerarios. Luego de las etapas de adaptación, prevención y rehabilitación, se planificó tratamiento ortodóncico-quirúrgico. Se han realizado extracciones programadas de dientes caducos antero-superiores e indicado el uso de aparato ortodóncico removible expansivo, para estimular la formación ósea, necesaria para obtener espacio para la erupción de dientes permanentes, facilitar la extracción de supernumerarios y por razones que comprometen la estética del paciente. A la fecha, ha habido erupción dentaria normal, probablemente debido a que se trata de una persona en etapa de crecimiento y desarrollo. Por tratarse de un caso especial, no descrito en la literatura, se evaluarán los resultados periódicamente para replanificación del tratamiento, de acuerdo a la evolución.

CARIES Y OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARES DE 6 AÑOS DE EDAD. REGIÓN METROPOLITANA (RM). AÑO 2004-2005

Zillmann G, Muñoz A, Yévenes I, Mieres V, Coronado L, Manríquez J, Werlinger F.
Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: Caries dental y obesidad son enfermedades multifactoriales de alta prevalencia en la población infantil chilena y son prevenibles desde temprana edad. Ambas comparten asociaciones con hábitos dietéticos y determinantes socioculturales. Sin embargo, variados estudios internacionales presentan evidencia contradictoria sobre esta relación, mientras que investigaciones en Chile han sido realizadas en muestras poco significativas. **Objetivo:** Determinar la coexistencia entre caries y obesidad en una población de escolares de 6 años de edad de la Región Metropolitana. **Materiales y Método:** Se estudió la asociación entre ambas enfermedades, en una muestra representativa de niños escolares de 6 años de las comunas fluoruradas de la RM de Chile (n = 571). En el diagnóstico de caries se aplicaron criterios de la OMS para estudios epidemiológicos. El diagnóstico nutricional se realizó según IMC/edad y sexo en relación a curvas CDC-NCHS, considerándose obesos aquellos niños con percentil > 95. Se registraron variables de nivel socioeconómico (NSE) y sexo. **Resultados:** No se encontró diferencia significativa entre historia de caries y el estado nutricional (EN) (p = 0,837), tanto en la dentición temporal como en la permanente (p = 0,306). Tampoco asociación de riesgo (OR 0,88; IC 0,60-1,28; 95%). Los niños con sobrepeso tenían menor prevalencia e historia de caries que los niños de peso normal y obesos, diferencia estadísticamente no significativa. Al análisis multivariado no se encontró relación entre EN, NSE, sexo, y ocurrencia de caries. **Conclusión:** La obesidad no está asociada con caries dental en los niños estudiados, hallazgo concordante con investigaciones nacionales. Los niños con sobrepeso tenían menor prevalencia y severidad de caries. Resultado que es similar al encontrado en estudios efectuados en otros países.

ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO BÁSICO DE ESCUELAS MUNICIPALES Y PARTICULAR SUBVENCIONADAS DE LA COMUNA DE VALDIVIA 2008

Olmos CE, Muñoz RC.
Universidad Austral de Chile y JUNAEB. Escuela de Odontología - Universidad Austral de Chile.

Introducción: A partir de la creación de la nueva Región de los Ríos, surge la necesidad de establecer el estado de salud bucal de la población infantil local, con dos propósitos: conocer el estado de salud bucal de los niños de 1er. año básico y contar con una base de datos inicial para el desarrollo y evaluación de intervenciones. Esta inquietud fue presentada por JUNAEB a la Universidad Austral de Chile y dió como resultado la aplicación de una encuesta de salud bucal en niños y niñas de 1er. año básico de escuelas municipales y particular subvencionadas de la comuna de Valdivia durante el primer semestre de 2008. **Material y Métodos:** Estudiantes de 3er. año de la carrera de Odontología de la UACh, aplicaron la encuesta de salud bucal a primeros años de enseñanza básica de 16 escuelas municipales y 12 particular subvencionadas de la comuna de Valdivia. Se solicitó consentimiento informado a los directores de las escuelas, padres y apoderados de niños en estudio y de los mismos niños. El examen clínico se realizó en las escuelas, con luz natural, espejo bucal y los resultados se consignaron en una ficha. Las variables consignadas fueron: caries (historia de caries en dientes temporales y permanentes), gingivitis, índice de higiene oral y presencia de fracturas dentarias a causa de traumatismos dentoalveolares. **Resultados:** El 34,4% de los examinados no presentaba daño por caries. Los restantes 65,6%, tienen en promedio 2,56 dientes temporales afectados de los que 1,7 están sin tratamiento; 0,69 están obturados y 0,17 fueron extraídos antes de tiempo por caries muy extensas. **Discusión:** Los resultados para Valdivia son similares al promedio nacional, mostrando una alta prevalencia de daño por la enfermedad en dentición temporal y apuntan a intensificar la prevención de las lesiones de caries en el período pre-escolar; además de valorar los ajustes del programa integral de atención odontológica que presta JUNAEB que desde 2008 amplió su cobertura incluyendo desde el nivel pre-kinder.

PREVALENCIA DE BRUXISMO DEL SUEÑO EN NIÑOS DE 4-6 AÑOS

*Valenzuela V, Troncoso M, Cortés J.
CESFAM Dr. Víctor M. Fernández, Servicio de Salud Concepción.*

Introducción: El bruxismo del sueño (BS) es un desorden del movimiento relacionado con el sueño caracterizado por apretamiento y/o rechinamiento dentario. En niños se estima una prevalencia de entre un 14% a 38%. La etiología y la fisiopatología del BS aún no son bien comprendidas. Ciertas condiciones concomitantes han sido relacionadas con BS en niños: parasomnias (enuresis, somnolencia), ronquido y desórdenes respiratorios del sueño, déficit atencional e hiperactividad, ansiedad y ciertos medicamentos (metilfenidato, inhibidores de la recaptación de serotonina, antipsicóticos). No fue posible hallar información nacional actualizada sobre prevalencia de BS en niños. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de bruxismo del sueño en niños de 4-6 años basados en el reporte de rechinamiento dentario y comparar diversas condiciones psicosociales y biomédicas entre niños bruxadores y no bruxadores (nBS). **Material y Métodos:** Se encuestaron a 100 padres y/o familiares que acudieron a la unidad de odontopediatría del CESFAM Dr. Víctor M. Fernández (Servicio de Salud Concepción) entre Abril y Julio del 2009. Se registró el reporte de rechinamiento durante el sueño, así como otros antecedentes relacionados con la condición médica, psicológica, social y hábitos del niño. **Resultados:** Un 37% de los niños reportaron rechinamiento dentario durante el sueño. El reporte de otros desórdenes del sueño (parasomnias) fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en niños bruxadores (89%) que en no bruxadores (68%). Aunque los niños con BS comparados a los no bruxadores mostraron mayores porcentajes de enfermedades respiratorias (27% versus 20% de noBS), desórdenes neurológicos (18,9% versus 6,7%), experiencias emocionales relevantes (35,1% versus 28,3%) y mayor tiempo de exposición a TV (55% versus 48%), estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$). **Discusión:** Hubo un alto porcentaje de niños con BS, lo que coexiste con otros desórdenes del sueño y donde probablemente participen factores biológicos y psicosociales.

INCORPORACIÓN TEMPRANA DEL COMPONENTE ODONTOLÓGICO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISTROFIAS MUSCULARES E IMPORTANCIA DE LA DERIVACIÓN OPORTUNA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

*Vergara C, Zaror C, Díaz J, Jans A.
Universidad de La Frontera, Programa de Especialización en Odontología Pediátrica.*

Introducción: Las distrofias musculares son un grupo de enfermedades que representan un desafío para el odontólogo infantil. Se trata de pacientes que debido a su capacidad motora limitada tienen dificultades en la incorporación de hábitos de higiene bucal; a esto se suma la habitual postergación de la salud oral en los niños con patologías crónicas. Por otro lado esta enfermedad afecta igualmente la musculatura perioral provocando trastornos en las formas y funciones propias del sistema estomatognático. Si la atención odontológica no es brindada tempranamente en términos educativos y preventivos, el tratamiento rehabilitador puede ser riesgoso y de difícil ejecución, tanto si se realiza en el sillón odontológico como en pabellón bajo anestesia general. **Presentación del caso:** Se muestra el caso de un paciente con síndrome de Duchenne de 6 años de edad quien nunca había recibido atención odontológica ni orientación en el tema. Presentaba lesiones por caries, alteraciones oclusales y trastornos en el patrón de deglución. Se planificó un tratamiento integral junto a la madre para mejorar conductas de higiene y dieta y se utilizaron estrategias preventivas (flúor, sellantes). El tratamiento rehabilitador (restauraciones) fue realizado en el sillón dental teniendo en consideración situaciones como la limitación de la apertura bucal y riesgo de deglución y aspiración de elementos extraños. En una fase final se realizaron acciones de ortodoncia interceptiva. Esta planificación se hizo en comunicación con el médico tratante. **Resultados:** Después de 12 meses de tratamiento se ha logrado disminuir el nivel de daño y lograr la motivación necesaria para que este nuevo estado de salud se mantenga en el tiempo, manteniendo controles odontológicos regulares. **Conclusiones:** A través de este caso se hace evidente la necesidad de realizar una derivación temprana al odontólogo infantil de los pacientes con este tipo de patologías. Las terapias educativas y preventivas son más efectivas, menos costosas, mejor toleradas y menos riesgosas para estos niños. Además permite al odontólogo acompañar el crecimiento orofacial del paciente y detectar precozmente alteraciones en este ámbito. Por otro lado, es imprescindible entender que la salud oral forma un componente esencial en la salud general, lo que nos invita a formar equipos interdisciplinarios cohesionados y fortalecer la comunicación entre los profesionales encargados de proporcionar salud a estos pacientes.

ESTADO DE SALUD PERIÓDONTAL DE NIÑOS DIABÉTICOS TIPO 1 DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Villacreses RT, Pavez V, Zillmann G.

Facultad Odontología Universidad de Chile. Instituto de Investigación Materno Infantil del Hospital San Borja Arriarán de Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: La enfermedad periodontal (E.P) es una patología que afecta el tejido de soporte y protección dentario. Los pacientes diabéticos poseen además un retardo en la cicatrización de los tejidos y un aumento en la respuesta inflamatoria. La literatura relata que la presencia de diabetes es factor de riesgo de E.P y, un mal control metabólico de los pacientes puede influir en el desarrollo y severidad de ésta. Para la evaluación del estado de salud gingival se deben consignar los signos clínicos de inflamación y el índice de higiene oral (acumulo de placa bacteriana). En Chile, no existen estudios recientes del estado de salud periodontal en niños diabéticos tipo 1, no obstante, hay trabajos que indican que la prevalencia de enfermedad periodontal en adultos diabéticos tipo 1 es elevada. En la guía clínica GES/AUGE de diabetes tipo 1 no está especificada la atención odontológica de niños con diabetes tipo 1. **Objetivo general:** Evaluar el estado de salud periodontal de niños entre 4 y 14 años que presentan diabetes tipo 1 que controlan su diabetes en el IDIMI, Hosp. San Borja Arriarán. **Objetivos específicos:** Asociar el control metabólico de la diabetes con su estado de salud gingival; Evaluar el índice de placa bacteriana antes y después de una intervención educativa. **Materiales y Método:** Estudio transversal descriptivo. Se examinó a 51 niños (as) de entre 4 y 14 años que controlan su diabetes en el IDIMI, Hosp. San Borja Arriarán. Se midió la hemoglobina glicosilada, se evaluó el índice de placa. Se realizó instrucción de higiene oral (IHO) personalizada, de acuerdo a sus habilidades psicomotoras, para control de placa bacteriana y se evaluó a los 30 días de realizada la intervención educativa. **Resultados:** Al inicio del estudio la prevalencia de gingivitis en los niños entre 4 y 14 años es de 64,7%. Existe un elevado índice de placa bacteriana. El 47,05% de los niños presenta gingivitis y HbA1c > 7% lo que no fue estadísticamente significativo. Existe una disminución del índice de placa bacteriana en los niños a los 30 días de realizada la intervención. **Conclusiones:** Los pacientes estudiados presentan elevada prevalencia de gingivitis. No se aprecia una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de HbA1c y la presencia de signos inflamatorios gingivales. **Proyecciones:** Incorporar un programa de salud bucal en el tratamiento de niños con diabetes tipo 1, motivando al personal de salud a cargo de ellos, para que eduquen no sólo en el cuidado de su patología, sino también respecto a la salud bucal, como parte del tratamiento integral, como asimismo realicen una derivación oportuna al odontólogo para la mantención adecuada de la salud bucodentaria.

PROYECTO EDUCATIVO-PREVENTIVO PRECOZ DE ODONTOLOGÍA DEL BEBÉ. TELETÓN-TEMUCO

Zaror C, Vergara C, Díaz J, Jans A.

Universidad de La Frontera, Programa Especialización Odontología Pediátrica.

Introducción: Las enfermedades que afectan la cavidad oral son altamente prevalentes tanto a nivel mundial como nacional, en especial la caries dental, la enfermedad periodontal y a las anomalías dentomaxilares. De todas estas alteraciones la caries dental toma una relevancia mayor debido al impacto social que produce, al afectar la calidad de vida de los individuos afectados por esta patología. En los lactantes y preescolares se presenta de una forma particular y severa con prevalencias que alcanzan el 80% a los 4 años. Los pacientes con discapacidad neuromuscular o con alguna otra patología de base presentan un mayor riesgo de producir lesiones cariosas. La alta prevalencia de esta enfermedad, el compromiso de la salud general, y las consecuencias en los bebés y preescolares demuestran que la incorporación del componente odontológico en la salud de los niños debe llevarse a cabo a una más temprana edad, idealmente antes del primer año de vida. **Objetivos:** Implementar en el Centro de Rehabilitación Teletón de Temuco un programa de atención odontológica antes del primer año de vida, inserto dentro de un contexto de salud general, que permita prevenir y controlar la caries dentaria en la población de 0 a 5 años, manteniendo y promoviendo la salud bucal a través de la atención odontológica precoz, educando a los padres y profesionales del centro; Sensibilizar a los profesionales del área de la salud e insertar el componente odontológico en su práctica profesional fomentando el trabajo interdisciplinario y multiprofesional. **Conclusiones:** En estos casi 2 años de trabajo hemos logrado la incorporación satisfactoria del programa en el equipo multidisciplinario de profesionales como así también una muy buena aceptación de esta iniciativa por parte de los padres que han participado en forma activa de ella, manteniendo a sus hijos en control permanente.

EVALUACIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN ESCOLARES DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD. REGIÓN METROPOLITANA 2004-2006

Zillmann G, Muñoz MA, Yévenes LI, Mieres AV, Werlinger CF, Coronado VL, Manríquez UJ, Urzúa GM, Carter FP, Fajreldin ChV.

Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

Introducción: Los primeros molares permanentes (PMP) son considerados dientes fundamentales en la dentición permanente, cumpliendo un rol determinante en una serie de funciones, para un correcto desarrollo del funcionamiento del macizo cráneo-maxilo-facial. La caries dental es el principal problema que afecta a estos dientes, provocando daño de diversa gravedad hasta llegar a su pérdida. Los estudios existentes en nuestro país sobre el daño de estos dientes son escasos y poco representativos y reportan prevalencias que van desde 6 a 53%, no existiendo estudios epidemiológicos con muestras probabilísticas y con datos precisos acerca de la prevalencia de caries en estos dientes. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de daño por caries y alteraciones del esmalte del PMP, y asociarla a variables de sexo y nivel socioeconómico. **Metodología:** Se realizó un estudio de prevalencia en una muestra de 1.681 niños escolares de 6 a 8 años de edad de la Región Metropolitana. El estado del PMP (n: 6.163) fue evaluado utilizando los criterios de la OMS según su historia de caries, además de la observación de hipoplasia y cúspides de aspecto nevado como signo de fluorosis. Se registraron variables de sexo y NSE. **Resultados:** La prevalencia de caries en el PMP fue de 22,78%. Ésta aumentó al aumentar la edad y fue similar en ambos sexos, sin diferencia significativa ($p = 0,79$). La prevalencia tuvo diferencias en los tres NSE, aumentando conforme disminuye el NSE. La frecuencia de pérdida por caries fue de 0,18%, siendo los PMP más afectados los inferiores, mayoritariamente en el NSE bajo. La prevalencia de alteraciones de esmalte fue de 14%: la prevalencia de cúspides nevadas (fluorosis) del total de la muestra fue de 17,5% y de hipoplasias un 1,5%. **Conclusiones:** Los PMP presentaron una prevalencia alta de caries de (22,78%), sin diferencia por sexo, pero son diferencia por NSE. Las alteraciones del esmalte presentaron prevalencias inferiores al daño por caries.

CARACTERIZACIÓN DE MADRES CON APEGO INSEGURO EN EL HOSPITAL DE HUÉPIL

*Allegro F, Cortez P, Navarro G, Bertrán C, Mellado E.
Hospital de Huepil, SS Bio-Bío, VIII Región.*

Introducción: El apego es una relación afectiva que se establece entre dos seres humanos, y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el período del embarazo. Existen 4 tipos de apego: seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente y desorganizado. Las dificultades en el apego y sus consecuencias para el desarrollo humano, ha sido uno de los tópicos más investigados durante las últimas décadas. Se han descrito varios factores asociados al apego disfuncional, entre las que destacan factores maternos, del bebé y el ambiente. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo maternos asociados al apego patológico, luego de la aplicación de la Escala de Massie-Campbell de los lactantes de 4 y 12 meses en el Hospital de Huépil. **Material y Métodos:** Se incluyeron en este estudio a las madres de 23 lactantes con Escala de Massie-Campbell compatible con alteración del apego a los 4 y 12 meses, en el período comprendido entre Marzo de 2008 -2009. Se evaluaron las siguientes variables: disfunción del apego, edad materna, planificación embarazo, estado civil, comorbilidad psiquiátrica materna pre y post parto (Escala de Edimburgo), escolaridad, paridad, disfunción familiar (apgar). **Resultados:** En el período estudiado, se le aplicó la Escala de Massie-Campbell a 210 lactantes y sus madres, de los cuales 23 presentaron apego inseguro, siendo todos del tipo inseguro-evitante. La edad promedio fue 26,9 años (\pm 7,8), siendo el 17,3% madres adolescentes. El 39,1% de las madres relató que el embarazo fue planificado. Con respecto estado civil el 52,1% de las madres estaban conviviendo, el 34,7% casadas y el 13% solteras. El 39,1% correspondían a primigestas. El 30,4% de las madres presentó algún tipo de comorbilidad psiquiátrica previa, y el 43,4% cumplió con criterios depresión post-parto (Escala Edimburgo). El 26% de las madres presentó baja escolaridad. El 43,4% de las familias presentaban disfunción familiar medido a través del apgar familiar. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este estudio se correlacionan a los obtenidos en otros estudios, ya que el apego inseguro más frecuente es el evitante, que existen factores en la madre como la planificación del embarazo, el estado civil y la comorbilidad psiquiátrica pre y post natal que influyen directamente en el apego con el niño. Sorprende el alto porcentaje de familias disfuncionales que tenían estos lactantes.

EVALUACIÓN MÉDICA, PSICOLÓGICA, PSICOPEDAGÓGICA Y SOCIAL DE NIÑOS EXPUESTOS A PLOMO EN ARICA. PROGRAMA HACIA UNA NUEVA ETAPA

*Aramayo X, Mujica A, Díaz A, Rodríguez J, Riquelme L, Karl M, Urrutia C.
Servicio de Salud Arica.*

Introducción: A mediados de los años 80 empresa PROMEL deposita 19 toneladas de residuos minerales en Arica. Se genera desarrollo poblacional en zonas aledañas desde 1989 hasta 1995. En 1997 se detecta la contaminación y se desarrolló planes de evaluación y seguimiento con resultados incompletos en 1998 y 2000. (El 2007 se decide crear un programa de control y tratamiento a largo plazo de los efectos de la exposición al plomo, sobre la población expuesta y detectada en los años 1998 y 2000 en las poblaciones Cerro Chuño y Los Industriales de Arica. Incorporando también a niños y adolescentes que hubiesen estado expuestos y que deseen participar del programa. Estudio se realiza en Septiembre 2007 a Mayo 2009. **Material y Métodos:** Se rescató a pacientes con Pb > de 10 ug/dl en programas anteriores del año 1998 y 2000 comprendidos entre 6 y 20 años, además de inscripción voluntaria con consentimiento informado de todas las personas expuestas en igual período que desearan participar, comprendidas en las mismas edades. Se realizó evaluación médica, psicológica, psicopedagógica, social y se tomaron muestras de plomo sérico además de exámenes generales. **Resultados:** Se inscribieron 311 pacientes, 60 abandonaron, 251 pacientes completaron el estudio. Se realizaron evaluaciones psicológicas en 225 pacientes, 188 psicopedagógicas, 251 evaluaciones sociales, medicas y muestras de exámenes. **Se encontró:** Psicológicamente 73% con patología: 26% t. emocionales, 14% indicadores de DOC, 13% t. del ánimo, 7% t. ansiosos y SDAH. A nivel cognitivo 60% CI normal promedio, 24% normal lento, 7% limitofe y normal superior, RMS, RMM, RML y superior 9%. En aprendizaje el 69% con patología: 42% con t. Especifico del aprendizaje (TEA) en todas las áreas, 19% TEA en escritura, 11% TEA en matemática, 6% SDAH. Plomo en sangre se consideró alterado > 7 ug/dl en 11 casos (4,5%). Clínicamente 95% de los pacientes presentaron alguna patología: 41% cefalea crónica, 34% dolores óseos, 13% DAR. Se derivaron 146 pacientes a neurólogo y 60 a psiquiatra. La evaluación social mostró entorno vulnerable, hacinamiento, violencia y disfunción familiar en el 80%. **Conclusiones:** Entre el 69-95% de los pacientes presentan alteración psicológica, psicopedagógica, neuropsiquiátrica. Cefalea y dolores óseos son predominantes, correspondiendo a trastornos descritos por contaminación con plomo en períodos de desarrollo; no pudiendo descartarse que el entorno vulnerable sea la causa por sí sola.

GOLPE AL BULLYING

Bizama Del PR¹, Bizama MC².

Universidad Del Desarrollo, Periodista¹, Médico Pediatra².

Uno de los grandes inconvenientes en el enfrentamiento del bullying o matonaje escolar y sus secuelas, es la idea difundida y aceptada de que se trata de un proceso natural dentro de la convivencia escolar. Para los especialistas la primera medida apunta a erradicar esta complicidad social sobre la violencia y tomar conciencia de que se está ante un problema complejo que involucra tanto al victimario como su víctima, sus familias, toda la comunidad educativa y la sociedad. Estudios nacionales señalan que un 44,7% de los alumnos ha sufrido algún tipo de agresión en su escuela. Sobre la pregunta de qué les ocurre a los niños o adolescentes, existen estudios que han demostrado que una de las raíces del comportamiento violento radica en la pérdida de empatía entre los propios niños, quienes producto del individualismo y de un sistema educativo orientado a los resultados, terminan por invisibilizar al otro en sus necesidades y derechos. “Lo que se ha visto es que entre los 4 y los 7 años algo sucede que hace que algunos niños pierdan la capacidad de empatizar con el otro”, afirmó la académica de la Universidad Católica, María Alicia Halcartegaray. Este estudio muestra experiencias y herramientas aplicadas en Chile y el mundo que han podido dar luces y certezas que el combate a un fenómeno como el matonaje escolar, sí es posible. Experiencias europeas como las realizadas por el profesor Olweus en Noruega o las realizadas por el Programa Valores UC. Asimismo esta investigación abordó la perspectiva legal que conlleva este fenómeno, tanto la protección de la víctima como las consecuencias legales que tiene la persona que ejerce el hostigamiento. Estos antecedentes mencionados han permitido analizar desde una perspectiva dual las actuales acciones del Ministerio de Educación, y concluir además, que las políticas educativas se han centrado en la generación de un programa de mejora de la convivencia y en la recuperación de un clima escolar necesario para la enseñanza. Pero no en dar énfasis en alcanzar una política clara y contundente para prevenir y tratar los problemas de bullying desde la acción y no desde el miedo, que muchas veces paraliza el accionar de los niños y de los padres.

SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD: REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE LAJA A PARTIR DEL AÑO 2008 A LA FECHA

Cáceres VF, Gálvez ChA, Rudolph QC, Bálcazar VF.

Médicos Hospital Laja, Servicio Salud Bio Bio.

El Síndrome de Déficit Atencional (SDA) es un trastorno primario de la atención fuertemente influido por factores psicosociales, que clínicamente se expresa por síntomas fundamentales tales como falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Este trastorno interfiere en la vida no sólo del niño, sino en su entorno familiar y sobretodo escolar. **Objetivos:** Dar a conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad, ingresados al programa de Salud Mental desde enero del año 2008 a junio del 2009. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo donde se revisaron las fichas clínicas y los tarjetones de los pacientes ingresados al Programa de Salud Mental con diagnóstico de Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad desde enero de 2008 a junio de 2009 y se consideraron las variables: sexo, edad, tipo de derivación (colegio o consulta espontánea), presencia o no de comorbilidad, tipo de tratamiento (psicoterapia o farmacoterapia) y evaluación o no con especialista. Además se consignaron la presencia de factores de riesgo psicosociales, tales como: repitencia escolar, violencia intrafamiliar, padres separados y padres alcohólicos. **Resultados:** La población estudiada corresponde a 34 pacientes. La edad osciló entre los 4 y 20 años, siendo la edad promedio de 9 años, correspondiendo un 58,7% (n = 19) al sexo masculino y un 41,3% (n = 15) al femenino, con una relación de 3: 1. La derivación a la atención primaria por el colegio fue de un 55,8% (n = 19) y por consulta espontánea con familiar el 44,1% (n = 15). Hubo presencia de comorbilidad en un 58,8% de los pacientes; 14,7% (n = 15) con depresión infantil, 8,8% (n = 3) enuresis y un 5,8% (n = 2) presentaba retraso mental. En cuanto al tipo de tratamiento todos los pacientes se encuentran con psicoterapia y el 44% (n = 15) está con tratamiento farmacológico. Un 73,5% (n = 25) de los pacientes ha sido evaluado por neurólogo infantil. Como factores de riesgo psicosociales, se vio que un 41,1% (n = 14) presentó repitencia escolar, 29,4%(n=10) Violencia Intrafamiliar, 17,6% (n = 6) padres separados, 11,7% (n = 4) Padres Alcohólicos. **Conclusiones:** La mayor prevalencia se observó en el sexo masculino coincidiendo con la realidad nacional. La depresión infantil es la comorbilidad asociada más relevante y de los factores psicosociales destaca la repitencia escolar. La mayoría de los pacientes ha sido evaluado a nivel secundario. **Discusión:** Al observar que existen factores psicosociales involucrados es de suma importancia intervenir a nivel escolar y familiar para apoyar el tratamiento en forma integral.

EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE ENTREGADAS POR EL EQUIPO DE SALUD DE LAS COMUNAS DE COQUIMBO Y LA SERENA

Carcey J¹, Silva N¹, Cáceres D¹, Riveros G², Zúñiga J².

¹Interno Medicina, Universidad Católica del Norte. ²Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es un tema importante en las guías anticipatorias que se entregan en el control sano. Diversos estudios han sugerido múltiples factores de riesgo y protectores para SMSL. Factores protectores: posición supina al dormir, evitar que duerman sobre superficies blandas, suspender el tabaquismo materno, evitar el colecho, no sobre abrigar durante el sueño y considerar el uso de chupete al dormir. **Objetivo:** Conocer las recomendaciones que entregan los profesionales de la salud a los padres en relación al SMSL. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo. Se aplicó una encuesta respecto a las recomendaciones que se entregan a los padres del recién nacido y lactante menor a profesionales de la salud del Hospital San Pablo Coquimbo, Hospital San Juan de Dios de La Serena y CESFAM Sergio Aguilar, entre Julio y Agosto del año 2009. Se incluyeron médicos pediatras, médicos generales, matronas y enfermeras. Se consideraron correctas las últimas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (2005). Se utilizó base de datos Excel 2007 y se realizó análisis estadístico con Epi Info versión 3.5.1. **Resultados:** Total de encuestados 50 personas, de los cuales 36% fueron matronas (n 18), 32% pediatras (n 16), 8% médicos generales (n 4), 24% enfermeras (n 12). El 98% (n 49), consideró que el lactante menor debe dormir solo en la cuna. El 28% (n 14), contestó que debería dormir en una superficie dura, sin almohadones. En relación al uso del chupete el 62% (n 31) respondió que no debe utilizarlo y el 10% (n 5) considera que debe utilizarlo después del mes de edad en las noches. Un 20% (n 10) de los profesionales considera correcta exclusivamente la posición decúbito supino, dentro de los cuales un 60% eran pediatras y ninguna matrona. Dentro de los profesionales con menos de 5 años de experiencia, el 55% recomienda la posición decúbito supino. Ningún profesional con más de 20 años de experiencia recomendó esta posición. **Discusión y Conclusiones:** No se están entregando a los padres las recomendaciones adecuadas para la prevención de SMSL. Sólo un 20% recomienda la posición correcta para dormir, mientras ninguno de los profesionales con más tiempo de egresados lo hace. Dentro de los profesionales, los pediatras tuvieron un mayor número de respuestas correctas. Se sugiere la actualización permanente del equipo de salud en relación a las recomendaciones de prevención del SMSL.

UN CASO DE HEMANGIOMA CONGÉNITO TIPO RICH (RAPIDLY INVOLUTING CONGENITAL HEMANGIOMA)

Cisterna C, González P, Tapia S.

Universidad de Valparaíso, Departamento de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke Viña del Mar.

Este tipo de hemangiomas son excepcionales y de presentación diferente a los hemangiomas infantiles. Están plenamente desarrollados in útero y no crecen después del nacimiento. Histológicamente son diferentes a los hemangiomas. Su ubicación es preferentemente en cuero cabelludo, y cerca de grandes articulaciones, algunos de ellos involucionan alrededor de los 6 a 14 meses, y son los denominados RICH, a diferencia de los tipo NICH (No involuting congenital hemangioma). Los hemangiomas tipo RICH puede ser de presentación clínica inquietante, muy vascularizado, pareciéndose a un tumor maligno, que puede llevar a plantear la necesidad de una biopsia con fines diagnósticos. Se presenta caso de recién nacido de término 38 semanas. Embarazo controlado. Con síntomas de parto prematuro. Nace por Cesárea electiva, Apgar 8-9. Al nacimiento se pesquisa gran malformación vascular hombro y brazo derecho, rojo violáceo tumefacto, casi del tamaño de la cabeza del niño. Se solicitan exámenes entre los cuales destacan trombocitopenia y alteración de pruebas de coagulación. Se inicia tratamiento con corticoides sistémicas, y reposición de plaquetas y factores de la coagulación según necesidad. Requiere varias transfusiones de plaquetas por consumo frecuente de estas, se administra crioprecipitado. Durante los días siguientes aparecen equimosis y petequias difusas, lo que hace necesario su manejo en unidad de cuidados intermedios. Durante su evolución presenta fiebre por lo que se inicia tratamiento antibiótico empírico, aparece en hemocultivo tomado Cocceas gran negativas. Presenta buena respuesta a tratamiento indicado, con disminución discreta de hemangioma y corrección de parámetros de coagulación; el proceso se estabiliza alrededor de la semana de vida. Con mejoramiento del estado general, disminución de lesiones hemorrágicas, y estabilización de parámetros de laboratorio. Inicialmente se planteó síndrome de Kasabach Merritt. Se envía a su hogar con prednisona oral 1 mg/kg, la que se mantiene alrededor de un mes, para luego disminuir gradualmente. Se solicita interconsulta a equipo de trabajo de Clínica Alemana "Grupo malformaciones vasculares", coinciden con el manejo, y plantean conducta expectante con posibilidad de biopsiar lesión de acuerdo a evolución. Evoluciona satisfactoriamente, con rápida involución de la lesión, exámenes generales se controlan periódicamente y no muestran alteraciones, luego de un mes de evolución. Actualmente, a casi un año de la patología la lesión, se encuentra en franca regresión, el lactante ha evolucionado satisfactoriamente con buen desarrollo ponderal y psicomotor. **Conclusión:** Los hemangiomas congénitos tipo RICH son patologías de escasa aparición, sin embargo, su presentación puede ser inquietante por los trastornos hematológicos asociados, la conducta inicial debe ser agresiva para evitar complicaciones graves. Sin embargo, una vez pasada la fase aguda, debe mantenerse una conducta expectante, ya que la evolución espontánea es la regla.

ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO: PLANES DE ACCIÓN ESCRITOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES ASMÁTICOS DE 7-14 AÑOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

*Corbalán J, Arenas D, Lara B, Prado F, Moreno G.
PUC, CESFAM Bernardo Leighton.*

Introducción: El asma afecta cerca de un 10% de los escolares chilenos. Los niveles de control no superan el 5%, implicando un enorme costo social, familiar y personal. Diversas guías recomiendan el uso de planes de acción escritos (PAE). Una revisión sistemática concluyó que el uso de PAEs disminuiría las consultas no programadas y hospitalizaciones, pero que faltaban más estudios para confirmar los resultados. En Chile no existen PAEs validados en APS y su uso no es rutinario en los programas IRA. **Objetivos:** Evaluar si el uso de planes de acción escritos es efectivo para mejorar los niveles de control de asma en la APS. Desenlace primario: disminución del número de consultas no programadas. Desenlaces secundarios: disminución de hospitalizaciones, ausentismo escolar y/o laboral de los cuidadores y mejoras en índices de calidad de vida. **Materiales y Métodos:** Estudio clínico randomizado que compara el uso de planes de acción escritos con el cuidado habitual en pacientes asmáticos de 7 a 14 años controlados en el programa IRA del CESFAM Bernardo Leighton de Puente Alto. Para construir el PAE se realizó un estudio cualitativo que evaluó las necesidades y perspectivas de los pacientes asmáticos y sus cuidadores además de basarse en otros PAE publicados en literatura. Se seleccionaron pacientes con asma leve y moderada del programa IRA del CESFAM, sin otras comorbilidades. Se calculó un tamaño muestral de 110 pacientes. Se obtuvo una secuencia aleatoria computacional. Finalmente, se randomizaron 99 pacientes. Al ingreso se obtuvieron datos generales y de los tratamientos actuales. Se administró una encuesta de calidad de vida. Se les entregó material educativo sobre el asma infantil. Al grupo intervención se le entregó y explicó el PAE. Se obtuvieron datos sobre cuadros respiratorios y ausentismo escolar y/o laboral de los cuidadores y se evaluó el nivel de control del asma. En total los pacientes recibirán 3 controles médicos y 6 controles telefónicos. Para analizar los resultados se considerarán diferencias de medias del número de consultas no programadas, hospitalizaciones, días de ausentismo escolar y laboral y puntajes de calidad de vida. **Resultados:** En Septiembre se completará la 1° etapa de la investigación, presentándose un 1° análisis a 4 meses de seguimiento en el Congreso de Pediatría. Dada la época del año en que se inició el estudio (campaña de invierno) esperamos que las diferencias entre los grupos ya sean notorias.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRAUMATISMOS ENCÉFALOCRANEANOS QUE SE HOSPITALIZAN EN EL CENTRO DE RESPONSABILIDAD DE PEDIATRÍA DURANTE EL AÑO 2008

*Gárate M¹, Espinoza CM², Muñoz M.
Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital El Pino. ¹Interna. ²Alumno.*

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es la primera causa de muerte e invalidez en la infancia y la adolescencia. Estudios epidemiológicos no dan cuenta de la realidad, los TEC leves no consultan. Los niños sufren el doble de TEC que las niñas. El TEC severo, en la primera infancia se relaciona con accidentes del hogar. **Objetivo:** Investigar las características epidemiológicas de los TEC que se hospitalizaron en Pediatría del Hospital el Pino en el año 2008. **Métodos:** Estudio retrospectivo con análisis de 68 fichas clínicas del Servicio de Pediatría del Hospital el Pino. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados con diagnóstico de TEC durante el año 2008 con evaluación neuroquirúrgica y tomografía axial computada de cerebro. Se investigó sobre las características epidemiológicas y los datos fueron ingresados en una planilla electrónica y analizados mediante un programa estadístico (SPSS). Los resultados se expresan como promedio y desviación estándar. **Resultados:** 68 pacientes hospitalizados por TEC entre los 8 meses y los 13 años de edad, una media de 5 años y 4 meses, de los cuales 27 fueron hombres y 41 mujeres. Según la edad agrupada los menores de 6 meses fueron 5, entre 6 meses y 2 años fueron 27, entre 2 y 6 años fueron 29 y mayores de 6 años fueron 7. Las causas de TEC fueron: 32 caídas (47%), 10 accidentes de tránsito (14,7%), 22 accidentes del hogar (32,4%) y 4 traumas deportivo (5,9%). Los días en que ocurre el TEC fueron: 9 el lunes (13%), 7 martes (10,3%), 10 miércoles (14,7%), 4 jueves (5,9%), 20 viernes (29,4%), 11 sábado (16,2%) y 7 el domingo (10,3%). Las horas agrupadas de los TEC fueron: de 00:00 a 06:00 horas 12 pacientes lo que representa el 17,6%, de 06:00 a 12:00 horas 17 pacientes (25%), de 12:00 a 18:00 horas 21 pacientes (31%) y 18 pacientes de 18:00 a 00:00 horas (26,4%). Según complejidad 51 pacientes hospitalizados fueron clasificados en leve (75%) y 17 en moderados (25%). Cincuenta y un pacientes con lesión de cuero cabelludo y 17 con fracturas de cráneo. **Conclusiones:** El estudio encontró diferencia significativa al comparar grupos en relación al sexo, causas de los TEC y los días en que ocurre el TEC. Las caídas y los accidentes del hogar son las principales causas y es donde se debe reforzar la educación y la prevención. El viernes representa 1/3 de las hospitalizaciones esto será por poca supervisión de los padres o por sobre hospitalización por falta de control en el policlínico el fin de semana.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) EN MENORES DE 15 AÑOS, EXPERIENCIA DE 13 AÑOS CLETS, 1991-2004. COPIAPÓ

Figueroa SR¹, Figueroa VB², Valenzuela GL³, Moreta CP⁴.

¹Académico Universidad Santo Tomás Copiapó, Servicio Médico Legal Copiapó. ²Estudiante de Medicina Universidad de Valparaíso. Sede San Felipe. ³Mat. Ejercicio Liberal de la Profesión. Copiapó. ⁴Técnico Paramédico Unidad Dermatología Hospital Copiapó.

Introducción: Nos propusimos realizar una revisión retrospectiva, descriptiva en Clínica de ETS, referidos, particularmente a menores de 15 años, en el período del estudio (01/06/1991-31/05/2004), en atención a que (RFS) desarrollaba funciones en CLETS y SML de Copiapó. **Material y Métodos:** Se revisa la totalidad de las consultas por ETS en CLETS Copiapó, entre (01/06/1991-31/05/2004) reuniendo un Universo de 3220 ETS. De ellos se desagrega a ETS en menores de 15 años = 48. (1,5%), 15 niños, 33 niñas. Grupo Etario: Desde 9 meses hasta 14 años 11 meses. Diagnóstico: clínico y/o serológico y/o bacteriológico. Se solicitó batería para VIH, HbsAg y Sífilis en forma complementaria, previa consejería y consentimiento informado a padres, tutor o representante legal de los menores. A todos ellos se derivó a Unidad de Salud Mental Infantil y efectuó denuncia judicial. Tratamiento: etiológico. Seguimiento a cargo de Unidad de Salud Mental Infantil, en conjunto con CLETS, Hospital Copiapó. **Resultados:** ETS según etiología: 15/48 condilomas acuminados; 12/48 gonorrea; 9/48 lúes; 3/48 uretritis no gonocócica; 3/48 uretritis inespecífica; 2/48 vaginosis bacterianas; 2/48 herpes genital; 1/48 molusco contagioso; 1/48 Phthirus pubis de pestañas, más allá de lo obvio. En 85,4% (41/48) de los menores de 15 años con ETS se documentó abuso sexual. Se exceptuaron 3 menores de 1 año que por su edad no pudieron dar datos de ese abuso, y 4 jóvenes de entre 12 y 15 años que lo adquirieron en forma consentida, inter pares. La relación Niño: Niña = 1: 2,2 en nuestra investigación. **Discusión, Conclusiones y/o Recomendaciones:** En 85,4% (41/48) de los menores de 15 años con ETS se documentó abuso sexual. Se requiere evitar la doble y mayor victimización de que son objeto los menores aquejados de ETS (Reforma Procesal Penal, Ley de Delitos Sexuales). Reforzar el apoyo psicológico en carácter de urgencia, en orden a intervenir y atenuar el estrés post traumático en niños con ETS, tanto en Unidad de Víctimas y Testigos, como en CLETS. Utilizar los recursos disponibles en área psicológica, tanto en Hospital como en sistema privado derivado por Unidad de Víctimas y Testigos, entre otros entes. Facilitar la rendición anticipada de la prueba pericial a los niños, en una etapa previa ya consagrada por la Ley y evitar su exposición pública en el tribunal oral en lo penal. Denunciar los hechos.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ≥ 10 DÍAS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, SANTIAGO, CHILE: ASOCIACIÓN CON NECESIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES Y MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA

Flores JC, Araya G, Araya A, Pérez R, Menchaca G.

Hospital Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El progresivo descenso de la mortalidad infantil, ha determinado un aumento importante de pacientes con patologías crónicas, que requieren cuidados especiales y un nuevo enfoque por parte del equipo de salud. **Objetivo:** Describir las características de los pacientes hospitalizados por ≥ 10 días en el servicio de pediatría del Hospital Sótero del Río: ocupación de camas, patología crónica y motivo de hospitalización prolongada. **Pacientes y Métodos:** Estudio que se basó en 4 cortes transversales los días 21, 23, 30 de Octubre y 7 de Noviembre de 2008. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de ingreso, diagnóstico principal, comorbilidades, tratamientos y observaciones. En base a esta información de crearon 3 variables categóricas: i) pacientes hospitalizados por ≥ 10 días o < 10 días; ii) patología crónica presente o ausente, y iii) infección intrahospitalaria presente o ausente entre los hospitalizados por ≥ 10 días. Se usó el programa SPSS 15.0 para el análisis estadístico. **Resultados:** En el período de estudio hubo un total de 27 pacientes en sala de pediatría, en los cuales se constató una hospitalización por ≥ 10 días. En este grupo, la relación entre mujeres/hombres fue de 18/9, la mediana de edad fue de 11 meses (1 mes-13 años) y de días de hospitalización de 29 días (10-255 días). La ocupación de las camas varió entre 93% y 97% y los cupos que correspondían a pacientes hospitalizados por ≥ 10 días correspondieron a 44,7% (17/38), 47,4% (18/38), 29,7% (11/37) y 40,5% (15/37) en cada una de las fechas evaluadas. Los pacientes con patología crónica correspondieron a un 70,4% (19/27) en el grupo hospitalizado por ≥ 10 días, y a un 48,1% en los que permanecían por < 10 días, sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0,06$). En el primer grupo destaca la presencia de patología neurológica (9/21) y nefrológica (6/21), mientras que en el segundo la mayoría presentaba sibilancias recurrentes o asma (21/26). El principal motivo de hospitalización prolongada fue la presencia de infección intrahospitalaria (9/21). **Conclusiones:** Constatamos una alta proporción de pacientes hospitalizados por ≥ 10 días, entre los cuales la mayoría eran niños con necesidades especiales, destacando patología neurológica y renal crónica. Optimizar el manejo de infecciones intrahospitalarias es una medida sencilla que probablemente permitiría reducir el número de días de hospitalización.

EVALUACIÓN NEUROSENSORIAL EN LACTANTES MENORES DE 2 MESES EN EL CONSULTORIO DE LAJA: REVISIÓN DE 1 AÑO

*Gálvez ChA, Cáceres VF, Rudolph QC, Bálcazar VF.
Médicos Hospital Laja, Servicio de Salud Bío Bío.*

Introducción: El objetivo de la Escala de Evaluación Neurosensorial es la identificación de alteraciones al examen físico y neurológico que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo de lactante menor y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales (visión y audición). **Objetivos:** Caracterizar a los lactantes menores de 2 meses sometidos a la Escala de Evaluación Neurosensorial durante el Control de Niño Sano en el Consultorio de Laja y evaluar los resultados a un año de su aplicación. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de las fichas clínicas de lactantes menores entre el período de Marzo de 2008 a marzo de 2009 y se consignaron las siguientes variables; sexo, edad de aplicación de la Escala, tipo de puntaje obtenido (normal, anormal, muy anormal) y tipo de derivación en lactantes con puntaje anormal y muy anormal. **Resultados:** Se obtuvo un total de 281 lactantes menores a quienes se les aplicó la Escala durante el año de estudio, un 51,6% (n = 145) correspondieron a lactantes de sexo femenino y un 48,39% (n = 136) de sexo masculino. El promedio de edad en que se realizó el examen fue de 1 mes y 13 días. Dentro de los puntajes obtenidos: 53,84% (n = 119) resultó normal (puntaje cero); un 39,81% (n = 88) anormal (puntaje 1 a 3) y un 6,33% (n = 14) muy anormal (4 ó más puntos). A todos los que tuvieron puntajes anormal y muy Anormal (n = 102) se les indicó estimulación por parte de la madre, pero sólo un 14,7% (n = 35) se les derivó a sala de estimulación con Educadora de Párvulos. Todos los lactantes con puntaje anormal en el control de Niño Sano de los tres meses realizado por médico, presentaban desarrollo psicomotor normal. Ninguno de los 14 lactantes con puntaje mayor a 4 presentaba factores de riesgo como prematurez ni madre adolescente. De ellos un 71,42% (n = 10) fue derivado a neurólogo infantil asistiendo sólo 8 lactantes, 6 fueron dados de alta con desarrollo psicomotor normal y 2 permanecen aún en controles por hipotonía con equipo multidisciplinario. **Conclusiones:** A un año de la aplicación de dicha Escala, existe un porcentaje importante de puntaje catalogado como anormal lo cual es importante revisar más a fondo y velar porque las madres asistan con sus hijos ya sea a la sala de estimulación y/o con neurólogo infantil para seguimiento y pesquisa de trastornos neurosensoriales respectivamente.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CONVULSIONES FEBRILES QUE SE HOSPITALIZARON EN EL CENTRO DE RESPONSABILIDAD DE PEDIATRÍA DURANTE EL AÑO 2008

*Gárate MI, Espinoza CM, Muñoz M.
Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital El Pino. ¹Interna. ²Alumno.*

Introducción: Las convulsiones febriles son frecuentes en pediatría, se presenta entre los tres meses y cinco años asociados a fiebre, sin evidencia de infección intracraneal, en niños sin patología neurológica ni convulsiones febriles previas. Su mayor frecuencia aparece entre los 18 y 22 meses. Se describe una incidencia de 2 a 5% en Europa y Norteamérica, y 9-10% en Japón. Un 3 a 4% de los niños tendrá a lo menos una convulsión febril. Convulsiones febriles son benignas. Sólo un 2 a 3% hará posteriormente epilepsia. **Objetivos:** Investigar las características epidemiológicas de las convulsiones febriles que se hospitalizaron en la unidad de pediatría del Hospital El Pino durante el año 2008. **Método:** Estudio retrospectivo con análisis de 24 fichas clínicas del Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital y CRS El Pino durante un período el año 2008. Muestra obtenida del total de pacientes hospitalizados. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados con diagnóstico de convulsión febril, sin convulsiones afebriles previas, sin infección del sistema nervioso central y con evaluación neurológica y seguimiento en policlínico de especialidades. Se investigó sobre las características epidemiológicas y los datos fueron ingresados en una planilla y analizados. Los resultados se expresan como promedios. **Resultados:** Se contempló una muestra de 24 pacientes hospitalizados por convulsión febril con edades entre los 8 meses y los 5 años, con una media de 2 años y 3 meses, de los cuales 15 fueron hombres y 9 mujeres. 6 pacientes requirieron tratamiento anticonvulsivante en el episodio convulsivo (25%) para yugular las convulsiones y 21 (87,5%) requirieron tratamiento anticonvulsivante de mantención al alta. 15 (62,5%) pacientes habían presentado convulsión febril previamente y 6 (25%) presentaron convulsión febril posterior durante un período de 6 meses de seguimiento. Los diagnósticos asociados de ingreso fueron: 6 (25%) neumonía, 8 (33,3%) infecciones respiratorias altas, 7 (29,2%) diarrea aguda y 3 (12,5%) no se asoció cuadro infecciosos. Diez pacientes tenían historia familiar de convulsiones febriles (41,6%). **Conclusiones:** El perfil epidemiológico de las convulsiones febriles que se hospitalizaron en pediatría durante el año 2008 es de niños de 2 años y 3 meses con historia familiar de convulsiones febriles y cursando con cuadro de infecciones respiratorias altas, no obstante se nos plantea la inquietud en cuanto a la evolución a largo plazo como también la asociación al rango de fiebre y su asociación a la gravedad.

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL POLICLÍNICO DEL HOSPITAL DE PARRAL

Gasitulli OAJ, Rojas OAE, Morales F.

Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Diego Portales. Servicio de Pediatría, Hospital de Parral.

Introducción: En China y Suiza 60% de las consultas pediátricas son dermatológicas; siendo más frecuente las dermatitis alérgicas, seguidas de nevos y verrugas virales. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de enfermedades dermatológicas en pacientes pediátricos durante 6 meses. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo a partir de fichas clínicas de 150 pacientes atendidos en la consulta del Hospital de Parral durante Enero 2007. Los datos recolectados fueron: edad, sexo, número de consultas y diagnósticos dermatológicos, en los últimos 6 meses. El director del Hospital aprobó la revisión de las fichas. **Resultados:** 60 pacientes pediátricos (40%) consultaron por algún problema dermatológico. La edad media fue de 5,4 años (rango 1 a 14 años), 62% fueron hombres. El número de consultas/paciente fue en promedio 1,2 en 6 meses. Se realizaron 73 diagnósticos dermatológicos, las enfermedades alérgicas fueron un 32,8%, seguido por las de origen bacteriano 23,2% y parasitarias 17,8%. Del grupo femenino 64,4% tuvo enfermedades parasitarias y alérgicas, y del masculino 64,7% tuvo enfermedades alérgicas y bacterianas. Para las alérgicas el promedio de edad fue de 5,7 años, bacterianas 4,2 años, y parasitarias 7,6 años. **Discusión:** Las enfermedades dermatológicas son bastante frecuentes en edades pediátricas, observándose mayor prevalencia en varones, y en edad escolar. Las alérgicas son las más frecuentes, coincidente con las publicaciones consultadas, sin embargo, en nuestro estudio las bacterianas y parasitarias representaron un porcentaje importante. **Conclusiones:** Conocer estos resultados es importante para enfatizar la educación y diagnóstico precoz en la población.

¿EXISTE EL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL Y MALTRATO INFANTIL EN MÉDICOS QUE ATIENDEN NIÑOS?

Guzmán NM, Riquelme E, Concha N, Gaete A, Pérez P.

Rama de Salud Mental, Sochipe.

Introducción: Como comité científico hemos detectado entre los médicos dedicados a la atención infantil una falta de diagnóstico en problemas como el maltrato infantil (MI) y la salud mental. Posiblemente existe un déficit en la formación en estas materias que impide reconocer la aparición de estos problemas. Para objetivar nuestra observación preguntaremos a médicos en Chile, por el diagnóstico, falta de conocimiento y el manejo que realizan. **Material y Métodos:** Se diseñó una encuesta en forma de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas dividida en salud mental y MI. Se aplicó entre Enero de 2008 y Junio 2009 en tres instancias: 1) Indirecta y voluntaria a médicos generales que participaban en capacitación y provenían de regiones en su mayoría; 2) indirecta y voluntaria durante el Congreso de Pediatría 2008; 3) entrevista directa y voluntaria en Santiago en los meses de Abril y Mayo de 2009. Se incluyó a médicos que atendían niños en cualquier nivel. Se obtuvo un n de 90. Los resultados se tabularon en Excel, se agruparon las respuestas para su análisis obteniéndose frecuencia, porcentajes y gráficos. **Resultados:** Un 42% de los encuestados no ha realizado diagnóstico de salud mental en la última semana y un 55,5% hizo entre 1 y 5. Un 66% de ellos deriva y con mayor frecuencia a psiquiatra, psicólogo y neurólogo. Un 81,1% reconoce que le falta conocimiento en este tema. En MI un 52% hizo entre 1 y 5 diagnósticos en el último año y un 27,8% ninguno. La forma de actuar más frecuente fue llamar al asistente social, seguido de denunciar a carabineros y hablar con los padres. Un 53% decía tener conocimientos para enfrentar el tema, y lo mínimo que se debe hacer era denunciar, proteger y después hablar con los padres. **Discusión:** Queda en evidencia que ambos problemas no están siendo diagnosticados con la frecuencia necesaria, siendo dos situaciones de alta prevalencia. El manejo no es homogéneo y depende del parecer individual, con derivaciones y conductas que preocupan. Se reconoce que falta formación en salud mental y en MI, pero no se asume la falta de interés. **Conclusión:** Debemos crear conciencia y realizar acciones específicas, en diferentes niveles, revisar los contenidos que se entregan en pregrado y postgrado, incentivar en las sociedades científicas para que consideren estos temas en la formación continua, motivar a los médicos para que se interesen en realizar diagnóstico y manejo adecuado por el beneficio del paciente.

SÍNDROME DE PSEUDO-BARTTER EN FIBROSIS QUÍSTICA

*Madrid R, Jaramillo Y, Vejar L, Clerc N.
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. SSMSO.*

Introducción: La fibrosis quística (FQ) se manifiesta en algunas ocasiones con episodios de deshidratación, con alcalosis metabólica hipoclorémica, hiponatremia e hipopotasemia conocido como síndrome de pseudo-Bartter. **Objetivo:** Comunicar un caso de esta patología infrecuente, que produce pérdida de peso inexplicada. **Caso clínico:** Paciente de 8 meses, género femenino, con diagnóstico de FQ sospechada por SBO refractario a tratamiento y neumonía recurrente. El diagnóstico se confirmó por Test de sudor Gibson-Cooke (cloro 77 mEq/l) y estudio genético F508/R334W, sin insuficiencia pancreática, con pérdida de peso (1.000 g) en los dos últimos meses a pesar del tratamiento estándar para la FQ. Ingresó por vómitos, decaimiento y signos de deshidratación, con aspecto enflaquecida, afebril, gases arteriales mostraron alcalosis metabólica, hipocloremia, hiponatremia, hipokalemia. Se detectó que no había cumplido la recomendación de ingesta adicional de sal. Después de corregir el trastorno hidroelectrolítico y de la sustitución de sal, la alteración metabólica se corrigió y el incremento de peso fue rápido. **Conclusiones:** En paciente con FQ con tratamiento estándar, un mal incremento o pérdida de peso asociado a anorexia debe hacer sospechar SD. Pseudo-Bartter especialmente en lactantes en el verano e iniciar su pesquisa y tratamiento para evitar complicaciones graves.

EDUCACIÓN CONTINUA EN PEDIATRÍA DIRIGIDA A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Vejar L, Madrid R.
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. SSMSO.*

Introducción: La mayor parte de la atención médica del país, se realiza en los consultorios municipalizados. Gran cantidad de interconsultas que generan largas listas de espera avalan la necesidad que los especialistas del hospital ayuden a mejorar la capacidad resolutoria de APS. **Objetivo:** Comunicar las actividades del año 2007. **Material y Métodos:** Se realizaron 13 módulos sobre nutrición, neonatología, prematuros, neumonía, ira alta, gastroenterología, asma, educación asma, adolescencia, urgencias, neurología y tabaquismo. Los temas se escogieron según lista de espera, opinión de especialistas y servicio de salud. **Resultados:** Se realizaron 43 sesiones semanales de cinco horas. Participaron 43 docentes (7 invitados). Asisten 215 personas APS, 62% femenino. Profesión: médicos, kinesiólogos, nutricionistas, enfermeras y otros. Se certificaron 100% de las actividades. Un 10% se evaluó con notas. Financiamiento por SSMSO. **Comentarios:** El aporte de los especialistas fue notable y meritorio. El proyecto suscitó poco interés de las autoridades municipales políticas y de salud y al año siguiente el proyecto fue discontinuado. **Conclusiones:** Esta es la actividad educativa dirigida hacia APS de mayor envergadura realizada en el SSMSO. Demuestra que los especialistas del sistema de salud conservan su vocación de servicio y que los diferentes sistemas de salud pueden converger a fortalecer la atención en red.

SUCCIÓN DEL TETE: GRAN PROTECTOR CONTRA OBESIDAD Y TABAQUISMO

Marinov MP.

Clinica Antofagasta, Antofagasta.

Etapa oral del desarrollo: el reflejo de succión, es el reflejo más poderoso que posee el recién nacido, puesto que le permite nutrirse, hidratarse y por lo tanto, mantenerse vivo. Ese reflejo además, posee un efecto relajante y desestresante en el lactante, por lo que la guagua empezará a usar a su madre como tete, cuando tiene sueño, dolor, molestias, está aburrido o tiene susto, por lo tanto, ya no usará la succión del pezón sólo para nutrirse o calmar la sed, sino que también lo usará como "tranquilizante". Este reflejo de succión forma parte de la llamada etapa oral o bucal que se describe en el desarrollo sicossexual del lactante y del niño y que se extiende hasta los 4 años de edad, por lo tanto, el niño va a tener la necesidad de succionar hasta los 4 años. En la etapa previa a la dentición, el lactante menor se lleva su mano a la boca y entre los 3 y 4 meses de edad, se descubre su dedo pulgar empezando a succionarlo y la succión del pulgar es altamente deformante puesto que se trata de un hueso, posteriormente a los 6 meses al inicio de la erupción dentaria, el escozor de la encía lo hará llevarse con mayor frecuencia su dedito a la boca, por lo tanto, en esa etapa es aconsejable administrarle un tete, pero un tete blando y que sea lo más parecido al pezón materno. Destete y privación del tete: en el destete, alrededor de los 12 meses de edad, el niño necesita continuar con el reflejo de la etapa oral, al no chupar pecho y al ser privado de la succión del tete, reemplazará la succión del pezón de la madre o la succión del tete, por el tete de la mamadera, entonces empezará a tomar 4 y 6 mamaderas de leche en el día y además empezará a tomar 3 y 4 mamaderas de jugo en el día, además de estar todo el día con algo en la boca, es decir, estará todo el día picoteando y comiendo. La mayoría de los niños obesos llegan a serlo, porque los privaron del tete. Los niños que no chupan tete, empiezan a chuparse los labios, a comerse las uñas, a chuparse el dedo y lo que es peor, empiezan a temprana edad a hacer bruxismo nocturno. Lo más importante es que a todos los niños mencionados, se les indica o se les restituye un tete blando y vuelven a tomar 2 mamaderas, vuelven a comer normal, dejan de ser obesos, no se chupan más el dedo, se les termina la onicofagia y dejan de hacer bruxismo nocturno. Repercusiones futuras de la privación del tete: la mayoría de los niños que fueron privados del tete y no cumplieron con su etapa oral, en la adolescencia iniciarán con mayor facilidad el consumo de tabaco, encontrando en el hábito de fumar la complementación de la etapa oral que ellos no cumplieron y que la retoman al tener el cigarro en contacto con sus labios. Estadísticamente los pacientes que son grandes fumadores y que más les cuesta dejar de fumar, son aquellos que no tomaron pecho o que nunca chuparon tete.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH CON COMPROMISO GENITAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Fierro JJ, Martínez PA, Alcota VJ, Gutiérrez FC¹.

Hospital Hernán Henríquez Aravena. ¹Alumna.

Introducción: El púrpura de Schönlein Henoch es una patología frecuente en la pediatría, y afecta principalmente las extremidades inferiores, pero puede comprometer cualquier órgano. Durante el año 2008 en nuestro Hospital se presentaron 2 casos con compromiso de pene, que es un órgano raras veces afectados que son presentados a continuación **Caso 1:** JCG, 4 años 11 meses. Derivado de Hospital Periférico por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por lesiones maculo-papulares dolorosas de extremidades inferiores, a lo que se agrega edema y dolor de tobillos y rodillas. Ingresa con diagnóstico de púrpura de Schönlein Henoch. Se deja en reposo con manejo sintomático. Evolucionando con mucho dolor abdominal, y al cuarto día inicia edema y eritema del pene. Se consulta con Cirujano Infantil, quien descarta parafimosis, por lo que se sospecha compromiso vascular. Se inicia manejo con Prednisona oral, con muy buena respuesta, dándose de alta al tercer día de tratamiento. **Caso 2:** LEA, 6 años 9 meses. Ingresa por cuadro de 5 días de evolución de IRA: alta, manejada en su casa en forma sintomática. Posterior a ello inicia cuadro de dolor abdominal cólico de intensidad leve, a lo que se agrega lesiones dolorosas de extremidades inferiores y aumento de volumen de ambos pies. Se hospitaliza con diagnóstico de púrpura de Schönlein Henoch, manejándose en forma sintomática. Evolucionando de forma favorable, y al segundo día comienza con edema y eritema escrotal, sin dolor. Al día siguiente se pesquiza edema y eritema peneano, con dolor escaso. Se decide por escaso compromiso manejo sólo con paracetamol, con buena respuesta. El paciente evoluciona de buena forma y se da de alta. **Discusión:** El Púrpura de Schönlein Henoch es una vasculitis leucocitoclástica caracterizada por inflamación y necrosis de arteriolas y vénulas. El compromiso del pene es infrecuente, motivo por el cual presentamos los siguientes casos clínicos. El tratamiento con corticoides es controversial y no existe evidencia de su uso. En estos casos se utilizó en el primer paciente, quien tenía gran compromiso vascular peneano, con muy buena respuesta. En el segundo caso sólo se trató con AINE, también con evolución favorable.

CONOCIMIENTO SOBRE EL SIGNIFICADO Y MANEJO DE FIEBRE EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES AL CONSULTORIO LO HERMIDA, PEÑALOLÉN

Martínez N, Dávila C, Martínez D, Roine I.

Facultad Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Universidad Diego Portales.

Introducción: La fiebre es uno de los síntomas más comunes por el cual los padres buscan atención médica para sus hijos, siendo aproximadamente el 30% de la consulta pediátrica. La preocupación radica principalmente en que los padres creen que la fiebre, lejos de ser un síntoma, es una enfermedad propiamente tal. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta simple, anónima y previamente validada. Muestreo realizado por conveniencia. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la UDP y se aplicó Conocimiento Informado a cada participante. **Resultados:** Se encuestaron 120 personas, de edad promedio $29,5 \pm 8,5$ años (89% mujeres). 82% ha realizado una consulta médica porque un hijo tuvo fiebre. 95,8% posee un conocimiento global insuficiente sobre la fiebre y su manejo. El 34% no conoce la temperatura normal del cuerpo y el 56% no sabe qué es fiebre o considera como fiebre una cifra errónea. 35% no conoce a que temperatura dar un antipirético y el 52% no sabe la duración del efecto del antipirético. **Discusión:** Existe concordancia entre los datos obtenidos y los revisados en la literatura. El bajo nivel educacional o nivel socioeconómico no se relaciona con la falta de conocimiento. Deben desarrollarse políticas educacionales en atención primaria para disminuir la frecuencia de consultas y aumentar la comprensión de un síntoma, muchas veces, benigno. **Conclusiones:** A pesar de los avances tecnológicos y educacionales, existe mucha desinformación por parte de padres respecto a la fiebre, tanto en su significado, como en su manejo, lo que se traduce en un aumento de consultas en atención primaria.

CARACTERIZACIÓN DE LACTANTES DE 6 A 24 MESES EN CONTROL SANO EN EL CESFAM TIERRAS BLANCAS, COQUIMBO

Riveros G^{1,4}, Mertens M³, Zúñiga J^{2,4}

¹CESFAM Tierras Blancas, ²Hospital Clínico San Pablo Coquimbo, ³Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, ⁴Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: El control sano es una actividad de suma importancia para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo del niño y adolescente. Conocer sus características epidemiológicas permitirá enfatizar algunos aspectos preventivos por parte del equipo de salud al desarrollar esta actividad. **Objetivo:** Caracterizar a la población entre 6 meses y 2 años de edad en control sano del centro de salud familiar (CESFAM) Tierras Blancas. **Paciente y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de los tarjetones de control sano de los pacientes entre 6 meses y 2 años de edad del CESFAM Tierras Blancas entre los meses de Junio, Julio y Agosto del 2009, excluyendo aquellos pacientes de pretérmino con edad corregida menor a 6 meses y aquellos en que la información estuviera incompleta, con un $n = 367$. Los datos fueron ingresados y procesados con el Software Epi Info v3.5.1. **Resultado:** De un total de 367 pacientes, 181 (49,3%) fueron de sexo femenino, con una edad media de $13 \pm 5,1$ meses de edad; 328 (89,4%) pacientes fueron RNT AEG y 29 (7,9%) RNPrT, el resto correspondió a RNT GEG (1,6%) y PEG (1,1%). En cuanto al diagnóstico nutricional, 226 (61,6%) de los pacientes eran eutróficos, 97 (26,4%) con sobrepeso y 24 (6,5%) obesos. Sólo 18 (4,9%) y 2(0,5%) correspondieron a riesgo de desnutrición y desnutrición respectivamente. 171 (46,6%) pacientes recibieron lactancia materna exclusiva (LME) por un período mayor o igual a 6 meses, 192 (52,3%) menos de 6 meses y 4 (1,1%) no recibieron leche materna. Se revisó el Desarrollo psicomotor (DSM), evaluado a través de la escala de evaluación de DSM, resultando 342 (93,2%) con DSM normal y 25 (6,8%) con retardo del desarrollo psicomotor. **Conclusiones:** Dentro del grupo estudiado destaca el alto porcentaje de pacientes con sobrepeso y obesidad, que puede relacionarse con el alto porcentaje de niños que no logran una LME por al menos 6 meses, haciéndose necesaria la intervención sobre estos durante la actividad de control sano, para promover estilos de vida saludable a través de la educación de sus padres e insistir en la importancia de la lactancia materna exclusiva.

CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN ESCOLAR DE 5° Y 8° BÁSICO DEL SECTOR LAGUNILLAS, CORONEL. EN RELACIÓN A CIFRAS NACIONALES

Barría R¹, Quiroz C², Vejar M².

¹Reumatólogo-Immunólogo, ²Beccado de Pediatría, Hospital Las Higueras, Servicio de Pediatría, Universidad de Concepción.

Introducción: Chile es uno de los líderes en Latinoamérica el consumo de drogas. En el caso del tabaco, Chile es primero a nivel latinoamericano en su consumo. Con una prevalencia nacional de 35,4% en la población de 8° básico a 4° medio, según el VII estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, CONACE 2007, publicado en Junio del 2008, los principales resultados del estudio. En los adultos el riesgo cardiovascular esta dado por múltiples factores, dentro de los cuales el consumo de tabaco es uno de los factores modificables de los pacientes en cuestión. Se ha demostrado por diferentes estudios, que el consumo de tabaco se inicia precozmente. Corresponde a la atención primaria de salud, un rol de importancia. Principalmente en la atención de niños y adolescente. **Objetivo:** Conocer la incidencia de consumo de tabaco en escolares de 5° básico y 8° básico de sector Lagunillas, de la ciudad de Coronel. En relación con cifras nacionales aportadas por estudio CONACE. Y análisis del inicio de estudios e intervenciones nacionales sobre tabaco. Además este estudio será replicado en Septiembre del 2009 para un análisis comparativo. **Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Todos los cursos de 5° básico y 8° básico de 1 establecimiento subvencionado y 2 establecimientos municipales, sector Lagunillas, Coronel. n1 = 82 (5° bás.) y n2 = 51 (8° bás.), alumnos de ambos sexo en proporciones similares, en 4 cursos de 5° básico y en 3 cursos de 8° básico. Los alumnos de las muestras representan a un total de 560 escolares del sector de Lagunillas, Municipalidad de Coronel, dato aportado por la Dirección de Educación Municipal de I. Municipalidad de Coronel Tipo de cuestionario en formato auto-administrado en salas de clases, de encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes (EMTA-JOVEN) Chile 2003, validada internacionalmente. Realizada en Septiembre 2008 en los establecimientos educacionales. Muestreo no aleatorio. **Resultados:** La incidencia del consumo de tabaco en el último mes en 5° básico es de 0% y de 8° básico es de 17,65%. La proporción de haber probado cigarrillo alguna vez en 5° básico es de 1,23% y en 8° básico es de 41,17%. La edad que con mayor proporción se fumo por primera vez un cigarrillo en 5° básico es a los 7 años y en 8° básico es de entre 10 a 11 años. En relación al lugar donde fuman habitualmente los colegiales de 8° básico es en lugares públicos (parques, calle, centros comerciales, etc.). En 8° básico un 50,98% tiene acceso a comprar cigarrillos sueltos donde el vive y un 11,76% dice que su edad no es impedimento para comprar cigarrillos. La proporción de padres que fuman (mamá y/o papá) en 5° básico es 59,75% y en 8° básico es de 41,16%. Promedio de edad en 5° básico fue de 10,90 años y en 8° básico fue 13,23 años. **Discusión y Conclusiones:** La incidencia del consumo de tabaco en 8° básico de nuestro estudio fue menor (17,65%) a la incidencia Nacional del CONACE (35,4%), prácticamente la mitad del valor nacional. El estudio CONACE consideró, los colegiales de 8° básico a 4° medio, teniendo en cuenta que el consumo de tabaco en cursos superiores de enseñanza media es mayor (cercano al adulto), se puede explicar dicha diferencia. Se aprecia un aumento significativo de la incidencia entre colegiales de 5° básico (0%) en comparación con los de 8° básico (17,65%). El inicio del hábito tabaquito se inicia aproximadamente alrededor de los 10 a 11 años. Aproximadamente la mitad de los colegiales han probado cigarrillos antes de 8° básico y en igual proporción acusan de tener padres (madre y/o padre) consumidores de tabaco. Finalmente, se puede concluir con el presente trabajo, que las intervenciones y estudios sobre el hábito tabaquito deben comenzar y/o incluir a los colegiales de 5° básico a 8° básico, ya que es importante el incremento de la incidencia en 17,65% en dicho intervalo etáreo, lo que equivale a la mitad del valor nacional. No es menor el aporte que pueden realizar los médicos de Atención Primaria de Salud para disminuir el consumo de tabaco en los niños y adolescentes, con disminución de los riesgos cardiovasculares en la edad adulta.

DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA CON ALCALOSIS METABÓLICA: FORMA POCO USUAL DE PRESENTACIÓN DE FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)

Rebollo MJ, Boza ML, Chávez E.

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Pediatría. Departamento de Pediatría, Campus Centro, Universidad de Chile.

La deshidratación hiponatrémica con alcalosis metabólica hipoclorémica constituye una manifestación poco frecuente en FQ, que se presenta generalmente dentro del primer año de vida. Se reporta caso clínico con esta presentación. Paciente varón, padres no consanguíneos, sin patología previa. Embarazo controlado con parto en domicilio peso RN 3.880 x 53 cm, edad gestacional 42 sem. Lactancia materna exclusiva. Controles irregulares en consultorio destaca mal incremento ponderal. Consulta el 24-5-2007(5 meses) por cuadro de 4 días con tos, vómitos, rechazo de la alimentación y compromiso del estado general. Ingresó con peso 4.880 g y talla 61 cm (P/E 64% T/E 92% P/T 77%). Laboratorio: pH: 7,58 pCO₂: 42,5 Bic: 39,4 Na: 118 mEq/l K 2,7 mEq/l CL 70 mEq/l. Leucocitos 18.300 Hb. 12,5 Hto 36,5% VHS 12 PCR 7. Nitrogeno ureico 6 mg/dl. Albúmina: 3,6 g/dl. Rx tórax compromiso intersticio alveolar bilateral. Dg: desnutrición severa, neumonía, deshidratación hiponatrémica con alcalosis metabólica. Laboratorio: electrolitos en orina normales que descarta síndrome de Bartter. Electrolitos en sudor: Na Cl: 110 milimoles/l (macroduct) (28-5-07), y Cl: 100 mEq/l (Gibson y Cooke). Evoluciona con cuadro obstructivo bronquial persistente y neumonía a repetición con infección por VRS (6-6-07), ADV (13-6-07) e Influenza (27-7-07). Cultivo de secreción bronquial: *Stafilococo aureus* (SA) sensible (30-5-07), SA multiresistente (14-6-07), *Pseudomona auriginosa* (29-7-07). Estudio genético: R553X/G542X. Perfil hepático normal. Elastasa: 348 ug/g. Alta a los 7 meses eutrófico. Estado actual 2 años 7 meses T/E 105% P/T: 100%. Alimentación 120% de la recomendación. Sin suplementos. Colonizado con *S. aureus*. **Discusión:** Existen pocas causas de alcalosis metabólica con hiponatremia, siendo una de ellas FQ con incidencia reportada entre 5-16,8%. Asociación con genotipos determinados requiere más estudios. El diagnóstico diferencial debe considerar síndrome pilórico, Síndrome de Bartter y diarrea perdedora de cloro. Factores desencadenantes en estos pacientes: edad (< 1 año), clima caluroso, alimentación baja en sodio (lactancia exclusiva) y cuadros intercurrentes. Dentro de los síntomas el vómito y el compromiso nutricional se repiten en la mayoría de las series. **Conclusión:** Es importante tener presente el diagnóstico de FQ en un niño con hiponatremia y alcalosis metabólica aunque no se acompañe de síntomas clásicos de la enfermedad.

BÚSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO PARA RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTES DE 18 MESES DEL CESFAM TIERRAS BLANCAS, COQUIMBO

Riveros G¹⁻⁴, Mertens M³, Zúñiga J²⁻⁴, Alvarado M⁴

¹CESFAM Tierras Blancas, ²Hospital Clínico San Pablo Coquimbo, ³Interno de Medicina, Universidad Católica Del Norte, ⁴Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: En Chile, se realizan evaluaciones estandarizadas de desarrollo sicomotor (DSM) en los controles sanos. Estudios nacionales han identificado diversos factores de riesgo (FR) de retraso de DSM (RDSM). **Objetivo:** Identificar FR de RDSM en los pacientes de 18 meses en control sano en el Centro de salud familiar (CESFAM) Tierras Blancas. **Pacientes y Método:** Estudio retrospectivo de los tarjetones de control sano del CESFAM Tierras Blancas de Coquimbo de los pacientes de 18 meses evaluados por enfermera con la escala de evaluación de DSM (EEDP), en control durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2009, excluyendo aquellos con información incompleta, con un n = 50, con el fin de comparar las características de los pacientes con RDSM y aquellos pacientes con un DSM normal. Se tabularon y analizaron los datos con el software Epi-Info v3.5.1. **Resultado:** De un total de 50 pacientes, 8 (16%) resultaron con RDSM y 42 (84%) normales según el EEDP. La evaluación de factores de riesgo de RDSM como sexo masculino (p 0,29), prematurez (p 0,59), escolaridad incompleta del padre (p 0,55) y de la madre (p 0,55), bajo perímetro craneano (p 0,82), malnutrición por exceso (p 0,26) y lactancia materna insuficiente (p 0,21) no mostró alguna asociación estadísticamente significativa. No se encontraron pacientes con microcefalia, malnutrición por déficit ni hijos de madre o padre adolescente en el grupo estudiado. **Conclusiones:** En la población estudiada el RDSM tiene una frecuencia similar a la población nacional. No se identificaron factores de riesgo de RDSM a los 18 meses en el presente estudio. Se hace necesario nuevos estudios buscando otros factores de riesgo y aumentando el número de pacientes a evaluar.

RAQUITISMO: CASO CLÍNICO PESQUISADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rojas E¹, Zambra M¹, Hú C¹, Larraguibel S¹, Sanhueza P², Bernal P¹.

¹Consultorio Pedro Aguirre Cerda, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría, Universidad Católica del Norte. ²Servicio de Radiología, Hospital San Juan de Dios de La Serena.

Introducción: El raquitismo es una patología actualmente poco frecuente al desaparecer el raquitismo nutricional, por lo cual cobran mayor preponderancia los de causas hereditarias y los secundarios a otras patologías. Es producido por la mineralización insuficiente de la matriz orgánica del esqueleto u osteoide cuando afecta la placa de crecimiento epifisaria, y cuando afecta las trabéculas se denomina osteomalacia, este defecto es causado por el depósito insuficiente de calcio, fósforo, o ambos, en la matriz ósea. **Caso clínico:** Lactante de 1 año 3 meses, sexo femenino, hija de madre primigesta, parto vaginal inducido, recién nacido de término 38 semanas, peso al nacer 3.300 g, talla 49 cm, APGAR 9-10. Lactancia materna hasta los 6 meses y vitamina ACD hasta los 3 meses de edad. Antecedentes familiares por línea paterna de osteomalacia. Como antecedentes mórbidos destaca un episodio de síndrome bronquial obstructivo, faringoamigdalitis aguda y 2 episodios de otitis media aguda. Controles de niño sano anteriores al año de edad presenta buen incremento ponderal, desarrollando posteriormente compromiso de talla (riesgo de talla baja, T/E:-1). Desarrollo psicomotor: camina sin apoyo al año dos meses de edad pero con dificultad en la marcha, resto normal. En el examen físico destaca genu varo, leve ensanchamiento metafisario de ambas muñecas y se palpa parcialmente rosario costal. Se decide comenzar estudio por sospecha de raquitismo y antecedentes familiares de osteomalacia, solicitando exámenes de laboratorio: calcio 9,4 mg/dl; fosforo 3,3 mg/dl; fosfatasas alcalinas (FA) 1004 U/l; LDH 274 U/l. El estudio radiológico reveló desflecamiento metafisario, irregularidad y ensanchamiento de las fisis, deformidad en "copa" de los extremos costales anteriores y ligero arqueamiento de las extremidades inferiores. Se deriva a Hospital de La Serena para completar estudio, pendiente evaluación endocrinológica y genética. **Comentario:** El raquitismo, a pesar de su baja frecuencia gracias a las medidas preventivas habituales, requiere alta sospecha clínica y diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno, destacándose la importancia de la atención primaria en la pesquisa precoz de ésta y muchas otras patologías en pediatría. En nuestro caso clínico los antecedentes familiares de Osteomalacia asociados al cuadro clínico y laboratorio, obligan a sospechar y estudiar una causa hereditaria además de completar el estudio para realizar el diagnóstico etiológico y tratamiento.

SCREENING DE DESARROLLO PSICOMOTOR EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA: EVALUACIÓN DE UNA PRUEBA DE AUTO-REPORTE DE LOS PADRES*

Schönhaut BL, Salinas AP, Armijo RI, Schonstadt GM, Álvarez LJ, Manríquez OM.

*Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. *Este proyecto fue financiado por el concurso SOCHIPE en asociación con el proyecto FONIS SA7i20043.*

Introducción: La evaluación del desarrollo psicomotor (DSM) es esencial en la supervisión de salud. Los autores buscan una forma de facilitar esta evaluación en forma rápida y económica, sin prolongar el tiempo destinado a la consulta pediátrica. El Ages and Stages Questionnaires (ASQ) es un cuestionario de auto-reporte de los padres, validado ampliamente para este fin. **Objetivo:** Evaluar las propiedades psicométricas del ASQ. Para eso se compara con el test de Bayley, el cual es universalmente aceptado, mide parámetros similares, y es administrado por un experto. **Pacientes y Métodos:** Estudio transversal analítico. En forma secuencial se enrolaron niños de 8, 18 y 30 meses, de nivel socio económico medio alto, que acudieron a control sano en una Clínica privada de Santiago de Chile. Se excluyeron los nacidos de pretérmino o con enfermedad neurológica, genética o metabólica conocida. Se obtuvo una muestra cercana a 40 niños por grupo etáreo. Tras responder el ASQ, los niños fueron evaluados con el Test de Bayley, por un experto, ciego a los resultados ASQ. La latencia entre ambas evaluaciones no superó las dos semanas. **Resultados:** Participaron 119 niños. La frecuencia global de déficit de DSM fue de 19,3% de acuerdo al ASQ y 14,3% según el Bayley (no significativo). El rendimiento promedio del Bayley fue inferior en el grupo de niños con déficit según el ASQ comparado con el grupo con ASQ normal ($p < 0,000$). Se demostró correlación entre ambos test ($r 0,52$). La sensibilidad fue 58,8%, especificidad 87,2%. **Conclusiones:** Se demostró una adecuada correlación entre el ASQ y el Bayley. El ASQ resultó altamente específico, por lo que podría ser usado como método de screening del DSM en la consulta pediátrica. Estos resultados deberían ser reevaluados luego de completar la validación nacional, para establecer los puntos de corte y real potencia del test.

VENTAJAS DE UTILIZAR UN PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE ALTE: RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN

Valdebenito SC¹, Capo BE^{1,2}, Cavagnaro SP^{1,2}, Menchaca CG^{1,2}, Sandoval SG.

¹Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Pediatría Hospital Dr. Sótero del Río, Unidad de Lactantes.

Introducción: Los eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE) generan grandes conflictos. Su incidencia es variable y las etiologías son múltiples; un alto porcentaje serían idiopáticos y otros secundarios a reflujo gastroesofágico (RGE), infección respiratoria, convulsión y enfermedades metabólicas. Aún no existe consenso sobre cómo estudiar o manejar a estos pacientes ni sobre el uso de monitores cardiorespiratorios en domicilio. Previamente describimos las características de estos pacientes en nuestro hospital; ahora presentamos los resultados después de estandarizar el estudio y manejo de ellos. **Objetivo:** Describir la situación en relación al diagnóstico, estudio, manejo y complicaciones de ALTE luego de intervenir mediante un protocolo, y comparar algunos outcomes con población del año anterior. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo entre Mayo 2008 y Mayo 2009, en que se incluyeron pacientes ingresados con diagnóstico de ALTE y aquellos que, por historia, cumplían criterios pese a ingresar con otro diagnóstico. Se excluyeron: SBO diagnosticado la semana previa, historia clásica de coqueluche y malformación mayor de vía aérea. Se estudiaron según protocolo definido previamente. **Resultados:** Se analizaron datos de 29 pacientes. La edad promedio (50 días), pretérminos (32,3%) y edad materna (25 años) fueron comparables con el grupo anterior. 70,9% ingresaron con diagnóstico de ALTE (vs 42,3% del año anterior), con similares manifestaciones clínicas. El promedio de hospitalización fue 10 días (anterior 9,6 días) con estudio más acotado según sospecha clínica. 38,7% presentaron IIIH. Las etiologías asociadas fueron también similares, predominando idiopáticos (31%), RGE (27,6%) y neurológicas (24,2%) con 1 fallecimiento. Se realizó educación en reanimación al 100% de padres o cuidadores (anterior 73%) y 35,5% fueron dados de alta con monitor domiciliario. **Discusión y Conclusiones:** Las patologías asociadas encontradas en este estudio son similares a lo descrito previamente y en la literatura, destacando el porcentaje de patología neurológica (convulsiones y apneas centrales). La educación generó mayor sensación de seguridad que el uso de monitor. Lo fundamental es que implementar un protocolo estandarizado de estudio y manejo de ALTE permitió optimizar el tiempo y los recursos, acotando el estudio y uniformando criterios pese a que aún no se logró disminuir el tiempo de hospitalización, que sigue siendo un problema para pacientes, familiares y tratantes.

CONOCIMIENTOS CULTURALES Y DE TRIVIA EN DOS GRUPOS UNIVERSITARIOS DE CHILE

Vargas CNA¹, Pinochet TD², Juárez EP³.

¹Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Instituto de Ingeniería Agraria y Suelos. Universidad Austral de Chile. ³Médico. Alumna del Programa de Especialistas en Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: Las tareas del estudiante universitario reducen su adquisición de cultura, pese a su buena educación formal. Propósito: Comparar conocimientos de cultura general, nacional y trivialidad de universitarios de dos carreras y zonas: agronomía (Valdivia, Universidad Austral) y Medicina (Santiago, Universidad de Chile). **Material y Métodos:** Encuesta anónima, voluntaria de 58 preguntas (5 alternativas): 44 de cultura (17, nacional) y 14 de trivialidad el año 2008, a 149 estudiantes de I, 86 de V y 16, médicos, en medicina, y a 61 de I y 77 de V o más, de agronomía. Sólo hubo rechazos en los médicos. **Resultados:** Las mujeres decrecieron en Agronomía y aumentaron en Medicina, al avanzar la carrera. La omisión de respuestas fue alta en todos los grupos, mayor en los primeros años. La omisión sobre 70%: En I de agronomía afectó a 6 preguntas de cultura (4, nacional) y en V año a 11 de cultura (5, nacional). En I de Medicina afectó a 6 (5, cultura nacional) y en V, a 3 de cultura (2, nacional). Respuestas correctas. El mejor promedio estuvo en V de Medicina; el más bajo en I de Agronomía y fue mayor en los V años que en sus I respectivos. Medicina tuvo mejor promedio que Agronomía en I y V. Acierto sobre 60% ocurrió más en trivía nacional: En I de Agronomía alcanzó a 8 de cultura y 8 de trivía y en V, a 8 de cultura y 10 de trivía. En I de Medicina benefició a 12 de cultura (1, nacional) y 10, de trivía; en V, a 17 de cultura y 13 de trivía (7, nacional). Preguntas bajo 10% de acierto: En I de Agronomía fueron 6 de cultura (3, nacional) y en V, 8 de cultura (4, nacional). En I de Medicina fueron 5 de cultura (2, nacional) y en V, sólo una (nacional). Cultura *versus* trivía. En I de Agronomía hubo 30 de cultura con omisión sobre 30% (68,2% ó 30/44); en trivialidad sólo 3 (21,4% ó 3/14); en V fueron 34 de cultura (77,3% ó 34/44) sin triviales afectadas. En I de Medicina esa omisión afectó a 25 culturales (56,8% ó 25/44) y sólo a 3 (21,4% ó 3/14) triviales; en V a 22 culturales (50% de ellas); sin triviales. Las triviales se respondieron mejor que las culturales. **Discusión:** Hay gran frecuencia de omisión y respuesta incorrecta, en especial en cultura y más aún en cultura nacional. Lo trivial es menos afectado. Las diferencias a favor de Medicina podrían atribuirse, tal vez, al puntaje de ingreso a la carrera, al ingreso económico o a mayor acceso a estímulos culturales al vivir en Santiago. **Conclusiones:** Existe falencia en los conocimientos culturales de los grupos estudiados, en especial en el área de la cultura nacional.

MICROLITIASIS TESTICULAR, UN CASO CLÍNICO

Venegas NP¹, Bustos A².

Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. ¹Pediatra, ²Radiólogo.

Introducción: La microlitiasis testicular (MT) es una entidad poco común, caracterizada por la presencia de calcificaciones en los túbulos seminíferos. Ha sido reportada en todas las edades y su historia natural no ha sido bien definida en la población pediátrica. La etiopatogenia no está clara y parece resultar de la degeneración celular dentro de los túbulos. Sin embargo, el agente gatillante de este proceso es desconocido. **Caso clínico:** Paciente masculino de 8 años de edad, que consulta por algia testicular izquierda, con exámen físico normal. Se realiza ecotomografía testicular bilateral, encontrándose múltiples imágenes hipocogénicas bilaterales concluyéndose microlitiasis testicular bilateral. Un año después se repite ecografía, mostrando iguales hallazgos. **Conclusión:** Con mayor frecuencia, la MT es descubierta como un hallazgo incidental en ultrasonografía (US) efectuada por otros motivos y su verdadera prevalencia de MT en la población general, es todavía desconocida. Prevalencia que varía entre 0,6% y 18,1%. Histológicamente se caracteriza por la presencia de calcificaciones en los túbulos seminíferos. La MT ha sido asociada a patologías testiculares benignas y malignas, anomalías genéticas e infertilidad, sin embargo, no ha sido posible determinar si estas asociaciones son incidentales o causales. Los tumores testiculares descritos en asociación a MT han sido: seminoma, tumor de células germinales, carcinoma embrionario. Algunos autores plantean que la MT es más bien una manifestación de una disfunción testicular por alguna patología no definida que predispone tanto a procesos benignos como malignos. Su seguimiento se realiza con ecotomografía anual y algunos plantean estudio de marcadores tumorales seriados.

RESULTADO TERAPÉUTICO DE UN PREPARADO HOMEOPÁTICO EN LA IRA DEL LACTANTE MENOR DE 3 MESES ALIMENTADO AL PECHO

Villalón H, Vaisman S, Escobar JJ.

Departamento Pediatría. Clínica Las Condes.

Introducción: La IRA en el lactante menor de 3 meses, es una situación particularmente severa, por las condiciones inmunológicas de este grupo de niños. La etiología, predominantemente viral, determina un enfoque terapéutico basado en tratamiento sintomático, controles seriados y hospitalización precoz. Nuestro objetivo es probar la eficacia terapéutica y seguridad de un preparado homeopático, en un grupo de lactantes menores de 3 meses, alimentados al pecho. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo controlado con selección aleatoria, en 129 lactantes menores de 3 meses, que consultaron por IRA, en el período Abril 2007-Julio 2009. 68 de ellos, fueron asignados para recibir el preparado "Gripp Heel" (laboratorio Heel, Alemania) y 61 recibieron tratamiento convencional con soluciones salinas para aseo nasal. En el grupo estudio, se indicó a la madre una dosis de carga por vía sublingual, que se inició dentro de las 48 horas de comenzado el cuadro, y una dosis de mantención, que se prolongó por 10 días. En ambos grupos se indicó acetaminofeno en caso de fiebre y se realizó seguimiento telefónico, en búsqueda de complicaciones y evolución de síntomas. Se consideró el alta, una vez desaparecidos los síntomas que motivaron la consulta. Se registraron las complicaciones y hospitalizaciones. Se realizó análisis de varianza para promedios y error standard (SE) para proporciones, considerando niveles de significación valores inferiores al 5%. **Resultados:** Los grupos resultaron comparables en peso, edad y sexo (5.336 ± 932 vs 5.542 ± 816 g; $53,1 \pm 20,1$ vs $55,2 \pm 18,6$ días; 47,05% masculino vs 54,1%). La duración del cuadro fue de $5,2 \pm 1,15$ días en el grupo estudio y $6,58 \pm 0,98$ en el control ($p < 0,01$). Complicaciones se observaron en 10,3% en los tratados (7/68) y 26,2% (16/61) en el control ($p < 0,05$). La complicación más observada fue el SBO (5,9%, 4/68 vs 16,4%, 10/61, $p < 0,05$). Dieciséis niños del grupo estudio (23,5%) y 14 del control (22,9%) fueron hospitalizados por VRS, con una mediana de estadía de 2.7 días (2 – 7) y sólo 1 de ellos en UTI (6,3%). En el control, 4,5 días (3-8) y 4 de ellos en UTI (28,6%, $p < 0,01$). **Conclusión:** El preparado Gripp Heel, pareciera tener un efecto protector sobre la IRA en el lactante menor de 3 meses con LME y administrado a través de la madre. Más estudios se requieren, para conocer su verdadero alcance terapéutico.

EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL SCORE DE RIESGO DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN EL CESFAM GARÍN Y LO FRANCO EN MENORES DE UN AÑO

Zulic Ach¹, Vergara RK¹, Yáñez WP¹, Hernández T-BMS.

CESFAM Garín y Lo Franco. ¹Internos.

La mortalidad infantil ha descendido en Chile a contar de los 60'. Resaltó que la por neumonía tendía al descenso en casi todos los países, excepto en Chile, siendo las IRA la primera causa de mortalidad infantil tardía, condiciones que impulsaron al Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) del Ministerio de Salud. Para clasificar la población infantil utiliza el puntaje de riesgo de morir por neumonía. El resultado de éste propone acciones a seguir dentro del plan de prevención. **Objetivo:** Evaluar el estado actual del score de riesgo de mortalidad por neumonía en el CESFAM Garín y Lo Franco en menores de un año. **Materiales y Método:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva descriptiva en CESFAM Garín y en Lo Franco, abarcando desde Enero del 2008 hasta Mayo del 2009 y desde Octubre del año 2008 hasta Mayo del 2009 respectivamente. Con un total de 153 pacientes. Se utilizó la base de datos del programa Rayen, revisándose cada ficha clínica de los pacientes clasificados como riesgo grave, moderado y leve. Luego se tabularon los datos utilizando Excel para ir estudiando el comportamiento de cada uno de los factores de riesgo. **Resultados:** La distribución de cada categoría fue muy parecida en ambos centros, el 59% de los pacientes con riesgo grave se encontraban en CESFAM Lo Franco y un 45% de los pacientes con riesgo moderado en CESFAM Garín. Mientras que el 57% de los pacientes sin riesgo se encontraban en CESFAM Lo Franco. En ambos centros los pacientes sin riesgo son casi el doble de los con riesgo grave, pero llama la atención que los pacientes con riesgo moderado son un porcentaje significativamente mayor que los con riesgo leve. Resalta que tanto el tabaquismo materno como la lactancia insuficiente concentran casi el 50% de los factores de riesgo. A su vez, tanto las malformaciones congénitas como la desnutrición son los factores con menos presencia dentro del total. El resto se distribuye en forma casi homogénea. **Conclusiones:** La mortalidad por neumonía está claramente favorecida por la presencia de los factores estudiados, teniendo las malformaciones congénitas un rol decidor en los casos de riesgo grave, luego el tabaquismo materno en los moderados y en los leves priman tanto el antecedente de madre adolescente como el de Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente. Es necesario poder unificar los criterios en relación a la definición de cada uno de los factores. Por la importancia en especial para el lactante menor con riesgo grave.

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO ALTO

*Schönstedt GM, Schonhaut BL, Álvarez LJ, Salinas AP, Armijo RI.
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.*

Objetivo: Describir la evolución de los puntajes de desarrollo psicomotor (DSM) en niños sanos de nivel socio económico medio alto y compararlo con la norma de la Escala de Bayley de Desarrollo Infantil (BSID), estandarizada internacionalmente. **Pacientes y Métodos:** Estudio transversal descriptivo. En forma secuencial se enrolaron 119 niños 8, 18 y 30 meses, que acudieron a control sano en una Clínica privada de Santiago de Chile, para la aplicación de BSID III. Se excluyeron los nacidos de pre-término o con enfermedad neurológica, genética o metabólica conocida. **Resultados:** Los puntajes obtenidos en BSID siguieron una distribución normal ($100,3 \pm 10$). La prevalencia de déficit en el DSM fue 30% a los 8 meses, 7,7% a los 18 y 2,7% a los 30 meses, no hubo diferencia por sexo. A los 8 meses predominó el déficit motor grueso y posteriormente el lenguaje. Las tres subescalas mostraron una tendencia al alza, las áreas cognitiva y motriz siguieron una progresión significativa. La motricidad gruesa, que estaba en rango de retraso a los 8 meses alcanzó la media a los 18. **Conclusiones:** Destaca la alta frecuencia de déficit motor en la población evaluada, especialmente a la edad de 8 meses, con normalización posterior. Todas las subescalas mostraron una tendencia al alza, siendo la progresión significativa en las áreas cognitiva y motora, especialmente motora gruesa. Se discute el efecto de la estimulación y los patrones de crianza en el desempeño de los niños, siendo necesario planificar estudios prospectivos para conocer su relación de causalidad. El proyecto fue aprobado al comité de Ética de la Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Este estudio fue financiado por el proyecto SOCHIPE 2008013 en asociación con el proyecto FONIS SA7i20043.

VRS CON COMPLICACIONES NO HABITUALES. HIPONATREMIA Y QUILOTÓRAX

*Astudillo C, Cordero J, Varela P, Dalmazzo R.
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Clínica Las Condes.*

Lactante de un mes, previamente sano, ingresa por cuadro de tos y coriza de 48 horas, sin fiebre. Alimentándose al pecho materno, sin apremio respiratorio, satura 97% ambiental, pero con crepitaciones en ambas bases de campos pulmonares, motivo por el cual se decide hospitalizar en intermedio. La radiografía de tórax muestra imágenes intersticioalveolares bilaterales, confluentes hacia lóbulo medio. Test pack para virus negativos. Dentro de las primeras 36 horas de enfermedad, evoluciona con compromiso respiratorio progresivo, de no requerir oxígeno suplementario pasa a necesitar 1,5 litros por naricera. Llega inmunofluorescencia positiva para virus respiratorio sincicial y radiografía de tórax: condensación de lóbulo medio y superior derechos con clara disminución de volumen, más hiperinsuflación izquierda. Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos y a su ingreso se describe quejumbroso, deshidratado, mal perfundido, con retracción de partes blandas importante, se presencian movimientos tónico clónicos de extremidad superior derecha y luego inferior de ese mismo lado, mirada fija y cianosis peribucal. Se administra bolo de suero fisiológico, con lo que cede convulsión. Se intuba y conecta a ventilación mecánica con presiones bajas, Fio2 0.35. Exámenes de sangre revelan hiponatremia, esta alteración probablemente causó crisis convulsiva. Requiere apoyo de drogas vasoactivas, volumen, transfusión de glóbulos rojos y albúmina. Ecocardiografía sin claudicación del miocardio, sin hipertensión pulmonar. Natremia normal. Compromiso pulmonar se extiende, condensaciones bilaterales con derrames pleurales mínimos. El paciente sigue grave, obstruido y difícil de ventilar. Se aumentan presiones y se cambia a ventilación de alta frecuencia. Súbitamente presenta Neumotórax derecho instalándose un tubo de drenaje. Se logra reexpansión, pero el tubo se moviliza constantemente y neumotórax vuelve a formarse, favoreciendo así, atelectasia del campo pulmonar superior derecho. Se realiza fibrobroncoscopia que expande atelectasia al retirar tapón mucoso de bronquio fuente. Pasa a ventilación convencional y luego de una semana de drenaje pleural se observa líquido lechoso. Citoquímico es compatible con quilotórax: exudado linfocitario con triglicéridos elevados. Recibe nutrición parenteral, aporte de fórmula de baja osmolaridad y con ácidos grasos de cadena mediana, más octeotide. El paciente logra salir de UCI, después de 30 días de ventilación convencional, 8 días de ventilación de alta frecuencia, 7 días de ventilación no invasiva. Evaluación neurológica normal, continua con apoyo de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional.

INFARTO AL MIOCARDIO DURANTE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO GRAVE: REPORTE DE CASO

*Bertrán K, Arriagada D, Donoso A, Cruces P, Díaz F.
Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado.*

Introducción: La disfunción cardiovascular en el síndrome Hemolítico Urémico (SHU) puede estar relacionada a sobrecarga de volumen, hipertensión arterial o alteraciones electrolíticas. Sin embargo, el compromiso miocárdico primario debe de ser reconocido como una comorbilidad de significancia. **Objetivo:** Comunicar un caso clínico de IAM en paciente cursando con Síndrome Hemolítico Urémico. **Caso clínico:** Reportamos el caso de un paciente de 21 meses, sano, sexo masculino, quién ingresó con diagnóstico SHU D (+). Al momento de ser admitido en área de urgencia se objetivó leucocitosis de 34.800/mm³. A las 36 horas del ingreso se inició peritoneodiálisis por falla renal oligúrica, logrando mejoría progresiva de valores de depuración renal. Coprocultivo resultó positivo para *Escherichia coli* O157:H7. Al cuarto día de evolución presentó taquicardia sinusal persistente, hipotensión arterial y dificultad respiratoria. Radiografía de tórax reveló edema pulmonar cardiogénico, requiriendo ventilación mecánica. ECG mostró supradesnivel ST en región anteroseptal, ecocardiograma con signos de disfunción diastólica de ventrículo izquierdo y presentó elevación significativa de troponinas I -T. IFI Adenovirus (-). Requirió apoyo inotrópico con milrinona por 7 días. Diálisis peritoneal se continuó hasta el día 11, con recuperación progresiva de la función renal y adecuado débito urinario. Se logró extubar a los 12 días. Se evidenció descenso niveles de troponina luego de doce días. Seguimiento ecocardiográfico demostró mejoría progresiva de la función ventricular, lográndose destete progresivo de milrinona. Alta a los 19 días de hospitalización, asintomático y con tratamiento con digital y captopril. Control ambulatorio normal, suspendiéndose terapia. **Comentario:** El compromiso cardíaco primario en el SHU incluye microangiopatía trombótica coronaria, jugando probablemente un rol la mayor producción de trombina y alteración de fibrinólisis. La monitorización con niveles de troponinas, es un elemento útil, aún en presencia de falla renal. En pacientes con compromiso multivisceral debe indicarse la evaluación rutinaria de la función miocárdica. El médico tratante debe de estar atento al potencial compromiso cardíaco durante la evolución de la enfermedad, ya que este puede ser en ocasiones causa de muerte súbita.

DETERMINACIÓN DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

Bertrán K, Díaz F, Erranz B, Carvajal C, Salomón T, Torres MF, Donoso A, Ezquer F, Cruces P. Instituto de Ciencias, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Área de Cuidados Críticos. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El SDRA es un edema pulmonar agudo no cardiogénico. La posibilidad de disponer un método para cuantificar la permeabilidad vascular sistémica y pulmonar en clínica sería de gran ayuda en el seguimiento evolutivo de esta entidad. **Objetivo:** Correlacionar métodos para medir permeabilidad vascular sistémica (microalbuminuria, MA) y pulmonar: agua extravascular pulmonar por gravimetría (ELWIGR, gold Standard), termodilución transpulmonar (ELWITDTP) y proteínas en lavado broncoalveolar (ProtLBA), determinando su temporalidad. **Método:** 42 cerdos ($4,8 \pm 0,35$ kg) anestesiados, conectados 4h a VM y monitorizados con sistema PiCCO® y 6 controles sanos. Se indujo SDRA mediante instilación de Tween 20®. Se estableció ELWIGR como la diferencia entre peso húmedo y seco indexado. ELWITDTP, LBA y punción vesical se midió previo y a las 4 h post SDRA. Se correlacionó ELWITDTP, ProtLBA y MA con ELWIGR. Estadígrafos utilizados: Correlación de Pearson y test de ANOVA. Valores expresados en medias \pm DS. Consideramos como significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Tras la inducción del SDRA hubo un incremento significativo de ELWIGR ($5 \pm 0,2$ vs $10,3 \pm 1,3$ ml/kg, $p < 0,01$), ELWITDTP ($13 \pm 0,9$ vs $18,2 \pm 4,9$ ml/kg, $p < 0,01$), ProtLBA ($0,28 \pm 0,4$ vs $7,1 \pm 3,7$ mg/ml, $p < 0,01$) sin cambios en MA ($0,61 \pm 1,05$ vs $1,59 \pm 2,97$, $p = 0,34$). Hubo una pobre correlación entre ELWITDTP ($r^2 = 0,13$, $p = 0,39$) y ProtLBA ($r^2 = 0,0$) con ELWIGR. **Discusión:** En este modelo experimental hubo un gran incremento en la permeabilidad a proteínas y un aumento moderado del ELWI concordante con alteración en fuerzas de Starling. Dichas alteraciones ocurren previo a identificar cambios en permeabilidad sistémica. La pobre correlación entre marcadores de permeabilidad pudiera explicarse por poca validación de métodos en modelo pediátrico. Financiamiento por Proyecto Fondecyt 11075041.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON INFLUENZA AH1N1

Bertrán K, Viviani P, Donoso A. Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: En Chile, la pandemia de influenza A (H1N1) comenzó a circular la semana 20, alcanzando su peak 7 semanas después. En nuestro hospital entre la semana 25 y 28 ingresaron 66 pacientes confirmados por RT-PCR, 11 de ellos con necesidad UCI. **Objetivo:** Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados por Influenza H1N1 en el Área de Cuidados Críticos del Hospital Padre Hurtado. **Resultados:** Un total de 11 pacientes, 63% de sexo masculino, edad entre 17 días y 62 meses, PIM 2: 0,6-16,9. 6/11 provenían de otro hospital. Los síntomas más frecuentes fueron tos (100%) y fiebre (72%). Al momento del ingreso con 3 días de enfermedad. Comorbilidades estaban presentes en 6/11 (54%): pulmonar (5), no pulmonar (5). 8/11 con neumonía, 3/11 pacientes con shock séptico. En laboratorio: 8/11 IF negativa, 3/11 (+) Influenza A, 11/11 RT-PCR para H1N1 (+). La mediana del recuento leucocitario fue de $13.600/\text{mm}^3$ ($3.100-23.600/\text{mm}^3$) y de PCR: 30 mg/l (8-222 mg/l). Rx. de tórax con infiltrados intersticiales en un 72%, y condensación en 27%. Cultivo de secreción traqueal se realizó en 3 pacientes, aislándose *Haemophilus influenzae* (1) y *Streptococcus pyogenes* (1). 9/11 requirieron fluidos, 4/11 DVA, 9/11 recibió terapia antibiótica por sospecha de sobreinfección bacteriana o cultivos (+). 10/11 recibieron oseltamivir por 5 d, 1/11 por 10 d. Uso de esteroides previos en 5/11. 5/11 con necesidad de soporte ventilatorio (5VM-1VAFO) por 9d (5-14d). Complicaciones: SDRA (2/5), Shock séptico (3/11) y SDOM (1/11). Estadía intra UCI fue de 6 días (1-30d). No hubo fallecidos. **Conclusiones:** La influenza A (H1N1) se presentó en un amplio rango etáreo, con síntomas y exámenes de laboratorio inespecíficos. Su principal forma de presentación fue neumonía grave. En esta cohorte el 45% requirió VM (falla respiratoria aguda). Un porcentaje significativo presentaba comorbilidades. No causó letalidad.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA CAUSADA POR OCUPAMIENTO MEDIASTÍNICO DE ORIGEN TUMORAL: CASO CLÍNICO

*Carrillo D, Carrasco JA, Castillo A, Pérez R.
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: Los tumores primarios del mediastino son raros en la población pediátrica. La mayoría son de etiología neoplásica y se ubican en el compartimiento anterior, siendo el teratoma uno de los más frecuentes. El 50% se presentan como síntomas inespecíficos, sólo una minoría debuta con insuficiencia respiratoria aguda. **Material y Métodos:** Recopilar historia clínica de un paciente que ingresa a Unidad de Paciente Crítico en insuficiencia respiratoria aguda secundaria a derrame pleural masivo, a causa de masa mediastínica. **Resultados:** Escolar de 5 años ingresa a unidad de paciente crítico taquicárdico en insuficiencia respiratoria, con necesidad de apoyo ventilatorio, sin compromiso hemodinámico. Rx Torax muestra velamiento completo de hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastino y silueta cardíaca hacia hemitórax derecho. Se plantea como hipótesis diagnóstica derrame pleural secundario a empiema y shock séptico compensado, iniciándose manejo. Toracocentesis, en dos oportunidades, da salida a líquido escaso. Se realiza TAC de tórax donde se ve gran masa en mediastino anterior con compresión de bronquio fuente izquierdo, atelectasia y derrame pleural. A las 24 hrs de hospitalización se realiza resolución quirúrgica sin incidentes. Resultado de biopsia compatible con teratoma maduro sólido de 15 x 12 x 7 cm con 697 g. Paciente evoluciona en forma favorable se mantiene en control multidisciplinario. **Discusión:** Los teratomas predominan dentro de los tumores de células germinales. Se caracterizan por ser masas bien delimitadas que contienen tejidos de las tres líneas germinales. El mediastino es la cuarta localización más frecuente. En su clase maduros, en forma muy infrecuente, tiene potencial de malignidad. Presentan sintomatología inespecífica, siendo poco frecuente, la insuficiencia respiratoria como debut. Estos tumores se caracterizan por producir marcadores serológicos como la alfa feto proteína y la gonadotropina coriónica humana útiles en el diagnóstico. La primera aproximación diagnóstica es mediante la radiografía de tórax. El TAC y la RNM son útiles en evaluar el contenido tumoral, localización y extensión, siendo las técnicas de elección para el diagnóstico. **Conclusión:** Los principios básicos en el tratamiento de teratomas mediastínicos incluyen: manejo de compromiso hemodinámico y ventilatorio, diagnóstico oportuno, resección completa y seguimiento multidisciplinario.

CIEN EPISODIOS DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA: CURVA DE APRENDIZAJE

*Cerda L¹, Donoso A³, Fuentes C², León J², Cruces P², Díaz F², Ramírez M².
¹Becado Intensivo. ²Interno medicina. ³Médico. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Area Cuidados Críticos. Hospital Padre Hurtado.*

Introducción: La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) constituye un importante avance en manejo de falla respiratoria. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia con VAFO, evaluando momento indicaciones, efectividad y complicaciones, en pacientes pediátricos con falla respiratoria aguda y fracaso de ventilación mecánica convencional (VMC). **Método:** Estudio retrospectivo de diez años de VAFO, en UCI pediátrica terciaria en hospital universitario. Se realizó análisis comparativo entre períodos 1999-2004 (A) vs 2005-2009 (B), evaluando duración y parámetros previos en VMC, indicación y permanencia en VAFO, complicaciones y mortalidad. Resultados expresados según distribución de datos. Consideramos significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** 104 pacientes fueron manejados con VAFO (13.500 horas), peso 5,2 kg (4-10). En el Período B es posible apreciar una conexión a VAFO más precoz, con menos complicaciones hemodinámicas y barotrauma, asociados a una mejor sobrevida (Tabla). La indicación más frecuente fue SDRA persistente grave, aunque en el Período B un 30% se asoció a fracaso de hipercapnia permisiva.

	Total	Período A	Período B
Pacientes	104	51	53
VMC			
Permanencia (horas)	39 (16-100)	48 (14-144)	35 (18-72)*
P plateau > 30 cmH ₂ O	49%	70%	28%*
PaO ₂ /FIO ₂	84 (61-129)	64 (50-85)	105 (79-169)*
PaCO ₂ pre-VAFO	67 (51-88)	64 (47-82)	69 (52-92)
Barotrauma previo	21%	27%	16%
VAFO			
Permanencia (horas)	98 (60-151)	95 (59-162)	103 (64-144)
Hipotensión	18,5%	25,5%	12,2*
Barotrauma por VAFO	17,3%	23,5%	7,4%*
Mortalidad	21%	33%	11%*

Mediana (IQR), * $p < 0,05$

Discusión: Comparando ambos períodos es posible apreciar un empleo más precoz y oportuno de la VAFO en pacientes refractarios a VMC, con menor hipoxemia y transgresión de límites de seguridad de VM. En consecuencia, hay una reducción de complicaciones y mortalidad. La indicación de VAFO modificó su perfil temporal, desde hipoxemia grave a estrategia de protección pulmonar.

COR PULMONALE AGUDO POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. REPORTE DE CASO

Cerda L¹, Donoso A², Cruces P², Díaz F², León J².

¹Becado Intensivo, ²Médico. Hospital Padre Hurtado - Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Área Cuidados Críticos. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El Tromboembolismo pulmonar (TEP) pediátrico es una entidad raramente diagnosticada, debido principalmente al bajo índice de sospecha. La hipertensión pulmonar crónica puede ser una secuela de múltiples émbolos pequeños o émbolos pulmonares silentes y puede llevar al desarrollo de cor pulmonale. **Caso clínico:** Paciente de 15 años, con antecedente de precordialgia a los 10 años, con estudio normal. Historia de cinco meses de disnea progresiva, quien presentó síncope, lo que motivó su hospitalización. ECG mostró signos de sobrecarga derecha. Ecocardiografía evidenció hipertensión y dilatación severa de VD y en tronco AP imagen ecogénica de 30 x 15 mm, con obstrucción casi completa de rama pulmonar izquierda. AngioTAC corroboró hallazgos compatibles con TEP crónico. Inició terapia anticoagulante y se instaló filtro VCI (día 5). Presentó TVP ileofemoral derecha (día 9). Se realizó tromboendarterectomía pulmonar bilateral (día 12), con tiempo de CEC de 351 minutos y 7 paros circulatorios programados. Se descartó trombofilia, enfermedad autoinmune, neoplasia, homocisteinuria y mosaicismos pigmentario. Primera semana postoperatoria presentó TVP ileofemoral izquierdo. Ecocardiografía postop. con regresión de hipertensión pulmonar y ramas pulmonares permeables y angioTAC (día 31) sin nuevo episodio trombótico ni infarto pulmonar. RNM cerebro evidenció infarto ganglionar bilateral. Alta al mes postoperatorio, con secuela neurológica y en tratamiento diurético y anticoagulante. Ecocardiografía a los 2 y 6 meses normal, en plan de neurorehabilitación. **Conclusiones:** El TEP es un diagnóstico que debe ser considerado en pacientes con sintomatología cardiorrespiratoria progresiva o que presenten muerte súbita. Requiere un estudio etiológico ampliado, sin embargo, no siempre se logra identificar la causa. La resolución quirúrgica se plantea cuando no hay respuesta a tratamiento anticoagulante o en caso de hipertensión pulmonar grave.

PIOMIOSITIS DEL PIRIFORME: CAUSA DE SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO STAPHYLOCÓCCICO Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA. REPORTE DE CASO

Cerda L¹, Arriagada D², Donoso A³, Cruces P³.

¹Becado Programa de Medicina Intensiva Infantil. Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana. ²Becada Pediatría Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana. ³Área de Cuidados Críticos. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Las infecciones profundas de músculos pélvicos son difíciles de diagnosticar por ocasionar signos físicos inespecíficos que sugieren patologías más comunes. **Caso clínico:** Paciente de 12 años, masculino, sano, con antecedente de practicar danza, quien consultó por una semana de dolor lumbar y glúteo derecho, irradiado por cara posterior del muslo, de carácter progresivo, originando grave impotencia funcional. Sin antecedente de traumatismo. Dos días previos con fiebre y diarrea. Ingresó febril (39 °C), examen glúteo y cadera derecha sin alteraciones a la inspección, resistencia a movilidad pasiva cadera y muslo. Sin evidencias de déficit neurológico. Fc 125 lat/min, PA 104/49 mmHg, sat 93%. En su laboratorio destacó: hto 37 %, leucocitos 13,2 x 10³ mm³, Plaquetas 376 x 10³ mm³, PCR 145 mg/l. ECO de cadera normal. Rx de columna lumbosacra y pelvis sin evidencias de destrucción ósea. RNM pélvica reveló engrosamiento de músculo piriforme derecho, con colecciones mal delimitadas en el espesor, concluyéndose piomiositis. Evolucionó con shock séptico, necesitando uso de VM, fluidos de reanimación (70 ml/kg/12 h), transfusión de hemocomponentes, drogas vasoactivas y sustitución renal. Inició terapia antibiótica empírica con vancomicina, cefotaxima y clindamicina. Hemocultivos (+) para *S. aureus*, multisensible. A las 24 horas cursó con disfunción multiorgánica con compromiso respiratorio (PaO₂/FiO₂ < 200), hemodinámico (hiperlactacidemia), hepático (SGOT/SGPT: 4.579/1.585 U/l), renal (creatininemia 2,4 mg/dL), hematológico (TP 16%). TAC de control no mostró incremento en tamaño de colección. Se logró extubar el día 4. Evolucionó satisfactoriamente, completó dos semanas de terapia antibiótica endovenosa y cuatro semanas en total. **Comentario:** La piomiositis del piriforme es una entidad poco frecuente, pero debe de considerarse en los diagnósticos diferenciales de coxalgia y ciática. Es razonable considerar que la actividad física del paciente jugó un rol etiológico. Se requiere un elevado índice de sospecha para un adecuado diagnóstico y pronto tratamiento en esta entidad potencialmente letal.

**ALELO D DEL GEN DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA PREDIS-
PONE A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**

*Cruces P, Puga A, Díaz F, Erranz B, Donoso A, Carvajal C, Repetto G.
Área de Cuidados Críticos Hospital Padre Hurtado. Centro de Genética Humana, Universidad del Desarrollo.*

Introducción: La enzima convertidora de angiotensina (ECA) participa en la patogénesis del síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA). El polimorfismo inserción/ deleción (I/D) de una secuencia de 287 pares de bases (pb) en el intrón 16 del gen de la ECA está asociada con la actividad de esta enzima, donde el alelo D induce una mayor actividad, pudiendo aumentar la propensión a desarrollar un SDRA en pacientes adultos con noxas predominantemente extrapulmonares. **Objetivo:** Determinar si la presencia del alelo D del gen de la ECA aumenta la predisposición a desarrollar un SDRA en niños con una noxa pulmonar. **Método:** Aprobación por Comité de bioética local, bajo consentimiento informado. Estudio de corte transversal. **Casos:** Pacientes con SDRA (Infiltrados pulmonares, PaO₂/FIO₂ < 200, sin hipertensión auricular izquierda). **Controles:** Noxa pulmonar sin SDRA. Criterios exclusión: cardiopatía congénita, uso previo de inhibidor de la ECA, VM crónica. Tras recolección de muestras se amplificó el fragmento que contiene el intrón 16 del gen de la ECA mediante reacción de polimerasa en cadena. Posteriormente los alelos fueron discriminados por electroforesis. Estadígrafos: χ^2 . Consideramos significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Se reclutaron 60 casos y 60 controles. La frecuencia alélica de D en el grupo control fue de 0,51; mientras que en los casos de 0,67. Las frecuencias genotípicas en el grupo control fueron: homocigotos para el alelo I (I/I) de 0,48; heterocigotos (I/D) de 0,41 y homocigotos para el alelo D (D/D) de 0,1. En los casos las frecuencias genotípicas fueron: homocigotos I/I de 0,33; heterocigotos I/D de 0,48 y homocigotos D/D de 0,18. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia del alelo D en el grupo SDRA con el grupo control ($p = 0,046$). **Discusión:** Nuestros datos sugieren un potencial rol del sistema renina angiotensina en la patogénesis del SDRA, implicando a factores genéticos en la predisposición a desarrollar esta complicación. Este polimorfismo pareciera incrementar el riesgo de evolucionar con un SDRA, independiente del origen étnico, grupo etario u origen de la noxa pulmonar. **Financiamiento:** Concurso Interno 2008. Universidad del Desarrollo.

**AUMENTO DEL VOLUMEN SISTÓLICO CARACTERIZA MEJOR QUE AUMENTO DEL
ÍNDICE CARDÍACO LA RESPUESTA A VOLUMEN EN PEDIATRÍA**

*Cruces P, Díaz F, Donoso A, Carvajal C, Salomón T, Torres MF, Erranz B.
Área de Cuidados Críticos Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.*

Introducción: En pacientes pediátricos la respuesta fisiológica a la hipovolemia es distinta que en adultos, y se caracteriza por un mayor aumento de la frecuencia cardíaca (FC) con una mantención del índice cardíaco (IC) en forma inicial. Por lo tanto el efecto de la volemicación pudiera no ser reflejado por un incremento porcentual del IC. Hipótesis: el aumento en 15% del volumen sistólico (SVI15%) caracteriza mejor que la definición tradicional, aumento 10% del IC (Δ IC10%), la respuesta a fluidos en pediatría. **Método:** 12 cerdos de 5 kg, anestesiados en VM (PEEP 5, Vt 12 ml/kg, FR 20), con monitorización continua de IC, SVI, variación de presión de pulso (PP) y variación de volumen sistólico (SVV) con sistema PiCCO® (Pulsion, Munich, Germany). Luego de una calibración basal y registro de variables hemodinámicas, se administró en forma consecutiva, separados por 20 min de estabilidad hemodinámica, 2 bolos de solución fisiológica (20 ml/kg), registrando PP y SVV. Se catalogó a los sujetos como respondedores si Δ IC10% y Δ SVI15%. Se obtuvo la sensibilidad, especificidad según el mejor punto de corte y curvas ROC con su área bajo la curva (AUC) para PP y SVV con cada definición de respuesta a fluidos. **Resultados:** El IC basal fue 4,29 (3,9-5,23) y SVI 32 (30-34), aumentó a 4,66 (4,23-5,61) y 40 (37-43) después de la primera carga de fluidos y a 5,18 (4,31-5,86) y 41 (36-43) luego de la segunda. Según IC10% 6/12 sujetos fueron respondedores luego de la primera carga de fluidos y 4/12 luego de la segunda, mientras que con SVI15% 9/12 y 0/12 sujetos fueron respondedores respectivamente. **Discusión:** Al incorporar otra variable fisiológica, como la FC, el Δ SVI refleja mejor la situación individual en la curva de Frank-Starling de función ventricular producto de las diferencias propias de adultos y niños. En esta situación el rendimiento de los marcadores de hemodinamia funcional son herramientas potentes para predecir respuesta a volumen. **Financiamiento:** Proyecto Sochipe 2008009. Tabla:

	Δ CI10%				Δ SVI15%				
	Valor Corte	Sen (%)	Esp (%)	AUC	Valor Corte	Sen (%)	Esp (%)	AUC	
PPV	12%	40	93	0,68 (0,44-0,92)	PPV	8%	100	87	0,95 (0,86-1,00)
SVV	9%	80	79	0,82 (0,65-0,99)	SVV	9%	89	80	0,87 (0,72-1,00)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA HIPERGLICEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO

Escalante MJ, Arias A, Carrasco JA, Scheu C, Córdova G, Castillo A.

Unidad de Paciente Crítico Pediátrico. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hiperglicemia es una condición reportada hasta en el 80% de los pacientes críticos pediátricos. Se ha descrito su asociación con mayor morbimortalidad en adultos, con pocos estudios en niños. El riesgo de complicaciones asociadas a hipoglicemia como parte del manejo activo con insulina podría superar los beneficios que traería mantener la normoglicemia, por lo que su uso aun es controversial. **Objetivo:** Describir el fenómeno de hiperglicemia en pacientes que cursan síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen no infeccioso (cirugía), que requieren Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en su postoperatorio. **Material y Métodos:** Estudio de cohorte concurrente realizado entre Diciembre de 2008 y Agosto de 2009. Se incluyeron pacientes quirúrgicos que requieren UCI en período postoperatorio inmediato, con necesidad de ventilación mecánica y/o drogas vasoactivas. Se excluyeron pacientes con diagnóstico preoperatorio de diabetes o hiperglicemia documentada y pacientes con evidencias clínicas o de laboratorio de infección. Se realizaron mediciones seriadas de glucosa con medidor Optium mini™, Abbott a las 0, 6, 12, 24, 48 y 72 horas de postoperatorio y se registró carga de glucosa administrada. Se definió como hiperglicemia un valor de glucosa ≥ 126 mg/dl. Además se obtuvieron datos demográficos y clínicos de la muestra. **Resultados:** Se reclutaron 63 pacientes (60% mujeres), siendo 90% cardioquirúrgicos. La mediana de edad fueron 6 meses. El 53% de los pacientes tenía hiperglicemia al ingreso a la unidad, con carga de glucosa promedio de 1,8 mg/kg/minuto y un valor promedio de glucosa de 148,5 mg/dl, mientras que a las 24 horas de ingreso sólo 17% persistía con hiperglicemia con igual carga de glucosa, sin requerimiento de insulina, bajando a un 0,06% a las 48 hr. No se registraron diferencias significativas en morbilidad, mortalidad ni promedio de días en UCI y de hospitalización total con respecto al grupo normoglicémico. No se registraron fallecidos en el total de pacientes. **Conclusión:** La prevalencia de hiperglicemia en este grupo fue menor que lo descrito en la literatura, con tendencia a la normalización, sin requerimientos de insulina. La respuesta de hiperglicemia se genera aún frente a cargas de glucosa bajas. No hay diferencias significativas en cuanto a morbimortalidad ni duración de hospitalización frente a grupo normoglicémico.

INTENTO DE SUICIDIO VÍA INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTOS: CRECIENTE MOTIVO DE INGRESO A UCI PEDIÁTRICA

Inostroza T, Ortiz P, Velásquez A, Bataszew A, von Dessauer B.

UCI Hospital Dr. Roberto del Río.

Introducción: Las intoxicaciones dan cuenta del 7% de las consultas de emergencia. En menores de 10 años la causa es accidental, mientras que en adolescentes es debido crecientemente a intento suicida. Al parecer los cambios que sufre nuestra sociedad inciden en este hecho, generando problemas de salud mental en la población. Hasta un 17% de los escolares de 13 a 15 años se sienten solos y el 27% han pensado seriamente en el suicidio e idearon un plan. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Roberto del Río entre Enero 2005 y Diciembre 2008 con diagnóstico de intoxicación o ingesta medicamentosa. Material y métodos Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, mediante análisis de fichas clínicas de todos los casos pertinentes durante el período descrito. **Resultados:** Se analizaron 178 casos (5,8% de los egresos), de los cuales 60,6% corresponden a intento de suicidio, 1,1% a intentos de parricidio y el resto a accidentes. Los intentos de suicidio muestran tendencia al alza anual distribuyéndose 15,7%, 21,3%, 36,1% y 26,9% en los 4 años consecutivos. Presentan una distribución bimodal otoño/primavera con una mayor frecuencia en primavera ($p < 0,05$). El rango de edad es entre 7 y 16 años, un promedio de 13 años, 8,4% menor de 12 años. 88,9% fueron niñas, 69,4% fue el primer intento, 57% utiliza polifarmacia. Los fármacos más usados son sedantes (49%, benzodiazepinas en 41%), antidepresivos (45%, 51% de ellos amitriptilina) antiinflamatorios 12,9%; tóxicos 4,6% y otros 44%. Aparece el 2008 paracetamol como droga única. El promedio de estadía en UCI es 1,46 días, 16,7% requiere apoyo ventilatorio invasivo. 85 (78,7%) pacientes tiene un trastorno psiquiátrico, depresión en 45,4%. Entre los factores de riesgo destacan disfunción familiar (49,1%), problemas escolares (25%), abuso y violación (11,1%), bullying (5,6%) entre otros. No hay mortalidad asociada. **Conclusiones.** El intento de suicidio infantojuvenil como manifestación de un problema grave de la sociedad actual va en aumento. La intoxicación medicamentosa es una de las formas elegidas con un predominio en el sexo femenino y distribución estacional acorde con lo descrito por otros autores. Patología psiquiátrica de base y factores de riesgo del ámbito familiar son los facilitantes en la mayoría de los casos. Los sedantes y antidepresivos disponible en los hogares son los fármacos más utilizados, probablemente por la alta incidencia de patología psiquiátrica en la población.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) Y VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI), A PROPÓSITO DE UN CASO

Malebrán B, Arancibia JC, Tobar A.

Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

El SGB, es un desorden autoinmune, caracterizado por debilidad muscular, compromiso sensitivo y disautonomía, siendo la principal causa de parálisis flácida en la infancia. Presentamos un caso de SGB en una niña de 9 años con vómitos y diarrea, parestesia de extremidades inferiores. Al ingreso paresia de predominio distal, hipotonía difusa, ROT: plantares, aquilianos y rotulianos abolidos, bicipital y cubital débiles, mialgias, deglución normal, con buen esfuerzo ventilatorio. Ingresó con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré. Hemograma normal, GSV-ELP normales, screening infeccioso normal. Se inicia infusión de gammaglobulina. A las 24 horas presenta alteración en la deglución. Se conecta a VM. Evolucionó con mala tolerancia enteral, fiebre e hipo-ventilación pulmonar. Exámenes de control; screening infeccioso en rango bacteriano, se inicia cefotaxima por 7 días. LCR: Aspecto claro, incoloro. Alb: 106 mg/dl, Pandý: +, glucosa 73 mg/dl, leuc: 20 mm³, MN 100%. Electromiografía: Severo compromiso de conducción motora, sin denervación activa. Evolucionó lentamente con leves movimientos de extremidades superiores y mialgias leves. Fibrobroncoscopia: normal; se pasa a BIPAP con interfase nasobucal, luego de 12 días en VMI. Luego de 8 días se retira BIPAP tolerándolo bien con buena mecánica ventilatoria, es derivada a hospital de Limache luego de 23 días, donde permanece por una semana y es dada de alta. La falla respiratoria aguda en el SGB constituye la más seria complicación, favorecida por un funcionamiento anormal del centro respiratorio; inadecuada protección de la vía aérea superior con peligro de aspiración; debilidad de los músculos respiratorios y complicaciones pulmonares. La decisión de ventilar a un paciente con SGB debe incluir la evaluación clínica, hemogasométrica y electrofisiológica. En SGB el 30% requiere VM. El uso de VNI no es un tratamiento reconocido en falla respiratoria aguda de causa neuromuscular. La ventilación invasiva generalmente se usa por varias semanas y se asocia a muchas complicaciones. El uso de VNI sin embargo, puede alterar el curso de la enfermedad, pero considerando las complicaciones de VM a largo plazo el SGB puede beneficiarse. La evaluación de la vía aérea y la deglución es de particular importancia. Hay que evaluar continuamente si hay riesgo de aspiración de contenido gástrico. En nuestro paciente se evaluó de forma diaria y realizando fibrobroncoscopia antes de iniciar VNI. La ausencia de mialgia severa fue un factor importante en el uso de VNI en esta paciente. La menor mortalidad asociada con el uso de VNI en otras causas de falla respiratoria aguda, debería también considerarse en el SGB.

EFFECTIVIDAD DE UNA MANIOBRA EDUCATIVA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA A PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ALTE EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DOCTOR HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA

Vega CC¹, Mardones TM, Ríos OM.

Unidad de Tratamientos Intermedios Pediátricos del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena. ¹EU.

Introducción: El ingreso a la Unidad de Tratamiento Intermedio de lactantes con diagnóstico de ALTE (apparent life threatening event) es un desafío para el equipo de salud, por la diversidad etiológica, gran número de exámenes, observación y monitorización de los pacientes, lo que causa temor y angustia a los padres por la sensación de muerte inminente. Debido a esto y como parte del rol de gestión del cuidado de Enfermería se desarrolla un protocolo de apneas, en el cual se entrega a los padres conocimientos y habilidades que les permitan reaccionar frente a un potencial nuevo evento. **Objetivos:** Evaluar la efectividad de una maniobra educativa en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) a padres de niños hospitalizados con diagnóstico de ALTE. **Material y Método:** Estudio observacional prospectivo de casos incidentes de ALTE, a los cuales se les aplicó una maniobra educativa de RCP, entre los meses de Mayo a Diciembre del 2008. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 14 de 30 pacientes ingresados en ese período. **Resultados:** Se aplicaron 14 pautas a los padres de lactantes hospitalizados con diagnóstico de ALTE desde el ingreso hasta su alta, previa educación y entrega de trípticos referentes al tema. Edad promedio de los padres evaluados fue de 24,14 años, con un nivel de escolaridad de un 50% de enseñanza media incompleta. La pauta contempló 14 ítems, evaluados en 3 sesiones educativas. Se aplicaron las 3 evaluaciones al 50% de los pacientes estudiados y a un 64% se les realizó 2 evaluaciones debido al alta de los pacientes o su traslado a otros servicios. Al analizar las pautas se obtuvo un promedio de respuestas correctas al alta de un 93,8%. Un 64,2% de los pacientes se fueron de alta con el total de las respuestas correctas. La variación de conocimientos obtenidos en relación a las respuestas correctas en las 3 aplicaciones fue de 77,04% en la primera, 84,91% en la segunda y 97,96% en la tercera aplicación. La única pauta de padres de procedencia rural cumple con el 100% de la pauta correcta. No se encontró diferencias significativas en los resultados en cuanto a edad y escolaridad de los padres. **Conclusiones:** La aplicación de esta maniobra educativa fue efectiva en lo inmediato, considerando el alto porcentaje de respuestas correctas, por lo que es recomendable mantener la vigencia de los programas educativos para los padres, ya que adicionalmente se genera mayor tranquilidad emocional frente al alta. No hubo diferencias en las respuestas, considerando la residencia, escolaridad, edad y etnia de los padres. Se puede además concluir que ante una mayor cantidad de aplicaciones de la pauta, mayor es el número de respuestas correctas obtenidas. Se debe realizar un estudio de validez y confiabilidad del instrumento para ser aplicado nuevamente a los padres de estos pacientes haciéndose necesario una evaluación a largo plazo de la efectividad de esta maniobra educativa.

SIGNO DE HAMMAN COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE NEUMOTÓRAX

Bertrán K, Viviani P, Donoso A.

Área de Cuidados Críticos (ACC), Hospital Padre Hurtado.

Introducción: L. Hamman en 1937, describió un “sonido peculiar de burbujeo y crujido en el precordio, sincrónico con el corazón” enfatizando su asociación con neumomediastino (NM). Aún no está completamente aclarado cual es la patogénesis de este infrecuente ruido torácico, atribuyéndose un rol al aire mediastinal en cercanía del corazón. Su asociación con neumotórax (NT) es rara vez descrita. **Objetivo:** Comunicar un caso clínico de NT espontáneo, con signo de Hamman (SH) como presentación. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, de 14 años, sano, en las horas previas con omalgia izquierda asociado a disnea y sensación de “escuchar un burbujeo dentro de su pecho”. Al ingreso en ACC paciente en buenas condiciones, longilíneo, FiO₂ 40%, taquicárdico (96 lat/min). Al examen físico; SH (+) en la auscultación de tórax, que se exacerba en intensidad con cambio de posición (al sentarse), sin presencia de enfisema subcutáneo, con latido cardíaco a derecha y murmullo vesicular disminuido a izquierda. Ingresó con diagnóstico de NT izquierdo espontáneo corroborado por Rx. TAC de tórax reveló NT, con presencia de bula en segmento anterior del LSI sin imagen de NM. Se inició monitoreo no invasivo, oxigenoterapia, hidratación, analgesia. Al día siguiente se realizó apicectomía toracoscópica, sin complicaciones. Rx de control mostró reexpansión completa pulmón izquierdo. Alta a los 4 días desde el ingreso, asintomático. **Comentario:** El NT rara vez (< 1%) se acompaña de sonidos intratorácicos. El origen del SH puede no ser un fenómeno único; en este caso de NT izquierdo se podría explicar por movimiento de aire cíclicamente pulsátil (latido cardíaco) a través de fisura pulmonar contra la pared torácica. El caso aquí reportado, enfatiza que el SH no sólo se presenta asociado a NM, sino también es un signo clínico de NT aislado.

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE OCASIONADO POR ESTADO TÍFICO. REPORTE DE CASO

Bertrán K, Viviani P, Donoso A, Cruces P, Arriagada D.

Área de Cuidados Críticos, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: La fiebre tifoidea (FT), es una enfermedad sistémica caracterizada por fiebre y síntomas abdominales, causada por *Salmonella typhi*. En la era preantibiótica la mortalidad alcanzaba hasta un 15%. En la actualidad es poco frecuente su presentación como shock séptico y/o síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM). **Objetivo:** Presentar un caso de SDOM ocasionado por estado tífico en un paciente previamente sano. **Caso clínico:** Paciente 12 años, proveniente de zona rural, quien presentó 6 días fiebre (40 °C), cefalea, dolor abdominal, mialgias y epistaxis. Al ingreso a UCIP febril, taquicárdico, eshidratado, icterico, Glasgow 15. Al examen abdominal destacaba hepatomegalia y bazo palpable. Laboratorio de ingreso: leucocitos: 6.900 mm³, plaquetas 18.000 mm³, BUN: 120 mg/dl. Evolucionó con shock séptico grave, necesitando ventilación mecánica, fluidos de reanimación (40 ml/kg), transfusión de hemocomponentes y drogas vasoactivas (NE, 0.15mcg/kg/min). Inició terapia antibiótica con pencilina y cefotaxima, dada sospecha síndrome de Weil. A las 24 horas cursó con SDOM, compromiso respiratorio (PaO₂/FiO₂ < 200), hemodinámico, hepático (GPT: 167, GOT: 408, BT: 4.07, Albúmina: 2,2 g/dl). Se inició terapia corticoidal (Hidrocortisona 50 mg c/8 hr ev). Ecocardiograma: FAVI 40%, dilatación VD. Al segundo día persistió en SDOM, aporte de NE hasta 0,30 mcg/kg/min y Dobutamina 3 ug/kg/min. TAC no mostró colecciones intraabdominales. Al tercer día con normalización progresiva de sus funciones orgánicas, extubándose. A las 48 horas presentó edema pulmonar cardiogénico, FAVI 26%. Se inició VMNI, terapia depletiva e inótropos. Mejoría progresiva, por lo que se continuó terapia con hidralazina, furosemida y digoxina. Evolucionó en buenas condiciones, alta a su domicilio a los 17 días. Se solicitó ELISA para leptospira, resultando negativa. Hemocultivos fueron positivos para *Salmonella sp*, multisensible. **Comentarios:** A pesar de la abrupta caída de la enfermedad desde la década de los noventa hasta nuestros días, esta aún persiste y debe considerarse como causa de falla renal icterica en su forma de presentación y en ocasiones puede causar compromiso multisistémico grave en pacientes inmunocompetentes.

ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE PERMANENCIA EN EL BOX DE REANIMACIÓN DURANTE LA CAMPAÑA DE INVIERNO 2009 DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

*Aravena NA, Madrid HR, Castro SF, Saldías G, Ávalos AME.
Hospital Dr. Sótero del Río.*

Introducción: La organización del trabajo en las unidades de emergencia, contempla un lugar diseñado para la atención de pacientes que requieren una terapia intensiva de emergencia y que habitualmente cuenta con el personal entrenado y equipamiento necesario. Sin embargo, existen situaciones en que la demanda del box recuperador sobrepasa ampliamente las capacidades del personal, de espacio físico y de los insumos. Nuestra unidad de emergencia cuenta con un espacio diseñado para atender dos pacientes simultáneos con una dotación durante este período de 9 Médicos (todas las especialidades), 4 Enfermeras y 2 Kinesiólogos, 14 Técnicos Paramédicos y 3 Auxiliares de servicio; todos ellos en sistema de turnos. No obstante lo anterior, el trabajo de la unidad y en particular el box recuperador, se exigió más allá de sus capacidades durante este invierno, lo que motiva este trabajo. **Material y Métodos:** Se obtiene del libro de registros del reanimador las horas de ingreso y egreso de todos los pacientes ingresados durante la campaña de invierno, se consignan el tiempo de cada evento, la frecuencia diaria de las reanimaciones y el traslape de pacientes (eventos simultáneos). **Resultados:** Se observan 260 eventos, que se distribuyen 112 en junio 94 en julio y 54 en agosto. El promedio diario de reanimaciones del período es de 2,82 reanimaciones por día con una dispersión máxima de 9 eventos en un día (24 de agosto). Se encuentran eventos simultáneos: dobles (25), triples (7) y un caso séxtuple. Se obtienen 4 intervalos modales, el primer rango corresponde a un evento de duración entre 31 minutos y una hora (19% del total de eventos), el segundo intervalo lo comparten las duraciones de: 60 minutos a una hora y 29 minutos y el intervalo de 2 hr 29 minutos y 3 horas, (ambos representan un 15% cada uno, del total de eventos, finalmente el intervalo menor de 30 minutos alcanza la cuarta frecuencia modal (representa el 13% de los eventos. Estos cuatro intervalos alcanzan el 62% de las duraciones de reanimación, sin embargo, la dispersión hacia procesos de mayor duración alcanza su rango máximo en las 7 hr y 29 minutos. **Discusión:** La mayoría de los eventos, son resueltos antes de las 3 horas, los traslapos de pacientes se producen por la sobredemanda y los tiempos máximos (mayor de 3 horas) se deben a pacientes en espera de cupos de críticos, habitualmente intubados.

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO, QUE INGRESAN AL RECUPERADOR DURANTE LA CAMPAÑA DE INVIERNO DEL AÑO 2009

*Aravena NA, Madrid HR, Castro SF, Saldías G, Ávalos AME.
Hospital Dr. Sótero del Río.*

Introducción: El perfil de las consultas de las tres últimas campañas de invierno han experimentado un aumento significativo, dado por la influenza humana y los virus respiratorios habituales, lo que sobrepasa la oferta de nuestro servicio y se deben buscar los puntos críticos para futuras mejoras. Por ello no proponemos analizar dicha situación. **Material y Métodos:** Se revisan los datos de todos los pacientes que ingresan al recuperador, observando su origen, día hora, nivel de gravedad y destino en la red como en el extra sistema. **Resultados:** El promedio de consultas de las tres últimas campañas de invierno es de 279 pacientes diarios. En junio de este año experimentó un 33% de aumento respecto de este promedio. El peak de aumento se correlacionó exactamente con la curva de Identificación Virus Respiratorios por Inmunofluorescencia 2009, es decir, desde la segunda semana de junio hasta la tercera de julio, igual comportamiento se muestra en los pacientes graves que ingresan al recuperador. Los pacientes, provienen en un 70% desde el exterior y el 30% corresponden a pacientes que están en la sala de observación y se descompensan, requiriendo medidas de soporte avanzado. Al comparar los ingresos de pacientes fallecidos y probable cuadro respiratorio asociado en el año 2007 encontramos 7 pacientes y el año pasado 4, sin embargo, este año no se registraron fallecidos por esta causa (sólo uno por TEC gravísimo) y son ingresados o derivados según la capacidad del servicio. Las necesidades de traslado aumentaron 3,2 veces las del año pasado, sin embargo, el soporte de la red pública aumentó de un 59% a un 65% fundamentalmente por la incorporación de cupos básicos ya que en las necesidades de Intermedio y UCI, la red sólo aumentó su oferta al doble debiendo trasladar estos pacientes al extra sistema en un número 8 veces mayor que el pasado año. **Discusión:** La influenza humana determinó un aumento de las consultas y las complicaciones de los pacientes corresponden a VRS principalmente. Si bien mostró un aumento de los pacientes ingresados al recuperador, sin embargo, no se constataron fallecimientos. Se observa una reanimación más anticipada y por ende con menos complicaciones y se mejora la vigilancia de la sala de observación.

METAHEMOGLOBINEMIA SECUNDARIA A USO DE ANESTÉSICO TÓPICO

Cuñado PP¹, Godoy M², Koppmann A², Suárez MA¹.

¹Servicio Urgencia Infantil, ²Servicio de Pediatría.

Introducción La cianosis debida a la presencia de metahemoglobinemia (forma férrica de la hemoglobina), es poco frecuente. Puede ser producida por contacto o ingesta de agentes oxidantes exógenos como nitrobenzeno, fármacos, anilinas o compuestos nitrogenados de diferente procedencia como las verduras con alto contenido de nitratos. Se debe sospechar cuando el paciente presenta cianosis de aparición súbita y la oximetría no mejora con oxígeno FIO₂:1, en ausencia de cardiopatía. **Caso clínico:** Lactante sexo masculino 1 año 5 meses, eutrófico, consulta en Urgencia por fiebre de 24 hr de evolución y aparición brusca de cianosis generalizada no asociada a dificultad respiratoria. Ingres aafebril, conciente con faringe muy congestiva y escasos estertores al examen pulmonar. Se administra O₂ a través de máscara con reservorio (FIO₂:1), registrándose saturación de 79%. Se toma muestra para determinación de metahemoglobina (no procesada) y se indica tratamiento con azul de metileno (solución 1%) 0,2 ml/kg, logrando a la hora saturación de 95% con FiO₂ de 0,3 y desaparición de cianosis. Se realiza nueva determinación de metahemoglobina después de una hora de administrado tratamiento resultando en 7% y post 12 h, en 0,8% (Normal: 0,2-1,5%). Evolucion a febril, sin requerimiento de O₂. Se confirma adenovirus (ADV) por inmunofluorescencia directa. Reinterrogada, la madre refiere uso de benzocaina local durante las 24hr. Previas al ingreso. Alta al quinto día de hospitalización con diagnóstico: fiebre faringo-conjuntival por ADV, metahemoglobinemia secundaria a benzocaina. **Discusión:** Las intoxicaciones representan un alto número de consultas en urgencia. Para sospechar metahemoglobinemia, un dato clave es la disociación entre la saturación de oxígeno medida por oximetría de pulso y la gravedad clínica que el paciente presenta. Este caso debe poner en alerta al pediatra sobre el riesgo del uso no controlado de anestésicos tópicos.

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONSULTAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIA DE UN HOSPITAL COMUNITARIO: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

Cáceres VF, Gálvez ChA, Rudolph QC, Bálcazar VF.

Médicos Hospital Laja, Servicio Salud Bio Bio.

Introducción: El abuso sexual ha aumentado en el último tiempo en nuestro país, siendo de gran relevancia para nuestra sociedad por las consecuencias psicológicas y sociales que esto implica. **Objetivo:** Caracterizar las consultas por abuso sexual en niños y adolescentes de los últimos 4 años en el Hospital de Laja. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo donde se revisó el Cuaderno de Registro de los abusos sexuales en niños y adolescentes entre 4 y 18 años de edad ocurridos entre enero de 2004 y diciembre de 2008, considerando las variables: edad, sexo, acompañante al momento de la consulta, procedencia (urbano/rural), hipótesis diagnóstica, tipo de agresor (familiar/conocido), hallazgos al examen físico y número de evento (único/reiterado). Se evaluaron también los resultados de los exámenes de laboratorios solicitados. **Resultados:** El total de pacientes entre 4 y 18 años fueron 42. La edad promedio fue de 9 años, siendo un 80,9% (n = 34) de sexo femenino y un 19,0% (8) masculino, con una relación de 3:1. Al momento de la consulta un 52,3% (n = 22) iba acompañado por familiar y un 47,6% (n = 20) acompañado por carabnero. Un 66% (n = 28) de los pacientes eran rurales y el resto de la ciudad de Laja. En relación a la hipótesis diagnóstica para abuso sexual 69% (n = 29), estupro 19% (n = 8) y violación 11,9% (n = 5). El tipo de agresor fue un familiar en un 59,5% (n = 25) y un conocido en una 40,4% (n = 17). Al examen físico en un 54,7% (n = 23) no se constataron lesiones y en los que sí las presentaron éstas correspondieron a eritema genito anal. En niños un 37,8% (n = 3) se evidenció coito anal y en las niñas un 35,2% (n = 12) presentó coito vaginal. Se consignó como evento único en un 71,4% (n = 30) y un 28,4% (n = 12) como evento reiterado. En relación a los exámenes de laboratorio un 19% (n = 8) se observó presencia de espermios en las muestras y un 14,2% (n = 6) presencia de ureaplasma urealyticum. **Conclusiones:** Al igual que en la literatura internacional y nacional, las niñas predominaron por sobre los niños. Destaca que el agresor principal fue un familiar. En la mayoría no hubo lesiones. **Discusión:** Es importante realizar actividades educativas en la comunidad para dar a conocer este problema latente y lamentable en nuestra sociedad.

INTOXICACIÓN POR INGESTA DE COCAÍNA EN LACTANTES

Madrid R, Wegner A, Jaramillo Y, Vejar L.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Introducción: El consumo de cocaína en la sociedad, facilita el acceso del paciente pediátrico a ésta, produciendo intoxicación accidental. Hay numerosos reportes de inhalación pasiva de cocaína en lactantes, pero ingesta de cocaína en este grupo de edad son raramente documentadas. **Objetivo:** Presentar un caso de intoxicación por ingesta de cocaína de forma accidental. **Caso clínico:** Lactante femenino de 8 meses. La madre la encontró con compromiso de conciencia, desviación de la mirada, cianosis y movimiento de extremidades, luego de jugar en el antejardín de su casa. No refirió antecedentes personales de interés, tos de 3 semanas, sin fiebre. En consultorio presentó crisis convulsiva. Ingresó a Urgencia con estridor, retracción, gran dificultad respiratoria y compromiso de conciencia; se intubó. Ingresó a UCI, cursó con síndrome convulsivo, neumonía aspirativa. El segundo día de hospitalización madre refirió que en el antejardín de su casa solían tirar pasta base, al encontrar a su hija había restos de polvo blanco en la boca. Examen toxicológico mostró eliminación de metabolitos de cocaína en orina. **Conclusiones:** La intoxicación por cocaína en lactantes es infrecuente pero debe tenerse en cuenta en Urgencias; se debe sospechar ante clínica neurológica de etiología desconocida o poco clara, sobre todo en niños sanos y con entorno social y familiar sospechoso de consumo.

SÍNDROME FEBRIL EN EL LACTANTE MENOR, CORRELACIÓN ETIOLÓGICA CON EL LABORATORIO BÁSICO INICIAL

Muñoz J¹, Jorquera RG², Ibáñez NE³, Sedaghat TN², Silva BMJ¹, Arancibia CM².

¹Pediatra Servicio de Pediatría Hospital Las Higueras, Talcahuano. Profesor Asociado Departamento de Pediatría Universidad de Concepción. ²Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. Hospital Las Higueras Talcahuano.

Se define como lactante febril menor de 3 meses y sin foco aparente, a aquel en que la causa de la fiebre (temperatura rectal igual o superior a 38 °C) no es aclarada por la evaluación inicial. Por consenso, todo lactante febril menor de 3 meses, sin etiología clínica evidente se hospitaliza ante la eventualidad de un cuadro bacteriano grave. **Objetivo:** Correlacionar el laboratorio básico de urgencia con la presencia de una etiología bacteriana en estos lactantes, que eventualmente podría evitar su hospitalización en caso de existir una correlación directa. **Material y Método:** Se presentan un total de 93 casos de pacientes menores de 3 meses hospitalizados con el diagnóstico de síndrome febril sin foco. Se consideró leucocitosis a un número de leucocitos sobre 15.000 y PCR elevada si su valor es sobre 6 mg/dl. Del total de pacientes, un 13% se trataba de infecciones bacterianas y un 75% de hospital. Del total de infecciones bacterianas un 42% presentó leucocitos y PCR elevados al momento del ingreso. Un 75% de estos cuadros bacterianos presentaban leucocitosis o una PCR elevada. De los pacientes con infección bacteriana, un 67% presentaba PCR elevada al momento del ingreso, y un 50% presentaba Leucocitosis. 25% de los lactantes con una etiología bacteriana, presentaban niveles normales de leucocitos y PCR. Dentro de los cuales la etiología fue meningitis y Pielonefritis. Del total de pacientes hospitalizados por cuadros virales, un 94% presentaba PCR normal al momento del ingreso. En relación a los diagnósticos de alta, un 73% correspondía a patología respiratoria de los cuales un 99% correspondía a patología viral. De los pacientes con infección bacteriana, un 67% correspondió a Pielonfritis Aguda y un 25% a Meningitis, de este último grupo un solo paciente tuvo hemocultivo positivo. El promedio de días de hospitalización fue de 2,5, con un rango entre 1 y 19 días. **Conclusiones:** No se presentaron casos fatales en el grupo de pacientes estudiados, teniendo un 98% una evolución favorable durante su hospitalización. Por lo anterior, se concluye que el laboratorio hematológico básico de Urgencia, con un recuento globular y una PCR, no basta para descartar un cuadro bacteriano en un lactante menor febril y es necesario hospitalizar para su estudio.

FICHA CLÍNICA ELECTRÓNICA INFORMÁTICA, EN EL SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICA

*Madrid R, Urra F, Ebensperger A, Jaramillo Y, Casterán JC, Vejar L.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

Introducción: La ficha clínica (FC) permite: registrar datos del paciente, intercambiar información; es una herramienta de: gestión, investigación, docencia; documento con valor legal. **Objetivo:** Describir estrategias utilizadas en el proceso de implementación y funcionamiento de la ficha clínica electrónica. **Material y Métodos:** Con el fin de mejorar la calidad de atención del paciente, en 1993 surgió la idea. El 2004 se decidió crear FC electrónica, el 2005 entró en funcionamiento. Los funcionarios participaron en su creación, se recogieron aportes, fuimos asesorados por informática, se realizó curso de capacitación, se financió con recursos del SSMSO. **Resultados:** Se realizan 10.000 consultas y 300 hospitalizaciones mensuales. Ochenta funcionarios son usuarios. Dificultad en estandarizar conductas de los usuarios. Inicialmente temor, desconfianza y resistencia a lo nuevo. Software y hardware modificable de acuerdo a necesidades. Identifica quién generó la información, generación fácil de solicitud de exámenes. Sirve para conocer estado y ubicación de los pacientes. Formularios previamente diseñados para anamnesis y examen físico. Visualización resultados exámenes y rayos, tiene soporte técnico. **Conclusiones:** La Urgencia fue el 1er intento de tener un área clínica informatizada. Principal problema, adaptación del personal al cambio. Mejora la calidad de atención, práctica clínica, gestión, accesibilidad y legibilidad de la información. Modelo propio con bajo costo de implementación, operación y mantención. Fácil de almacenar, información siempre disponible.

RECLAMOS POR ESCRITO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*Madrid R, Jaramillo Y, Ebensperger A, Vejar L.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

Introducción: El alto número de pacientes, la imposibilidad de un tiempo óptimo de atención, la patología aguda que se enfrenta, convierten al Servicio de Urgencia Pediátrico (SUP) en lugar frecuente de reclamos. **Objetivo:** Analizar los reclamos por escrito, caracterizar su perfil. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los reclamos al SUP en el período Enero a Diciembre de 2007. **Resultados:** Se presentaron 31 reclamos sobre un total de 111.951 atenciones. Edad promedio del paciente 5 años 2 meses, de los cuales 61% son género femenino. Grupo etáreo: escolares 36% seguidos por lactantes. Mes con mayor número de reclamos Agosto (23%) seguido por Marzo. Día: Lunes 24% de los reclamos. Franja horaria: 12-18 hr (42%). Persona que reclama: madre 75%, 14% son funcionarios del hospital. Profesional con más reclamos: pediatra (53%). Causal: trato personal 55% seguido por error diagnóstico, 38% de los reclamantes son Fonasa A. Patología asociada: IRA baja en 7 seguida por IRA alta en 5. **Conclusiones:** El número de reclamos es bajo en relación al número de pacientes atendidos; El 55% de los reclamos puede tener solución capacitando a los funcionarios en habilidades de comunicación en momentos críticos; es una herramienta útil para medir el grado de satisfacción del usuario; el conocer las quejas del usuario y sus expectativas, permiten mejorar la calidad del servicio.

INTENTOS DE SUICIDIO POR INGESTA MEDICAMENTOSA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU) DE LAGUNILLAS DE CORONEL. PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DE 2008

Barría R¹, Quiroz C², Alvear J³, Salazar C.

¹Reumato-Inmunólogo Infantil, ²Becado de Pediatría Universidad de Concepción, ³Médico de Atención Primaria, Hospital Regional de Concepción, Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría Universidad de Concepción. Cefsam Lagunillas, I. Municipalidad de Coronel.

Introducción: El suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. Los intentos de suicidio constituyen un importante problema de salud pública por su aumento en el último tiempo y porque en general acompañan a muchos trastornos emocionales. La sobredosis medicamentosa es uno de los métodos más utilizados, detectándose en los últimos 20 años un alarmante aumento de éstas en todos los grupos de edad y, principalmente, entre los jóvenes, siendo siempre más frecuente en mujeres que en hombres. Los fármacos más usados corresponden a las benzodiazepinas, seguidas de analgésicos y/o antidepresivos, siendo la mezcla de fármacos muy frecuente. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de consultas de urgencia por sobredosis medicamentosa e intento de suicidio y describir las características de los casos atendidos en nuestro Servicio de Atención Primaria de Urgencia, en menores de 20 años. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra corresponde a todos los pacientes que se atendieron en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de Lagunillas de Coronel con diagnóstico de Intoxicación o Sobredosis farmacológica más Intento de Suicidio, entre el 01 de enero y 31 de diciembre del 2008. Se revisaron los registros estadísticos del SAPU, los folios de Atención de Urgencia y las interconsultas de derivación. Para tabular los datos se utilizó el Programa Excel, y los resultados se expresaron en tablas estadísticas y gráficos.

Resultados: El 0,19% de las consultas de urgencia atendidas en nuestro servicio durante el año 2008 corresponden a sobredosis medicamentosa con fin suicida. El 45% de los pacientes tenían menos de 20 años. En los menores de 20 años el 78% correspondió a mujeres y un 22% a varones. En los menores de 20 años el 40% utilizó un solo tipo de fármaco en su intento suicida y un 32% utilizó combinación de medicamentos. El grupo más frecuentes es el de las benzodiazepinas con un 30%, seguido de los antidepresivos con un 21%, en tercer lugar se encuentran los analgésicos (11%), en los menores de 20 años. Una paciente ingresó en Glasgow d"8. La mitad de los pacientes presentaban signos vitales normales. Respecto del manejo de estos pacientes, se practicó lavado gástrico en el 65%, en un 30% se administró carbón activado y sólo en un 5% se utilizó algún tipo de fármaco. Del total de pacientes menores de 20 años atendidos, un 83% fue derivado a nivel secundario de atención y el 17% restante fue dado de alta a domicilio con indicación de control en Salud Mental. **Discusión y Conclusiones:** La ingesta medicamentosa no es una consulta de urgencia prevalente, pero no por ello carece de importancia. La gran mayoría de los pacientes son personas jóvenes, muchos de ellos adolescentes, cuyo aumento es un fenómeno mundial. La mayoría de los pacientes ingresa conciente y con signos vitales normales pues en su autolisis no tienen una clara ideación suicida, sino más bien buscan atención o ayuda. Existe la necesidad de tomar el peso a estas conductas y adquirir habilidades para su manejo, tratamiento y, no menos importante, el seguimiento de estos pacientes.

INTENTO DE SUICIDIOS EN MENORES DE 20 AÑOS EN SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA

Barría R¹, Quiroz C², Alvear J³, Salazar C³.

¹Reumatólogo-Inmunólogo, ²Becado de Pediatría, ³Médico Atención Primaria. SAPU Cefsam Lagunillas, I. Municipalidad de Coronel. Universidad de Concepción.

Introducción: El suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. Los intentos de suicidio constituyen un importante problema de salud pública por su aumento en el último tiempo y porque en general acompañan a muchos trastornos emocionales. La sobredosis medicamentosa es uno de los métodos más utilizados, detectándose en los últimos 20 años un alarmante aumento de éstas en todos los grupos de edad y, principalmente, entre los jóvenes, siendo siempre más frecuente en mujeres que en hombres. Los fármacos más usados corresponden a las benzodiazepinas, seguidas de analgésicos y/o antidepresivos, siendo la mezcla de fármacos muy frecuente. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de consultas de urgencia por sobredosis medicamentosa e intento de suicidio y describir las características de los casos atendidos en nuestro Servicio de Atención Primaria de Urgencia, en menores de 20 años. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra corresponde a todos los pacientes que se atendieron en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de Lagunillas de Coronel con diagnóstico de Intoxicación o Sobredosis farmacológica más Intento de Suicidio, entre el 01 de Enero y 31 de Diciembre del 2008. Se revisaron los registros estadísticos del SAPU, los folios de Atención de Urgencia y las interconsultas de derivación. Para tabular los datos se utilizó el Programa Excel, y los resultados se expresaron en tablas estadísticas y gráficos.

Resultados: El 0,19% de las consultas de urgencia atendidas en nuestro servicio durante el año 2008 corresponden a sobredosis medicamentosa con fin suicida. El 45% de los pacientes tenían menos de 20 años. En los menores de 20 años el 78% correspondió a mujeres y un 22% a varones. En los menores de 20 años el 40% utilizó un solo tipo de fármaco en su intento suicida y un 32% utilizó combinación de medicamentos. El grupo más frecuentes es el de las benzodiazepinas con un 30%, seguido de los antidepresivos con un 21%, en tercer lugar se encuentran los analgésicos (11%), en los menores de 20 años. Una paciente ingresó en Glasgow < 8. La mitad de los pacientes presentaban signos vitales normales. Respecto del manejo de estos pacientes, se practicó lavado gástrico en el 65%, en un 30% se administró carbón activado y sólo en un 5% se utilizó algún tipo de fármaco. Del total de pacientes menores de 20 años atendidos, un 83% fue derivado a nivel secundario de atención y el 17% restante fue dado de alta a domicilio con indicación de control en Salud Mental. **Discusión y Conclusiones:** La ingesta medicamentosa no es una consulta de urgencia prevalente, pero no por ello carece de importancia. La gran mayoría de los pacientes son personas jóvenes, muchos de ellos adolescentes, cuyo aumento es un fenómeno mundial. La mayoría de los pacientes ingresa conciente y con signos vitales normales pues en su autolisis no tienen una clara ideación suicida, sino más bien buscan atención o ayuda. Existe la necesidad de tomar el peso a estas conductas y adquirir habilidades para su manejo, tratamiento y, no menos importante, el seguimiento de estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE VIRUS INFLUENZA AH1N1

Contardo M¹, Rojo A¹, Said D², Villaseca B², Fernández C¹, Zamorano J¹.

¹Pediatra, Clínica Santa María, ²Alumna Medicina, Universidad de Los Andes. Servicio de Urgencia, Clínica Santa María.

Introducción: Durante el año 2009 la primera descripción de influenza AH1N1 de origen porcino ocurrió en México el 18 de marzo. Esta nueva cepa es producto del reordenamiento de una cepa de origen aviar, humano y porcino. Los primeros casos en el país se notificaron el 17 de mayo, iniciándose una epidemia que ha alcanzado a los 12.104 casos confirmados por laboratorio en el país, tomando en cuenta que éstos representan una subestimación de los casos totales. Se presenta una revisión de casos clínicos para su caracterización clínica. **Pacientes y Método:** Se revisaron los datos de atención del Servicio de Urgencia de Clínica Santa María, de pacientes pediátricos que consultaron por síntomas compatibles con infección por virus Influenza, entre el 25 de mayo al 19 de julio de 2009; a quienes se les realizó Reacción de Polimerasa en cadena para identificación de virus Influenza AH1N1 en secreción nasofaríngea, la cual resultó positiva. **Resultados:** Se obtuvieron registros de 275 pacientes. De éstos el 57,8% eran hombres. El rango de edad de los pacientes fue 1 mes a 14 años 11 meses, con un promedio de 9,8 años; siendo el 96,3% mayor de 2 años. Presentaron comorbilidad el 17,8%. En el 80% de los casos el motivo de consulta fue fiebre. Dentro de los síntomas descritos se encontraron: fiebre 97,8%, tos 80%, congestión nasal 44,7%, cefalea 42,9%, odinofagia 28%, síntomas gastrointestinales 25,5%, mialgias 25,1% y compromiso del estado general 22,2%. El hallazgo más frecuente al examen físico fue faringe congestiva 82,5%, presentando signología pulmonar sólo el 10,9% siendo más predominante la signología obstructiva. Al 26,2% se les realizó radiografía de tórax, encontrándose: normal 48,6%, infiltrado peribronquial/intersticial 23,6% y condensación 1,4%. Se realizó hemograma en 23 pacientes, siendo el rango de recuento leucocitario 2-23,1 x 10³, con un promedio de 8223,8; y proteína C reactiva en 21 pacientes, siendo el rango 1,9-195 g/dl (VN < 5) con un promedio de 57,5. Sólo en un paciente se demostró coinfección con *Streptococcus pneumoniae* por hemocultivo. Se realizó además testpack e IFD para virus Influenza A, siendo éstos positivos en el 63 y 91,6% respectivamente. Se hospitalizó el 8%, principalmente por insuficiencia respiratoria, de éstos el 50% presentaba comorbilidad. Al 91,6% se les entregó tratamiento antiviral con oseltamivir. **Conclusiones:** La influenza AH1N1 no es aparentemente distinta en presentación clínica y evolución a la influenza estacional.

LA NUEVA GRIPE, UNA MIRADA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIA

Suárez MA, Ballesteros BN, Cuñado PP.

Servicio de Urgencia Infantil, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: La OMS considera que, de forma anual, se infecta por el virus de la influenza A del 5 al 15% de la población mundial; de estos, entre 3 y 5 millones de personas desarrollan cuadros graves que conducen a cifras de 250.000 a 500.000 muertes al año. Los servicios de urgencia juegan un papel fundamental en cualquier epidemia, porque siendo un recurso excepcional en la cadena de atención en salud, se convierte en la primera aproximación de todos los pacientes, lo que quedó de manifiesto durante esta pandemia. **Objetivos:** Estudio retrospectivo de la situación en el servicio de urgencia(SUI) del Complejo de salud San Borja Arriarán (CSSBA), durante la pandemia de H1N1. Describir el incremento en la consulta total, por causas respiratorias y en relación a ésta, la H1N1 o la enfermedad tipo influenza (ETI, diagnóstico clínico). **Material y Métodos:** Se revisan las estadísticas nacionales (DEIS), datos de atención del SUI del CSSBA y fichas de notificación ministerial, en el período comprendido entre 1º de Mayo y 31 de Julio 2009: total de pacientes atendidos, total de causas respiratorias y H1N1 o ETI, hospitalizados, casos graves y fallecidos en relación a H1N1 o ETI. Se confecciono base de datos en planilla Excel y se utilizo programa estadístico SPSS versión 15. **Resultados:** En nuestro hospital, el inicio de los casos se produjo los 1º días de junio (semana 22), pacientes vistos nacional: 22.577/sui: 1.853, respiratorios: 1.102, H1N1 o ETI: 27, con un incremento del 30% de las atenciones sobre lo normal. El pick de atenciones en nuestro SUI se produjo el 22 de junio (semana 25), nacional: 28.240/sui: 2.548, respiratorios: 2.107, H1N1 o ETI: 213, con un incremento del 76% de las consultas. Se hospitalizaron durante este período por causas respiratorias un total de 940 pacientes, de los cuales el 91% corresponde a menores de 5 años (55% < de 1 año), y por H1N1 o ETI desde el SUI: 19 hospitalizados (2%)/ ped. diagnóstico de egreso: 65 (7%); del SUI a UTI: 4/ ped: 2, fallecidos: 0. **Conclusiones:** La aparición del nuevo brote del virus influenza H1N1 cambió el escenario del comportamiento viral al cual estamos acostumbrados, ya que aparecieron en forma conjunta los virus estacionales más H1N1, motivando una alta demanda de consultas sumado a las hospitalizaciones por VRS. Todo lo anterior puso a prueba la capacidad de respuesta del SUI, dejando en evidencias las falencias y tareas pendientes, así como nuestros aciertos frente a una nueva pandemia.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA URGENCIA DE UN HOSPITAL TIPO IV

*Bertrán C, Navarro G, Allegro F, Cortez P.
Hospital de Huépil, Servicio Salud Biobío, VIII Región.*

Introducción: En Chile, las lesiones por accidentes constituyen la tercera causa de muerte en la población general. En la población infantil, representan la primera causa de muerte en los niños mayores de un año y condicionan frecuentemente secuelas físicas o psíquicas de diversa gravedad. El estudio de la epidemiología de los accidentes y sus mecanismos de producción, ayudan en el diseño de estrategias de prevención para disminuir su frecuencia y gravedad. Para ello, es importante conocer la realidad nacional o local respecto a los accidentes. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de los accidentes ocurridos en niños menores de 15 años atendidos en el Hospital de Huépil. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los Datos de Atención de Urgencias de accidentes en pacientes menores de 15 años atendidos entre el 01 de enero y 30 de junio de 2009 en el Hospital de Huépil, VIII región. Se registró sexo, edad, hora, día, mes, lugar de ocurrencia, mecanismo, parte del cuerpo afectada, diagnóstico, tratamiento, necesidad de radiografía, derivación y hospitalización. Se utilizó una planilla Microsoft Excel y se analizaron los datos con EpiInfo®. **Resultados:** Se realizaron 11.487 atenciones de urgencia, de las cuales 448 (3,9%) fueron accidentes en menores de 15 años. El 60,26% fueron en sexo masculino. Las edades más afectadas fueron 10 a 14 años (40,62%) y 5 a 9 años (35,9%). El 62,6% ocurrió entre las 12 y 20 horas; siendo más frecuentes entre el lunes y jueves y los meses de marzo, abril y junio. El 32,3% fueron accidentes escolares. Los mecanismos más frecuentes fueron la acción directa de otro objeto y las caídas (33% y 29,5%). Los diagnósticos más frecuentes fueron contusiones, heridas y esguinces (39%, 23,8% y 14,9%) y las partes más afectadas las extremidades superiores (28,7%) e inferiores (21,8%). Un 34,3% requirió radiografía, un 10,9% tuvo que ser referido y 4 pacientes se hospitalizaron. No hubo fallecimientos. **Discusión y Conclusiones:** Las características epidemiológicas varían según la población estudiada, lo que hace necesario conocer la realidad local. En nuestro caso, la mayoría de los accidentes ocurren en escolares de sexo masculino, en la casa y durante el día, lo que hace necesario implementar políticas de prevención hacia ellos y sus familias. Afortunadamente, la mayoría de las lesiones son leves y pueden ser resueltas en un Hospital tipo IV.

ÍNDICE DE AUTORES

	Página		Página		Página
A					
Carrasco LL	10	Arenas D	124	Bicknell L	62
Abarca M	44, 45, 52	Arias A	142	Biggs R	91
Abarca MJ	39	Armijo RI	133, 136	Bizama Del PR	122
Abarzúa C	89	Arriagada D	63, 137, 140, 144	Bizama MC	122
Acuña M	66	Arriaza M	45, 53	Blanco A	15
Acuña N	66	Arroyo P	46, 54	Bolte L	22
Acuña R	58	Arteaga RJC	48	Bonilla CH	18
Aglony M	55	Aspée AC	90	Borel C	34
Aguilar M	85, 86	Astete AC	57	Boza ML	131
Aguilar MP	101	Astete C	45, 53	Bradford R	99
Aguirre D	91	Astroza ZI	68	Bravo D	47, 48, 50, 59, 61
Aguirre V	36	Astudillo C	105, 137	Brethauer S	34, 69, 75, 106
Agurto A	104	Astudillo D	44, 60	Brettahuer S	70
Ahumada E	89	Astudillo P	113	Brito J	47
Alarcón J	89	Atkinson M	29	Buchholz RM	90
Alarcón MAM	25	Ávalos AME	145	Budnik I	70, 75
Alarcón T	41	Avaria MJ	35, 90	Budnik OI	48
Alcota J	83	Avilés CL	78	Buendía-Hernández A	26
Alcota VJ	129	Azócar M	84	Burgos R	51
Alfaro R	33, 35	Azócar MM	85, 86	Bustamante A	106
Allegro F	121			Bustamante L	55
Alvarado I	33	B			
Alvarado M	132	Bajaña G	69	Bustos A	134
Álvarez AM	74	Bálcazar VF	107, 122, 126, 146	Bustos JC	58
Álvarez E	86	Ballesteros BN	150	Bustos L	114
Álvarez I	97	Bancalari A	94, 96, 99	Bustos ML	25
Álvarez LJ	133, 136	Bancalari R	47	C	
Álvarez M	44, 60	Banfi A	97	Caballero E	22, 23
Alvear J	149, 149	Barja S	41	Caballero IE	23
Amarales L	36	Barna R	34	Cabello F	54
Amarales OP	90	Barra R	44, 47, 48, 50, 59, 60, 61	Cabello FC	59
Anderson ML	67	Barraza P	70, 75	Cabieses B	72
Andia M	73	Barraza X	44, 46, 54, 62	Cabrera N	79
Angeli M	105	Barrera C	33	Cáceres D	123
Anzieta J	97	Barría R	111, 131, 149	Cáceres VF	107, 122, 126, 146
Aracena M	45, 47, 52, 53, 55	Barría RM	65, 106, 109	Cai W	30
Aramayo X	121	Bascur F	83	Calderón JF	45, 53
Arancibia CM	147	Bascur MN	92	Campos C	22, 23
Arancibia JC	143	Bataszew A	10, 142	Campos L	28, 29
Arancibia M	28	Becerra M	91	Campos R	92
Arancibia MF	46	Becker P	22	Canario P	75
Aranda C	34	Bedregal P	73	Cano F	84, 85, 86
Araneda AI	23	Bello F	29	Capo BE	133
Araneda I	22, 23	Benadof D	66	Cárcamo F	33, 44
Araneda P	19	Benavides I	95	Carcey J	123
Aranis F	52	Bernal J	20	Cárdenas TA	13, 14
Aravena M	68, 89	Bernal P	12, 13, 132	Cardoso I	41
Aravena NA	145	Bertrán C	35, 121	Cares RS	21
Aravena T	40, 45, 52, 53	Bertrán K	63, 137, 138, 144	Cares SJ	18
Araya A	125	Betancourt AM	16, 20	Carmona O	69
Araya G	125	Betancur P	68	Caro D	82
Arellano R	24	Bettoli P	24	Caro ID	85
				Caro P	98

Carrasco H	29	Cruces P	137, 138, 139,	Fajreldin ChV	120
Carrasco JA	139, 142		140, 141, 144	Fáúdez AJ	104
Carrasco LC	63	Cruz MC	75	Fáúdez R	41
Carrasco P	24	Cuevas M	85, 86	Fernández C	69, 92, 150
Carrasco R	44	Cuñado PP	146, 150	Fernández E	59
Carreño MA	92, 93			Fernández MA	79
Carrillo D	139	D		Ferrón CS	15
Carrillo J	34	Dagnino-Subiabre A	36	Fierro JJ	129
Carrillo TJ	99	Daher V	56	Figueroa F	38, 76
Carrizo L	71	Dalmazzo R	137	Figueroa H	36, 47, 48, 50, 59, 61
Carter FP	120	Dávila C	130	Figueroa J	26
Carvajal C	138, 141	Davis M	42	Figueroa SR	125
Carvajal R	74, 82	De la Parra A	59	Figueroa VB	125
Casar C	77	De la Rosa E	47	Flández A	60, 65, 106, 109
Castañia F	92	Dedes C	29	Flández L	106, 109
Casterán JC	148	Del Pozo M	63	Flores C	36, 72, 73
Castillo A	139, 142	Del Pozo P	70, 75	Flores CJC	98
Castillo C	33	Del Río UC	15	Flores JC	125
Castillo NME	25	Del Toro CG	27	Flores R	11
Castillo P	116	Delgado I	85, 86	Flores S	72, 73
Castillo S	40, 56	Delucchi SY	73	Folatre I	44, 63
Castro C	108	Díaz A	121	Fonseca G	94
Castro F	85, 86	Díaz CCP	109	Frangini P	22
Castro G	59	Díaz F	137, 138, 139, 140, 141	Franz CM	104
Castro S	35, 90	Díaz J	114, 115, 119	Fuentes C	139
Castro SF	145	Díaz JP	72	Fuertes M del P	37
Castro Z	71	Dinamarca C	72	Fuertes P	38, 39
Cautín MJ	92	Donoso A	63, 137, 138,		
Cavagnaro SP	133		139, 140, 141, 144	G	
Cea G	63	Donoso E	73	Gacitúa MI	43
Cerda L	139, 140	Drelichman G	54	Gaete A	127
Cerda X	70, 75	Ducasse K	69	Gallardo A	36
Chávez E	131	Duk B	33	Gallardo V	32
Cifuentes M	97	Durán G	58	Gallegos D	72
Cisterna C	123	Durán MI	92	Gálvez ChA	107, 122, 126, 146
Cisterna P	21			Gálvez D	80
Clark P	26	E		Gana C	34, 98
Clavería C	22	Ebensperger A	148	Gárate MI	15, 37, 83, 124, 126
Clerc N	17, 128	Epelde-Aguirre C	92	Garay F	22
Codner E	32	Erices O	88	Garay GF	25
Concha N	127	Erranz B	138, 141	Garcés P	95
Consigliere ME	24	Errázuriz J	70	García MJ	18
Contardo M	150	Escaffi JA	87	Gasitulli A	11
Conto L	106	Escalante MJ	142	Gasitulli OAJ	127
Contreras A	36	Escalona M	41	Geraldo G	20
Corbalán J	124	Escobar JJ	135	Giglio C	28
Cordero J	105, 137	Escobar M	107, 108, 110	Ginesta A	66
Córdova G	22, 47, 142	Escobar P	21, 49	Glasinovic M	106
Córdova T	14	Escobar R	105, 107, 108,	Godoy CC	28
Cornejo V	59		110, 112, 113	Godoy M	146
Coronado L	117	Espinoza C	94, 99	Godoy R	107, 108
Coronado VL	120	Espinoza CM	15, 124, 126	Gómez GN	27
Corral E	55	Espinoza M	37, 72, 83, 93	Gomolán P	19
Correa L	10	Espinoza MM	15	González A	19, 47, 48, 50, 59,
Correia G	95	Esquivel M	85, 86		61, 91, 95, 103
Cortés F	52	Estay V	89	González AM	22, 23
Cortés J	118	Ezquer F	138	González C	40, 84
Cortés V	20			González CR	16
Cortez P	35, 121	F		González DS	23
Covarrubias N	47, 48, 50, 59, 61	Faccilongo C	24	González F	36

González JL	83, 94	Insunza FA	99	López AM	20
González KC	27	Iñiguez G	32	López G	55
González L	84	Iñiguez OF	27	López L	66
González N	29			Loyola M	34
González P	123	J		Lucchesi O	71
González R	89	Jackson A	62	Lucero N	110
González S	22, 23	Jamett E	97	Luengo X	11
González VAM	23	Jans A	114, 115, 119		
Goycoolea C	95	Jara A	116	M	
Grandy M	96	Jara J	71, 75	Macho FL	15
Grandy VM	73	Jara M	35	Madrid HR	145
Grob LF	28	Jara R	19, 72	Madrid R	17, 128, 147, 148
Guajardo V	97	Jara V	29, 31	Maggiolo LM	109
Guardia S	41	Jaramillo Y	17, 128, 147, 148	Malebrán B	143
Guerra OM	101	Jodorkovsky M	91	Mallol J	36
Guerrero A	19	Jorquera P	17	Mamani R	77
Gutiérrez C	10, 94	Jorquera RG	147	Mancilla E	30
Gutiérrez D	58	Juanico A	26	Mancilla P	75
Gutiérrez FC	129	Juárez EP	134	Manríquez J	117
Gutiérrez SC	102			Manríquez OM	133
Guzmán AM	58	K		Manríquez UJ	120
Guzmán C	38	Kae NJ	98	Mansilla AB	20
Guzmán G	24	Karime RH	31, 51, 55	Marcelo K	54
Guzmán K	76	Karl M	121	Marchesini M	109
Guzmán ML	45, 53, 56	Kleinsteuber K	105	Mardones C	29
Guzmán NM	127	Kohan R	54	Mardones P	15
		Koppmann A	146	Mardones TM	143
H		Krause E	51, 63	Margarit C	113
Hachim A	17	Krause HS	42	Marín F	33, 63
Haro RK	16, 20, 67	Kutz AM	21	Marinov MP	129
Harris P	34			Martin D	58
Hassi J	116	L		Martin R	77
Hernández A	58, 100, 101	Labraña Y	74	Martínez A	47, 58, 111
Hernández H	11	Lacourt P	29, 31, 51	Martínez D	130
Hernández M	22	Lagos E	82	Martínez DP	78
Hernández T-BMS	135	Lagos M	14, 45, 47, 52	Martínez J	38, 39
Herrera CL	57	Lagos MJ	58	Martínez JL	35, 90, 95, 104
Herrera J	93	Lagunas E	13, 14	Martínez L	45
Herrera O	16	Lantadilla T	11	Martínez M	79
Herrera S	114	Lara B	124	Martínez MP	97
Herreros J	11	Larraguibel S	132	Martínez N	130
Heusser F	22	Lay-Son G	45, 51, 53	Martínez P	63, 65
Heusser RF	25	Lehmann P	60, 106	Martínez PA	129
Hevia P	82	Leigh PS	92, 93	Martínez V	81
Hollstein GA	92, 93	Leiva HH	79, 102	Martins AM	54
Honorato J	58	León J	96, 139, 140	Maturana M	21
Hormázabal OP	42	León M	116	Maturana RM	73
Hornig V	74	Lépez B	28, 29	Matus MS	39
Hosiasson S	95, 104	Letelier ML	16	Mautz C	116
Hú C	132	Lezana V	14	McColl CP	39
Hurtado C	16	Lichtemberg A	116	McNab ME	56
		Linares A	54	Mediavilla M	51
I		Linares J	16	Medina L	98
Ibacache M	84, 85, 86	Lincopan A	46, 54	Mella G	45, 52
Ibáñez NE	147	Lira PF	99	Mella P	83, 88
Ibarra X	55	Lizama L	97	Mellado C	52
Ibieta M	29, 96	Lizama M	46, 47, 55, 64	Mellado E	121
Ibieta MA	96	Lizana ML	79	Melo C	40, 56
Inostroza SJ	67	Llorente M	63	Mena NP	98, 80
Inostroza T	84, 142	López A	38, 39	Mena RN	100

Menchaca CG	133	Núñez D	74	Piccardo C	30
Menchaca G	125			Pietroboni P	13, 14, 64
Menchaca OG	76	O		Pinochet TD	134
Méndez HE	100	Ochoa SH	27	Pinto M	95, 104
Mendoza M	72	Ogalde SN	39	Pittaluga E	55
Mercado C	56	Ojeda BME	57	Pittaluga PE	100
Mericq V	30	Ojeda S	94	Pivcevic CD	90, 97
Merino L	39	Olavarría F	51, 82	Poblete CS	102
Meriño P	12	Olavarría UF	85	Poblete DM	102
Mertens M	130, 132	Olguín AP	39	Poblete M	58
Meza GX	101	Olguín F	58	Poblete MT	63
Michea K	24	Olivari D	77	Podestá L	42
Mieres AV	120	Olivos A	49	Poggi H	52, 58
Mieres V	116, 117	Olmos CE	117	Pontigo CL	85
Milet LMB	98	Omerovic' D	63	Pontigo L	82
Milinarsky TA	18	Orellana JN	100	Prado DP	99
Millán T	11	Orfali JL	98	Prado F	124
Miranda M	108	Ormeño I	68	Prieto C	44
Moëne BK	87	Ortega B	12	Prieto CX	111
Molina PJ	25	Ortega E	79	Prieto X	94
Monge M	46	Ortega FX	87	Puga A	45, 53, 55, 141
Monje M	34	Ortiz ME	116		
Montaner M	71	Ortiz P	142	Q	
Montecinos T	24	Osses A	100	Quintana MA	18
Montoya SM	73	Osses LA	101	Quiroz C	111, 131, 149
Mora DR	39	Osses P	82, 100, 101	Quiroz L	85, 86
Moraga A	73	Ovalle A	97	Quiroz ZL	86
Morales F	127				
Morales R	41	P		R	
Moreno G	124	Páez AR	101	Raimann E	59
Moreno JA	24	Paillao MX	18	Ramacciotti A	95
Moreno PA	73	Paiva WE	99	Ramírez M	139
Moreno R	55, 111	Palacios M	71	Razmilic T	91, 103
Moreno SR	43, 57, 102	Pallini R	68	Rebollo MJ	131
Moreta CP	125	Palma X	40	Rebori A	85, 86
Moscoso G	88	Palomares M	45, 53	Reinoso S	88
Moscoso O	107, 110	Palomino HM	79	Repetto G	45, 52, 53, 55, 56, 62, 141
Moslemi I	77	Palominos G	91	Retamal J	77
Mühlhausen G	95, 98	Palomo C	10	Rey ZE	102
Mujica A	121	Palomo H	20	Reyes B	41
Muñoz	77	Panteón E	30, 31	Reyes M	37
Muñoz A	117	Parada CH	42	Riera CF	76
Muñoz J	147	Pardo M	97	Riffo UP	42
Muñoz K	110	Parodi C	103	Ríos G	14
Muñoz M	15, 37, 83, 87, 98, 124, 126	Passalacqua C	40, 56	Ríos OM	143
		Pasten N	91	Riquelme E	127
Muñoz MA	120	Patricio H	66	Riquelme L	121
Muñoz MG	92, 93	Pavez D	74, 82	Riquelme TR	100
Muñoz O	95	Pavez V	119	Rivas VR	18
Muñoz PN	39	Pedraza N	84	Rivera G	111
Muñoz RC	117	Peñailillo EM	101	Riveros G	33, 123, 130, 132
Muñoz-LLanco P	36	Peralta M	89	Rochet CP	80
		Peredo P	59	Rodríguez J	121
N		Pérez JL	75	Rodríguez P	66
Nagel L	80	Pérez M	36	Roine I	130
Nanfaro F	71	Pérez P	127	Rojas A	11
Navarro G	35, 121	Pérez R	41, 125, 139	Rojas E	13, 132
Navarro N	94, 99	Pérez SC	87	Rojas N	106
Novoa BC	100	Peters C	70, 75	Rojas OAE	127
Novoa PJM	99, 100	Peters SA	73		

Rojas RE	18	Sepúlveda C	31, 62	Urra F	148
Rojas S	38, 64, 76	Sepúlveda H	16	Urriola P	91
Rojas V	81	Sepúlveda J	71, 114	Urrutia C	121
Rojo A	150	Sepúlveda SA	43, 57	Urzúa GM	120
Romeo E	52	Sepúlveda TJ	42, 87		
Romero K	11	Signorelli V	60	V	
Romero SMI	81	Silva B	89	Vaisman S	135
Romero VF	42, 87	Silva BMJ	147	Valdebenito SC	133
Rosati P	82	Silva M	71	Valderrama P	95
Rossel M	35, 90	Silva MI	13	Valdés OMV	103
Rubio M	79	Silva N	44, 60, 123	Valdivia G	73
Rubio VP	81	Silva V	81	Valenzuela GL	125
Rudolph QC	107, 122, 126, 146	Slaibe L	29, 31	Valenzuela GP	43
Ruiz M	28	Solari S	52	Valenzuela J	19
Ruiz MF	109	Soriano H	34	Valenzuela V	118
Rumie A	44, 60	Soto I	19	Varas F	19
Rumié H	29	Soto MJ	79	Varela M	45
Rumié HK	30	Soto R	106	Varela MV	109
Ruminot K	79	Soto S	77	Varela P	137
S		Sotomayor CC	21	Vargas CNA	134
Said D	150	Soza CG	67	Vargas P	20
Saieh AC	87	Soza G	67	Vásconez V	88
Salas F	10	Stegmaier BH	67	Vásquez MP	104
Salas J	93	Suárez MA	146, 150	Vega CC	143
Salas O	10, 80	Subiabre FMJ	85	Vega L	49
Salas R	91	Subiabre MJ	82	Vega M	61
Salas UC	80	Szigethi M	113	Vejar L	17, 128, 147, 148
Salazar C	149	T		Vejar M	111, 131
Salazar S	56	Täger FM	78	Velásquez A	142
Saldías G	17, 145	Tagle AJ	27	Venegas G	15, 96
Salgado D	24	Talavera JO	26	Venegas NP	134
Salinas AP	133, 136	Tapia L	103	Vera L	36
Salinas L	105, 112	Tapia S	123	Vergara C	114, 115, 119
Salinas R	98	Tellerías L	58	Vergara ML	99
Salomón C	71	Terreros G	36	Vergara R	24, 68
Salomón T	138, 141	Tirreau V	116	Vergara RK	135
Sánchez G	77, 90	Tobar A	143	Vernal SP	100
Sánchez L	85, 86	Tobella L	56	Verscheure F	64
Sánchez V	19	Toledo GMI	25	Vidal D	21
Sandaña P	93	Toledo MI	18	Vidal SP	16
Sandino D	19	Tonelli R	71	Viejo L	62, 65
Sandoval SG	133	Toro JC	98	Villa OC	43
Sanhueza GP	42, 87	Torres C	49	Villacreses RT	119
Sanhueza P	132	Torres J	97	Villalobos J	104
Santander D	47, 48, 50, 59, 61	Torres M	72, 73	Villalón H	35, 90, 95, 104, 135
Santelices F	89	Torres MF	138, 141	Villanueva ChM	78
Santos G	71	Trampe K	74	Villanueva P	79
Santos M	45	Troncoso M	118	Villanueva S	31, 62
Sanz P	45, 53, 56, 58	Troncoso TP	16, 20, 67	Villaseca B	150
Scaramelli SM	109	U		Villegas K	97
Schafer C	79	Uarac M	60	Vinet RAM	67
Scheu C	142	Ugarte F	31, 32, 62	Viñals F	61
Schiele C	22	Ulloa QR	81	Vivanco-Muñoz N	26
Schmauck LA	27	Urbina M	47, 48, 50, 59, 61	Viviani P	138, 144
Schönhaut BL	133, 136	Urcelay G	22, 46	Vlassara H	30
Schönstedt GM	133, 136	Uribarri J	30	von Dessauer B	142
Sedaghat TN	147	Uribe D	21	W	
Segovia O	113	Uribe S	116	Wegner A	147
Selman E	49, 61			Wenzel MS	75

Werlinger CF	120	Yáñez WP	135	Zamorano J	69, 70, 75
Werlinger F	117	Yévenes I	117	Zamorano J	150
Westphal K	36	Yévenes LI	120	Zaror C	114, 115, 119
Wietrstruck MA	64	Yévenes TS	21	Zaror CL	78
Wilhelm BJ	99	Yilorm M	63	Zavala A	30
Wong C	41	Yizmeyían A	31, 62	Zepeda A	11
		Yunge M	106	Zillmann G	116, 117, 119, 120
Y				Zulic ACh	135
Yamamoto CM	99			Zuloaga R	71
Yáñez FMD	104	Z		Zúñiga J	33, 123, 130, 132
Yáñez L	69, 70, 75	Zambra M	132	Zúñiga N	47

ALTA ZINC[®]

ZINC /SAVAL



Pensando en Grande



Un micronutriente de ALTA importancia

- Monodroga
- Único con 30 ml, asegurando más días de tratamiento
- Único con 40 comprimidos, asegurando más días de tratamiento
- Mayor economía dosis a dosis



www.savall.cl

30^{ml} ALTAZINC[®] (zinc)
Presentaciones:
10 mg por 40 comprimidos
15 mg por 40 comprimidos
5 mg / ml por 30 ml gotas orales

Broncatox[®]

LEVODROPROPIZINA/SAVAL

**BLOQUEA EL ORIGEN
DE LA TOS**

