

**Resúmenes presentados en el
V Curso Internacional y
II Congreso de Neumología Pediátrica**

Hotel Crowne Plaza, 4-7 de Octubre,
Santiago de Chile

Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica

EVALUACION DE LA FUNCION PULMONAR CON ESPIROMETRIA Y OSCILOMETRIA DE IMPULSO EN PACIENTES PORTADORES DE FIBROSIS QUISTICA

Ilse Contreras, Rodolfo Meyer, Pedro Pablo Cox, Marcela Linares. Hospital Padre Hurtado, Santiago.

Introducción: Evaluar la función pulmonar desde etapas tempranas de la vida en niños portadores de fibrosis quística (FQ), es fundamental para objetivar la evaluación y pronóstico de estos pacientes. **Objetivo:** Comparar los resultados obtenidos con espirometría y Oscilometría de Impulso (IOS) en un grupo de pacientes con FQ. **Material y método:** Se realizó una IOS y espirometría en forma correlativa pre y post-broncodilatador, a 12 pacientes con FQ en condiciones basales, con un equipo Jaeger MasterScreen IOS, año 1999. **Resultados:** La edad promedio fue de 10,11 años (2,8- 16), 6 mujeres. El grado de severidad fue leve en 3, moderado en 4 y severo en 2 pacientes. Con la espirometría 4 niños resultaron obstructivos con CVF disminuida, 5 restrictivos y 3 normales. Con la IOS 3 pacientes mostraron obstrucción periférica, el resto fueron normales. Los informes espirométricos coincidieron con la severidad de la enfermedad, lo que no ocurrió con la IOS, donde incluso uno de los pacientes con compromiso pulmonar más severo, presentó una oscilometría normal. Una respuesta broncodilatadora significativa se encontró en un solo paciente con VEF0,5 y en otro niño en R5. Con la espirometría 6 niños presentaron respuesta paradójal al broncodilatador. **Conclusiones:** Ambas técnicas son complementarias para la evaluación de la función pulmonar, siendo la espirometría más sensible que la IOS para detectar compromiso pulmonar en este grupo de pacientes con FQ.

ESTADO DE LA EDUCACION EN ASMA PEDIATRICA EN EL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO DE CHILE

Ricardo Madrid, Tatiana Espinoza, Nadinne Clerc, Gloria Saldías, Ema Villalobos, Leonardo Vejar, Yanina Jaramillo. Unidad de Neumología Pediátrica Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río

Introducción: El asma bronquial es una enfermedad crónica y compleja que requiere de conocimientos y destrezas para su automanejo. Se ha demostrado que la educación en asma, representa una parte esencial de su tratamiento, logrando mejorar la capacidad del niño y su familia para controlar la enfermedad, reduciendo la morbilidad y costos mejorando la calidad de vida del paciente. Por estas razones la educación de las madres y pacientes es esencial para el éxito del tratamiento. **Objetivo:** Evaluar el grado de conocimiento sobre asma de los acompañantes de los pacientes que consultan. **Metodología:** Durante febrero a mayo de 2006 se aplica un cuestionario previamente validado (1) compuesto por 18 preguntas sobre conocimientos de la enfermedad, mitos y creencias, otros aspectos como ejercicio físico y tabaquismo, a 165 madres (acompañantes) de niños asmáticos controlados en policlínico de broncopulmonar y salas IRA de consultorio. El cuestionario fue calificado por los acompañantes mediante una escala tipo Likert. **Resultados:** completaron el cuestionario en su totalidad 163 acompañantes. La mayoría de los acompañantes tenían educación media. Paciente: masculino 57%, edad promedio 6,9 (+/- 4,7) años. Tiempo de diagnóstico médico de asma: 77% > 24 meses. 93% en tratamiento esferoidal inhalatorio. Asociación a atopia 70%, familiar directo asmático 39%. Origen de la información entregada: 41 de 163 había recibido algún tipo de información. El sistema más utilizado de transmisión de información fue enseñanza directa por profesionales de la salud (51%) seguido por TV (14%). Calidad de conocimientos: sobre 60% de las madres tenían información distorsionada sobre **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

EVALUACION DE LA FUERZA MUSCULAR INSPIRATORIA EN NIÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE VENTILACION NO INVASIVA (AVNI) EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

Torres R, Vera R, Salgado R, Benz E, Kuo C, Puppo H, Salinas P, Muñoz F, Villarroel G, Moscoso G, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Respiratorio. Subsecretaría de Redes. Ministerio de Salud.

Introducción: El Programa AVNI incluye pacientes menores de 20 años que presentan debilidad muscular y cifoescoliosis. En forma primaria o secundaria desarrollan compromiso de la bomba respiratoria. La evaluación de la fuerza de la musculatura respiratoria midiendo la presión inspiratoria máxima en la boca (Pimax), es un método fácil de realizar. **Objetivo:** Evaluar la fuerza de la musculatura inspiratoria en los pacientes beneficiarios del Programa de AVNI. **Material y Método:** Se incluyeron pacientes que pudieran realizar registro de Pimax, según la técnica descrita por Black and Hyatt para lo cual se utilizó un manómetro aneroide DHD 55-0120 calibrado en centímetros de agua, 0 a 120 cm H₂O. Los valores obtenidos fueron comparados con los valores de referencia de Szeinberg y Cols. **Resultados:** Se incluyeron 19 niños beneficiarios del Programa de AVNI, 7 mujeres y 12 hombres. Edad: mediana 12 años (rango 8-16). La distribución diagnóstica fue: Síndrome de Duchenne 7(37%), Atrofia Muscular Espinal II 5(26%), Miopatía Congénita 3(16%) y otros 4(21%). La Pimax observada fue 47% (rango 23-71%) del límite inferior según edad y sexo. **Conclusiones:** Existe disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios en los pacientes requerientes de AVNI con compromiso primario de la bomba respiratoria lo que puede facilitar acontecimientos adversos por fatiga muscular.

PROTOCOLO DE ENTRENAMIENTO MUSCULAR RESPIRATORIO (EMR) DEL PROGRAMA NACIONAL DE VENTILACION NO INVASIVA (AVNI) EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

Vera R, Torres R, Salgado R, Benz E, Kuo C, Puppo H, Salinas P, Muñoz F, Villarroel G, Moscoso G, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Respiratorio. Subsecretaría de Redes. Ministerio de Salud.

Introducción: El EMR aumenta la fuerza y resistencia de la musculatura inspiratoria en trastornos obstructivos y restrictivos. La debilidad muscular impacta la evolución clínica y calidad de vida, es por ello que el Programa AVNI entrega un protocolo basado en los principios fisiológicos del entrenamiento con cargas. **Objetivos:** Describir el protocolo de entrenamiento del Programa AVNI y presentar datos preliminares de pacientes que completaron el 1er ciclo de entrenamiento. **Material y Método:** Se incluyen los pacientes sin limitación cognitiva. Se evalúa la Presión Inspiratoria Máxima (PiMax) según la técnica de Black and Hyatt. Se utilizan válvulas de umbral regulable threshold (IMT) con 30 % de la PiMax como carga de trabajo. Se evalúa la fuerza, resistencia, potencia muscular y calidad de vida, cada 4 semanas. **Resultados:** 26/80 niños beneficiarios del programa han sido incluidos en el protocolo de entrenamiento (33%). Edad: mediana de 11,5 años (rango 4 a 17a). 18(69%) hombres y 8(31%) mujeres. 17(65%) están con Bipap. Distribución diagnóstica: Duchenne 8(31%), AE Tipo II 7(27%), Mielomeningocele operado 3(12%), Miopatía congénita 2(8%), Síndrome Crouzone 2(8%), Daño pulmonar crónico 1(4%), y Misceláneas 3(12%). La Pimax observada fue 47% (rango 23-71%) del límite inferior según edad y sexo. Cinco pacientes (19%) completaron la primera evaluación (4 semanas), el delta promedio de aumento Pimax fue 17% (rango 8-24%). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes entrenados son enfermos neuromusculares y con AVNI en curso. En aquellos pacientes que completaron el primer ciclo se observó mejoría de la fuerza de la musculatura inspiratoria. Se requieren **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

HIPOTERMIA MODERADA REDUCE EL DAÑO Y LA PRODUCCION DE CO2 EN MODELO DE DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR VENTILACION MECANICA.

Cruces P, Ronco R, Erranz B, Conget P, Pires Y, Donoso A. Instituto de Ciencias, Universidad del Desarrollo -Clínica Alemana- Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El empleo inapropiado de la ventilación mecánica (VM) es capaz de generar daño pulmonar y de amplificar una noxa pulmonar pre-existente. Éste fenómeno mecánico, denominado daño inducido por la VM (DIVM), es capaz de gatillar consecuencias biológicas locales y a distancia. La hipotermia ha sido empleada en situaciones clínicas que generan un desequilibrio entre la entrega y el consumo tisular de oxígeno, debido a su capacidad de reducir este último. **Objetivo:** Determinar el efecto de la hipotermia moderada (HM) sobre marcadores moleculares y vasculares de DIVM e intercambio gaseoso. **Material:** Se emplearon 12 ratas machos Sprague-Dawley adultas. Tras inducción inhalatoria con Sevoflurano fueron anestesiadas con xilazina y ketamina, tras lo cual se intubaron y ventilaron mecánicamente en modalidad presión control, PIM 40 cmH₂O, ZEEP, FR 60/min, TIM 25%, FIO₂ 100%. Los animales se aleatorizaron a grupos normotermia (N) (37 ± 1°C, n=6) e hipotermia (H) (34 ± 1°C n=6). La temperatura se midió a nivel de esófago torácico. Se registró gasometría arterial, gravimetría, análisis histológico y medición de concentración de proteínas, IL-1β y TNF-β en el sobrenadante del lavado bronco alveolar (LBA), estas últimas también en plasma. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, y el test de Wilcoxon para diferencias de medianas. **Resultados:** Los animales con HM redujeron relación peso húmedo/seco y PaCO₂, respecto a los animales normotérmicos, no siendo significativa la mejoría de la PaO₂. No hubo diferencias respecto al score histológico de daño pulmonar, ni de concentración de proteínas en LBA. **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

KINESITERAPIA RESPIRATORIA (KTR), FIBROSIS QUISTICA (FQ) Y FUNCION PULMONAR (FP): ANALISIS DE UN CASO.

Rodolfo Meyer, Ilse Contreras, Marcela Linares, Pedro Pablo Cox. Hospital Padre Hurtado, Santiago

Introducción: Existen técnicas de KTR para el tratamiento de la Obstrucción Bronquial por secreciones en FQ. Mostramos una, que a diferencia de otras no es consumidora de tiempo. **Objetivo:** Evaluar los efectos de la KTR a través de la función pulmonar en una portadora de FQ. **Caso clínico y Método:** Adolescente de 16 años portadora de FQ con afectación moderada. Realiza Oscilometría (IOS) y Espirometría (E) basales y post broncodilatador (BD). Posterior a ello se efectúa KTR y se repiten exámenes, según criterios internacionales en un equipo Jaeger MasterScreen-IOS calibrado. Los valores de referencia fueron Gutiérrez/Knudson para E y Duiverman para IOS. **Protocolo Kinésico:** Aplicación de Presiones Espiratorias Lentas Mantenidas (PELM) en zonas paraesternales durante 5 a 6 ciclos respiratorios o aparición de tos inducida. Paciente en posición supina y Kinesiólogo hacia cefálico, realiza inspiración profunda en forma entrecortada y sucesiva antes de la PELM. Se repite técnica 8-10 veces, duración total de la sesión no mayor a 12 minutos. Después de 10 minutos se reevaluó FP. **Resultados:** La E basal fue restrictiva moderada (64%), y la IOS basal fue normal, ambas sin respuesta post BD. La E post KTR tuvo cambios significativos en CVF (17%), VEF1 (17%), FEF25-75 (35%) y FEF50 (32%). La IOS post KTR también mostró cambios significativos en Z (39%), R5 (40%), R20 (39%) y Fres (32%). **Conclusiones:** Esta técnica de KTR fue beneficiosa ya que aumentó significativamente los flujos y volúmenes dinámicos, como así también disminuyó las resistencias respiratorias.

VOLUMENES PULMONARES: VALORES PLETISMOGRAFICOS NORMALES EN ESCOLARES CHILENOS

Caussade S, Pulgar D, Viviani P, Sánchez I. Sección Respiratorio, Departamento de Pediatría. Departamento Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La pletismografía constituye el método más exacto para medir volúmenes pulmonares. Las normas internacionales sugieren usar valores teóricos referenciales de Zapletal, 1987. **Objetivos:** establecer posibles diferencias con los valores descritos y proponer ecuaciones de referencia nacionales. **Sujetos y método:** se midió CVL, CI, VRE, CRF, VR, CPT y VR/CPT en escolares sanos chilenos, utilizando espirómetro y pletismógrafo Medgraphics 1070-1085 en 123 mujeres y 122 hombres, de 7-18 años. Análisis estadístico: t de Student y regresión Stepwise. **Resultados:** Al comparar los valores predictivos con los obtenidos se encontraron cifras significativamente mayores en CVL, CI, VRE, CRF, VR, VR/CPT y CPT en prácticamente todos los grupos estudiados (p<0,02), salvo CVL en hombres 7-9 años, VRE mujeres y hombres 12-13 años, VRE mujeres 14-15 años, CI mujeres 16-18 años. Al graficar por talla/variable estudiada se observó un punto de inflexión en las niñas a los 12 años y en los niños a los 14 años, elaborándose fórmulas predictivas separadas según sexo y grupo etareo.

| Variable | Mujeres 7-11 años | Mujeres 12-18 años |
|----------|---------------------------|----------------------|
| CRF | -2,41 + 0,0294xTalla (cm) | -4,33 + 0,0436xTalla |
| VR | -0,895 + 0,0137xTalla | -1,94 + 0,0211xTalla |
| CPT | -4,59 + 0,0577xTalla | -7,59 + 0,0788xTalla |
| Variable | Hombres 7-13 años | Hombres 14-18 años |
| CRF | -2,62 + 0,0316xTalla | -5,72 + 0,0535xTalla |
| VR | -0,462 + 0,0112xTalla | -0,68 + 0,0144xTalla |
| CPT | -5,92 + 0,0684xTalla | -13,9 + 0,121xTalla |

Conclusión: los valores obtenidos difieren significativamente de los teóricos utilizados actualmente, lo que podría explicarse por diferencias antropométricas entre las poblaciones estudiadas. El hecho de presentar fórmulas diferenciadas por sexo y grupo etareo, según la aparición del estirón puberal, otorgaría mayor precisión a estas. Proponemos su utilización como patrón de referencia nacional.

PROGRAMA DE EVALUACION CLINICA DE SEGUIMIENTO RESPIRATORIO DE RECIEN NACIDOS SOMETIDOS A OXIGENACION CON MEMBRANA EXTRACORPORA (ECMO): REPORTE PRELIMINAR

Bernardita Chateau, Viera Morales, Javier Kattan, Pablo Bertrand. Secciones Respiratorio Infantil y Neonatología. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: ECMO es un tratamiento de rescate en enfermedades respiratorias y cardíacas graves. **Objetivo:** Describir características clínicas de recién nacidos (RN) sometidos a ECMO enfatizando en su evolución clínica respiratoria. **Material y método:** Estudio descriptivo. Revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a ECMO desde 2003. Se registró datos clínicos, patología de base y sintomatología respiratoria. Los controles fueron a los 4-6, 12-18 meses, 3 y 5 años. **Resultados:** Han ingresado al programa un total de 18 RN, género masculino 67%, edad gestacional 38 semanas (28-42). Las enfermedades de base más frecuentes: Hernia Diafragmática 44%, Síndrome Aspirativo Meconial 17% y Neumonía 17%. Causas de ingreso a ECMO: Respiratorias 89% y Cardíacas 11%. Estadía promedio 9 ± 3 días. Mortalidad de la serie: 4. De los sobrevivientes, 3 niños requieren oxigenoterapia domiciliaria al alta. Al primer control habían presentado interurrencias respiratorias (Bronquiolitis) 3 de 15 pacientes. Al segundo control, 4 de 15 pacientes habían presentado sibilancias recurrentes. **Discusión:** ECMO es una terapia de rescate de enfermedades respiratoria y cardíaca graves, no exenta de mortalidad y morbilidad. La morbilidad asociada podría ser atribuida a la enfermedad de base más que al ECMO por sí mismo. Será necesario complementar estos resultados, con estudios de mayor población.

EVOLUCION CLINICA Y RADIOLOGICA ATIPICA DE NEUMATOCELE: REPORTE DE UN CASO

Bernardita Chateau, Viera Morales, Nils Holmgren. Sección Respiratorio Infantil, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El neumatocele es una complicación poco frecuente de la neumonía, generalmente asintomático que se resuelve espontáneamente. **Objetivo:** Presentar la evolución atípica de un neumatocele en base a un caso clínico y discutir opciones de tratamiento. **Reporte del caso:** Lactante mayor, género femenino, con antecedente neumonía lóbulo superior derecho a los 16 meses de vida. En controles radiográficos a los 17, 18 y 19 meses de vida se evidenció imagen quística aérea de paredes finas en ápex derecho en progresivo aumento. Asintomática hasta los 20 meses cuando fue hospitalizada por cuadro bronquial obstructivo por virus respiratorio sincicial y se constató mayor crecimiento de la imagen. Se tomó conducta expectante con seguimiento clínico y radiológico de la lesión, siguiendo flujograma de estudio previamente publicado. En control ambulatorio a los 21 meses se evidenció resolución casi completa de imagen quística en la radiografía. **Discusión:** Este caso sería un neumatocele simple por ser asintomático, ocupar menos del 50% del hemitórax, sin atelectasia o fístula broncopleurales ni signos de abscesación, pero atípico por crecimiento sostenido. Los neumatoceles simples quedan en observación y los complicados pueden ser drenados por punción bajo imagen radiológica o resecados quirúrgicamente. En este caso se optó por seguimiento clínico y radiológico, pudiendo confirmar su resolución espontánea.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR OXIGENODEPENDIENTE: 3 AÑOS DE PROGRAMA MINISTERIAL

Bernardita Chateau, Alejandra Zamorano. Unidad Broncopulmonar Infantil. Hospital Dr. Sótero del Río y Sección Respiratorio Infantil. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Displasia broncopulmonar (DBP) es una de las principales complicaciones de la prematuridad y un porcentaje de estos pacientes requieren oxigenoterapia. **Objetivo:** Describir las características clínicas, factores de riesgo y de oxigenoterapia de niños con DBP oxigenodependientes en control en Broncopulmonar Infantil en un hospital público. **Material y método:** Estudio retrospectivo, revisión de ficha clínica de pacientes egresados de Neonatología con diagnóstico de DBP oxigenodependientes controlados en policlínico de Broncopulmonar Infantil del hospital Dr. Sótero del Río desde el año 2003. Registro de datos demográficos, prenatales, patología neonatal y respiratoria, y oxigenoterapia. **Resultados:** Se registraron datos de 43 pacientes, 60% hombres, edad gestacional 26 semanas (24-32). En 10 pacientes se registró rotura prematura de membranas. Las patologías neonatales más frecuentes: Enfermedad de membrana hialina 63%, Ductus arterioso persistente 58%, infección sistémica 53%. Un 86% requirió ventilación mecánica, con duración de 26 días (1-660). La duración del programa de oxigenoterapia fue de 152 días (35-830). En el seguimiento un 84% presentó intercurencia respiratoria siendo síndrome bronquial obstructivo lo más frecuente (65%). **Conclusión:** Los niños con DBP oxigenodependientes son, en su mayoría, prematuros extremos que presentaron patología asociada que los pone en mayor riesgo de daño pulmonar. La oxigenoterapia es prolongada, por lo que la posibilidad de que está sea domiciliaria ayuda a una mejor evolución.

UTILIDAD DEL VEF0,5 VERSUS VEF1 EN LA INTERPRETACION DE LA ESPIROMETRIA REALIZADA EN PREESCOLARES ASMATICOS

Marcela Linares, Rodolfo Meyer, Pedro Pablo Cox, Ilse Contreras. Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile

Introducción: El VEF1 no siempre puede obtenerse en las espirometrías de preescolares por que frecuentemente realizan tiempos espiratorios menores de 1 seg. **Objetivo:** evaluar la utilidad del VEF0,5 versus VEF1 en la espirometría con estandarización modificada en preescolares asmáticos. **Material y método:** se realizó una espirometría a 39 niños asmáticos y a 77 sanos. Cada niño efectuó todas las curvas espiratorias forzadas posibles en 15 minutos, con programas de incentivo según necesidad. Ningún niño había realizado espirometrías previamente. Todos los exámenes fueron conducidos por la misma persona con un equipo Jaeger MasterScreen-IOS. Se consideraron aceptables las curvas con un PEF evidente y que no finalizaron en flujos > al 20% del PEF. **Resultados:** lograron 2 curvas aceptables el 90 y 96 % de los asmáticos y sanos respectivamente. La edad promedio fue de 4,7 años (2,5- 5,9), 46% hombres en el grupo de sanos y de 3,8 años (2,3- 5,2), 60% hombres en los asmáticos. Se obtuvo VEF1 en el 51,3% y el 43% de los sanos y asmáticos respectivamente. Todos los niños lograron VEF 0,5 con un coeficiente de variación de 4%. Se observó respuesta broncodilatadora significativa en VEF0,5 en el 49% de los niños asmáticos. **Conclusiones:** concluimos que el VEF0,5 tiene mayor utilidad que el VEF1 en la interpretación de la espirometría del preescolar debido a que se logra en el 100% de los niños sanos y asmáticos aquí estudiados y es un parámetro de baja variabilidad.

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS CON PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA

Bernardita Chateau, Mireya Méndez, Salesa Barja. Secciones Nutrición y Respiratorio Infantil. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile y Hospital Josefina Martínez.

Introducción: Los pacientes con patología respiratoria crónica están en riesgo de compromiso nutricional. **Objetivo:** Describir el estado nutricional de niños con patologías pulmonares crónicas, y relacionarlo con requerimiento de oxígeno. **Material y método:** Estudio retrospectivo, revisión de primera evaluación nutricional de pacientes hospitalizados en Hospital Josefina Martínez. Se registraron datos demográficos, antropométricos y patologías de base y respiratoria. El diagnóstico nutricional se realizó mediante índices antropométricos P/E en menor de 1 año, P/T y T/E en todos, expresados en z-score. **Resultados:** Se registraron datos de 46 pacientes, 60% hombres, edad 23 meses (1-115). Las patologías respiratorias crónicas fueron: Daño Pulmonar Crónico 65%, Displasia Broncopulmonar 24% y Fibrosis Quística 11%. Al ser evaluados 71% requerían oxigenoterapia, promedio 0.45 ± 0.41 lpm. En menores de 1 año P/E: -1.55 ± 0.86 , en todos P/T: -0.03 ± 1.62 y T/E: -1.56 ± 1.00 . El diagnóstico nutricional en base a talla: normal 72% y talla baja 28%. En base a P/E y P/T se encontró desnutrición 46%, eutrofia 37% y sobrepeso-obesidad 17%. No se observó correlación entre requerimiento de oxígeno y severidad del compromiso nutricional. **Conclusión:** Los niños con enfermedades pulmonares crónicas presentan alta prevalencia de compromiso nutricional agudo y crónico, y requieren que el equipo de salud aplique una conducta anticipatoria para optimizar

NEUMOTORAX ESPONTANEO: CASO CLINICO

Carmen Sandoval, Pablo Brockmann, Alejandra Zamorano, Nadin Clero, Alicia Ebensperger, Elena Ortiz y Claudio Montenegro. Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago.

Introducción: El neumotórax espontáneo es una entidad infrecuente en pediatría que puede significar una emergencia médica y, a veces, ser de difícil diagnóstico etiológico. **Material y método:** Se revisa evolución, exámenes de laboratorio y radiológicos de paciente con neumotórax espontáneo primario. **Resultados:** Paciente de 14 años sano, ingresa el 31/07/06 al Servicio de Urgencia Hospital Dr. Sótero del Río por cuadro de 2 días de evolución de dolor torácico súbito, tope inspiratorio, diaforesis y adinamia. Hemodinamicamente estable, afebril, satura 97% sin oxígeno, con disminución de tonos cardíacos y abolición de murmullo pulmonar izquierdo (PI). Radiografía de tórax: Neumotórax masivo izquierdo normotensivo. Se instala drenaje pleural, persistiendo colapso del PI con excelente tolerancia clínica. TAC de tórax: colapso PI con zonas de adherencias hacia posterior. Fibrobroncoscopia descarta cuerpo extraño y/o masa endobronquial. Lavado broncoalveolar: cultivo corriente, de koch y baciloscopías negativas. Angiotac de tórax: gran cantidad de bulas subpleurales PI y lóbulo superior derecho. 10/08/06 se realiza Videotoracoscopia (se convierte a toracotomía) observándose parénquima pulmonar sano sin bulas, sin fístula traqueobronquial; se reexpande todo el PI. Evoluciona con colapso incompleto PI y logra reexpandir 8 días postcirugía. Se da de alta completando estudio ambulatorio con toma de VIH, hemograma y subpoblación linfocitaria por candidiasis oral. **Conclusiones:** El neumotórax espontáneo primario se presenta en jóvenes, deportistas, de contextura delgada, pero también puede ser secundario a EPOC, enfermedades intersticiales y del Tejido conectivo, TBC, VIH, Pneumocystis Jerovici. Microscopía del parénquima pulmonar logra ver cambios enfisematosos y/o bulosos en pulmones de aspecto sano macroscópicamente.

SIBILANCIAS RECURRENTES Y ASMA EN LACTANTES POST BRONQUIOLITIS GRAVE POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL: ¿EXISTE UN TRASFONDO GENÉTICO COMÚN? ESTUDIO PRELIMINAR

L. Tapia, R. Madani, C. Larrañaga, S. Ampuero, MA. Palomino. Departamento de Pediatría Norte. U. de Chile. Unidad de Broncopulmonar Hospital Roberto del Río.

El virus respiratorio sincicial (VRS) es muy importante en niños, afectando al 100% de los menores de 2 años. En Chile, es la primera causa de hospitalización por infección de la vía aérea baja (IRAB), hospitalizándose el 2%. Existe asociación entre IRAB por VRS, sibilancias recurrentes y asma; se debate si las sibilancias subsiguientes son producto de una función pulmonar disminuida al nacer, si el virus es la causa o si es un marcador de asma. **Hipótesis:** La infección severa por VRS es un marcador de la aparición de sibilancias recurrentes y asma en la infancia y se asocia a un trasfondo genético común. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de sibilancias recurrentes en lactantes previamente sanos tras una IRAB por VRS en el primer año de vida y comparar dichas frecuencias entre grupos de infección leve y moderada a severa. Establecer factores predictores de asma, comparando las frecuencias de estigmas atópicos y de antecedentes familiares entre ambos grupos. **Método:** Estudio de cohorte de niños previamente sanos que en el primer año de vida cursaron IRAB por VRS leve y moderada a severa (días de hospitalización > 5 y de O₂ > 3, FiO₂ > 30%, ingreso a UCI o ventilación mecánica). Se definió sibilancias recurrentes a 3 o más episodios en un año de seguimiento. Se constató uso de esteroides inhalados, historia familiar de asma y estigmas de atopía. Se obtuvo al ingreso al protocolo muestras de sangre tras consentimiento informado para realizar análisis genético buscando polimorfismos de un nucleótido (SNP) **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

LIPOBLASTOMA MEDIASTINICO EN PREESCOLAR. REPORTE DE UN CASO

Astudillo P, Herrera JM, Valenzuela M, Ibáñez R, Velozo L. Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Clínica INDISA.

Introducción: Las masas mediastínicas ofrecen a los especialistas un importante desafío, tanto de diagnóstico diferencial como en las decisiones terapéuticas. Se presenta en caso de un preescolar de 2 años 10 meses, segundo hijo, sin antecedentes perinatales ni familiares relevantes. Presentó al mes de edad SBO leve por VRS, con radiografía de tórax (RxTx) normal, portador de SBOR episódico infrecuente. Consulta por tos y ruido bronquial de varios días de evolución, encontrándose en buen estado general, sin disnea, al examen pulmonar roncus y algunas sibilancias. Se indica salbutamol en aerosol más prednisona oral y se solicita RxTx que muestra masa homogénea, de contornos precisos, en tercio superior derecho del mediastino, con desviación traqueal hacia izquierda. Tomografía de alta resolución revela masa paratraqueal derecha de densidad adiposa, ubicada en mediastino medio. Dada la ubicación y las características, se decide conducta quirúrgica. Se practica toracotomía derecha en 4° espacio intercostal, extirpándose completamente tumor de consistencia firme, de 4x3 cm, ubicado entre tráquea y subclavia, tronco braquiocéfalo venoso derecho. Se deja drenaje pleural por 24 horas y se da de alta al 5° día sin complicaciones. Estudio histopatológico concluye lipoblastoma, sin compromiso de bordes. **Discusión:** El lipoblastoma es un tumor benigno muy infrecuente que se origina en la grasa blanca embrionaria y afecta preferentemente a lactantes y niños pequeños, con predominio en sexo masculino. Se localiza en tronco o extremidades, siendo excepcional la ubicación mediastínica. En este paciente, dada la extirpación completa, es muy improbable la recidiva.

FACTORES DE RIESGO PARA DAÑO PULMONAR CRONICO EN PACIENTES CON NEUMONIA POR ADENOVIRUS

Pablo Jorquera, María Angélica Pérez, María Isabel Vaccaro, Guido Girardi, Selim Abara, Mónica Parietti, Dolores Pavón, Lilian Rubilar, Julio Maggiolo. Hospital Ezequiel González Cortés.

Se revisaron las fichas clínicas de 198 pacientes con diagnóstico de neumonía con adenovirus confirmado como etiología por inmunofluorescencia indirecta manejados en el Hospital Ezequiel González Cortés entre enero de 1988 y julio del 2005. Se consideró como portadores de daño pulmonar crónico a aquellos pacientes que durante la evolución posterior a la hospitalización presentaron necesidad de oxigenoterapia domiciliar o en el centro de la Fundación Josefina Martínez, a los que presentaron anomalías en la Tomografía Axial Computada incluyendo bronquiectasias, fibrosis, atenuación en mosaico u otro hallazgo que el neumólogo pediatra tratante considerara compatible con el diagnóstico. Se incluyeron también pacientes con atelectasia crónica o signos clínicos de hipoxemia crónica. Se descartó presencia de fibrosis quística y malformaciones pulmonares. Todos los pacientes cursaban con signología bronquial obstructiva moderada a severa prolongada lo cual no estaba presente en el grupo que no presentó daño pulmonar crónico. El análisis estadístico consistió en el cálculo de odds ratios con intervalo de confianza de 95% y cálculo de significación estadística a través de prueba de chi cuadrado. Se usó el programa Epi-info y se consideró significativo $p < 0,05$. Se encontraron como factores de riesgo significativo la hospitalización mayor a 7 días (OR 4,29 IC 95% 2,07-8,89, $p < 0,001$), antecedente de hospitalización durante los 7 días previos al diagnóstico (OR 3,31 IC 95% 1,69-6,47, $p = 0,002$), antecedente de SBO recurrente moderado o severo o persistencia de SBO por más de 1 mes (OR: 2,30 IC95% 1,21-4,376, $p = 0,0094$), examen de ingreso con murmullo **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

EXPERIENCIA DE NEUMONIAS POR ADENOVIRUS 1988-2005 EN EL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES

Pablo Jorquera, María Angélica Pérez, María Isabel Vaccaro, Selim Abara, Mónica Parietti, Dolores Pavón, Guido Girardi, Lilian Rubilar, Julio Maggiolo. Hospital Ezequiel González Cortés.

Se revisaron los antecedentes de 216 pacientes con inmunofluorescencia directa positiva para adenovirus, entre agosto 1988 y julio 2005 manejados en el Hospital Ezequiel González Cortés. En 211 los datos fueron extraídos de la ficha clínica y en 5 de la auditoría de mortalidad infantil. Presentaron Neumonía clínica y radiológica 198 pacientes (91,2%), en los 18 restantes se consideró otro diagnóstico siendo los más frecuentes infección respiratoria alta y fiebre faríngea-conjuntival. La distribución por sexo fue 66 mujeres (33,3%) y 131 hombres (63,1%), la edad promedio fue de 13,7 meses (1-142ms), siendo 125 pacientes (63,21%) menores de 1 año. En 70 pacientes (35,3 %) existió el antecedente de haberse encontrado hospitalizado durante los 7 días anteriores a la hospitalización por Adenovirus. El promedio de días de hospitalización fue de 17,1 días (1-248ds). Durante la evolución intrahospitalaria 24 pacientes (12,1%) requirieron ventilación mecánica y 25 pacientes (12,6%) requirieron beta 2agonistas en infusión endovenosa. Fallecieron 10 pacientes (5,0%) de los cuales 4 presentaban antecedentes de cardiopatía congénita, 2 de prematuridad extrema y 1 de daño neurológico. La evolución posterior a la hospitalización fue sin secuelas en 123 pacientes (62,1%), 58 (29,2%) presentó algún grado de secuelas pulmonares. En 7 no se puede determinar por continuar manejo en otros hospitales o cambiar de domicilio. Presentaron oxígeno dependencia 19 pacientes (9,5%), bronquiectasias 25 pacientes (12,6%), hipertensión pulmonar 10 pacientes (5,0%) y atelectasia crónica 15 pacientes (7,5%).

CORRELACION ENTRE LA ESPIROMETRIA Y EN TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS EN NIÑOS CON DAÑO PULMONAR CRONICO POSTVIRAL

Daniel Zenteno, Homero Puppo, Roberto Vera, Rodrigo Torres, Chung Kuo, Dolores Pavón, M Angélica Pérez, Guido Girardi. Unidad de Broncopulmonar. Hospital Ezequiel González Cortés. Universidad de Chile.

Objetivo: Determinar la relación entre las alteraciones de la espirometría y el test de marcha de 6 minutos (TM6) en Niños con Daño Pulmonar Crónico Postviral. **Pacientes y Métodos:** Estudio de cohorte longitudinal, donde se estudian 27 niños con Daño Pulmonar Crónico (DPC) postviral, controlados en el Hospital Ezequiel González Cortés. Se realiza espirometría basal y TM6 según normas técnicas de la ATS, con un intervalo < de 1 semana. Se utilizan valores de referencia de Gutiérrez para la espirometría y de Escobar para TM6. Se relacionan los valores absolutos porcentuales de VEF1, CVF, VEF1/CVF y FEF 25-75 con la diferencia porcentual entre la distancia esperada y caminada (C), índice de Borg (IB), saturación de O2 (SO2) y frecuencia cardíaca (FC) al terminar el TM6; mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, considerando significativos $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS 11,5. **Resultados:** La edad promedio de los niños era 12 ± 2 años, 18 varones. Los valores promedios de las variables espirométricas fueron: CVF $85,4 \pm 15$ %, VEF1 $58,3 \pm 23$ %, VEF1/CVF $59,3 \pm 32$ % y FEF 25-75 de $31,7 \pm 25$ %. La distancia recorrida promedio fue un 13% menor al límite inferior de los valores esperados. El IB y la SO2 finales fueron de 6 ± 2 y 95 ± 4 % respectivamente. No se encontró correlación entre C y las variables espirométricas; si con el IB, SO2 y FC al finalizar el TM6, como se detalla a continuación. (* = $p < 0,05$) **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

| | C | IB final | SO2 final | FC final |
|-----------|----------|------------|-----------|------------|
| VEF1 | rho= 0,2 | rho= -0,7* | rho= 0,5* | rho= -0,5* |
| VEF1/CVF | rho= 0,3 | rho= -0,7* | rho= 0,4* | rho= -0,4* |
| FEF 25-75 | rho= 0,3 | rho= -0,8* | rho= 0,4* | rho= -0,5* |

EVALUACION MUSCULATURA INSPIRATORIA EN NIÑOS PORTADORES DE MIELOMENINGOCELE

Daniel Zenteno, Homero Puppo, Roberto Vera, Rodrigo Torres, Chung Kuo, Dolores Pavón, M Angélica Pérez, Guido Girardi. Unidad de Broncopulmonar, H. Ezequiel González Cortés. Univ. de Chile.

Introducción: Los niños con Mielomeningocele (MMC) presentan debilidad de las extremidades, malformaciones torácicas, alteraciones posturales, obesidad y sedentarismo; lo que podría afectar la función respiratoria. Existe controversia sobre las alteraciones de la función pulmonar y de los músculos respiratorios en estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar la fuerza global de la musculatura inspiratoria a través de la Pimax, en niños portadores de MMC. **Material y Métodos:** Se reclutan 13 niños portadores de MMC, controlados en el Hospital Ezequiel González Cortés. Se obtuvo la Pimax, de volumen residual, según la técnica de Black and Hyatt, utilizando un manómetro aneróide DHD 55-0120 calibrado en centímetros de agua, 0 a -120(cmH2O). Los valores obtenidos fueron comparados con los valores de referencia esperados según la edad determinados por Szeinberg y Cols; utilizando t Student para el análisis estadístico, considerando significativos $p < 0,05$. **Resultados:** La edad promedio de los niños era $11,9 \pm 2,8$ años; 10 mujeres y 3 varones. La Pimax promedio esperada fue de 112 ± 20 cmH2O con un límite inferior de 92 cm H2O, la Pimax obtenida fue de 62 ± 23 cmH2O, lo que corresponde a un 33% menor que el límite inferior del valor esperado. Esta diferencia entre los valores observados y los valores de referencia según edad fue significativa ($p < 0,05$). **Conclusión:** Estos niños presentan una disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios que los hace más susceptibles a la fatiga muscular en determinadas situaciones patológicas y a la posibilidad de weaning dificultoso cuando sean sometidos a ventilación mecánica **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

EXPERIENCIA EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE INTERMEDIO

R. Paiva, P. Zambrano. Hospital Ezequiel González Cortés, Santiago, Chile

Objetivo: Describir nuestros 3 años de experiencia (2003-2005) usando ventilación mecánica no invasiva (VNI) en niños críticamente enfermos. **Material y Métodos:** Revisión de fichas de niños tratados con VNI, mediante pauta especialmente diseñada. **Resultados:** En el plazo señalado, fueron conectados a VNI 291 pacientes, de los cuales 50,5% (147/291) fueron varones. Edad promedio 2 años 4 meses (rango 1 mes-15 años). El 88% (256/291) usó interfase nasobucal, 10,3% (30/291) nasal y 1,7% (5/291) facial. Un 68% (198/291) requirió sedación. La estadía en VNI fue en promedio 2,3 días (rango 1-6) en patología aguda y 15 días (rango 1-158) en patología crónica. Las patologías agudas fueron: neumonías y bronconeumonías (virales, bacterianas, atípicas, mixtas, aspirativas); SBO moderados a severos, crisis asmáticas, laringitis obstructivas (virales, post extubación); depresión respiratoria post-quirúrgica; Guillan Barré, etc. Y las patologías crónicas: daño pulmonar crónico, osteogénesis imperfecta, miopatías, apnea por obstrucción vía aérea superior, enfermedad de Duchenne, parálisis cerebral, atrofia espinal, post quirúrgicas (escoliosis), lupus eritematoso. Hubo complicaciones en 14,8% (43/291), fracaso en 22% (64/291) y recaída en 9,3% (23/291). **Conclusiones:** La VNI es un procedimiento útil y seguro de usar en niños que requieran apoyo ventilatorio, tanto en patologías agudas como crónicas, que no tengan indicación perentoria de apoyo ventilatorio invasivo. En pacientes con patologías respiratorias crónicas es un gran apoyo, tanto en el manejo del cuadro agudo, como su manejo posterior, por ello tenemos 6 pacientes con VNI domiciliaria. Persiste la necesidad de definir el límite de apoyo para pacientes con patologías terminales.

¿ES POSIBLE SOSPECHAR LA ETIOLOGIA DE NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD CON LA RADIOGRAFIA DE TORAX?

Zenteno D, Fuentes L, Girardi G, Pérez MA, Abara S, Díaz JP, Kogan R, Maggiolo J, Parietti M, Pavón D, Rubilar L, Serra JM. Unidad de Broncopulmonar, H. Exequiel Gonzalez Cortés. Univ. de Chile.

Objetivo: Determinar la utilidad de patrones radiológicos (PR) y clínico radiológicos para sospechar la etiología, en niños con neumonías adquiridas en la comunidad (NAC). **Material y Método:** Estudio prospectivo no intervencional, en 80 niños con NAC. Luego de estandarizar 6 PR (viral, bacteriano, mixto, atípico, ADV y normal) se procede al análisis etapificado por 9 Neumólogos Pediatras. Las 2 primeras etapas se realizan individualmente. En la Etapa 1, se estima el PR solo con las radiografías de tórax y la edad; en la Etapa 2 se agregan elementos clínicos. La Etapa 3 incluye además exámenes complementarios y evolución; siendo los resultados generados de un consenso del grupo de médicos participantes (estándar de referencia). Posteriormente se comparan los aciertos de la etapa 1 y 2 con el estándar de referencia, para determinar diferencias del diagnóstico etiológico utilizando t de student. Se obtiene la Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) promedios para cada patrón y general. Se utiliza el programa SSPS 11,5. **Resultados:** Según el estándar de referencia las etiologías fueron: Viral 62,5%, bacteriana 12,5%, mixta 16,3%, atípica 5%, ADV 2,5%. Se cambió el patrón de la etapa 1 a 2, en el 24% de las evaluaciones. La etapa 1 mostró un 64% de aciertos vs un 77% en la etapa 2, siendo significativo el cambio de número de aciertos en el patrón viral ($p < 0,001$) y bacteriano ($p < 0,05$). La S, E, VPP y VPN general fue de 63, 89, 65 y 84% para la etapa **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

VENTILACION NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, SU USO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Carolina Campos, Marcela Rabello, Loreto Godoy, Francisca Arancibia, Cristóbal Campos, Alejandra Zamorano, Hugo Riquelme, Waldo Vera, David Wood, Juan Carlos Contreras. Servicio de Pediatría, Unidad de Intermedio, Unidad de Respiratorio, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) es cada vez más usada en insuficiencia respiratoria aguda en niños, aunque a diferencia de los adultos, no existe evidencia suficiente que avale su uso. **Objetivo:** Describir la experiencia de la Unidad de Intermedio del Servicio de Pediatría de nuestro hospital en el uso de VNI. **Pacientes y método:** Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes en los que se usó VNI desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre 2005. **Resultados:** Se analizaron 28 de un total de 39 pacientes que utilizaron VNI. La edad promedio fue 12,1 meses (rango 1- 47 meses). Fueron 9 mujeres. Se indicó VNI por insuficiencia respiratoria hipoxémica en todos los pacientes, en 7, además, por hipercarbía. El diagnóstico más frecuente fue la asociación de neumonía con crisis obstructiva en 16 pacientes (57%), neumonía/atelectasia en 6 (21%), bronquiolitis en 3 (11%), crisis obstructiva en 3 (11%). Diez pacientes eran sanos previamente (36%), y el resto tenía distintos tipos de comorbilidad (daño neurológico severo (5), hiperreactividad bronquial (8), cardiopatía (3), y otros). La duración promedio de VNI fue de 3,6 días (rango 1 a 10 días). Las complicaciones se produjeron por el uso de la interfase, erosiones cutáneas en 12 pacientes (43%) y conjuntivitis en 7 (25%). Dos pacientes (7%) requirieron intubación para ventilación mecánica convencional (VMC). **Conclusiones:** El uso de VNI en una unidad de cuidados intermedios es posible y seguro, creemos que evita la intubación y uso de VMC.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR SEVERA: CASO CLINICO

Carolina Campos, Alejandra Zamorano. Servicio de Pediatría, Unidad de Intermedio, Unidad de Respiratorio, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: A mayor sobrevida de prematuros aumentan los portadores de displasia broncopulmonar (DBP), algunos con graves secuelas pulmonares agravadas por infecciones intrahospitalarias. **Caso clínico:** Paciente que nace el 15/03/03 de 28 semanas, peso de nacimiento 1430 gr (AEG), madre con 84 días de rotura ovular, con corticoides prenatales. Se administra surfactante a las 14 horas de vida. A los 18 días en ventilación mecánica (VM) por neumonía intrahospitalaria (IH), con altos parámetros y O₂ 100% logrando saturaciones de 75-90%. Ecocardiografía normal. Se traqueostomiza a los 3,5 meses, por necesidad de VM prolongada. Con apoyo ventilatorio invasivo hasta los 2 años 2 meses, con múltiples intercurencias (7 neumonías, episodios febriles sin foco, sepsis y hemorragia digestiva alta masiva). Con traqueomalacia moderada, se reseca granuloma y se retira cánula de traqueostomía sin incidentes a los 2 años 4 meses. De alta el 25/08/05 con O₂ por naricera 1,5 lts x' minuto. Evolución ambulatoria con disminución requerimientos de O₂, trastorno de deglución en tratamiento para pronto cierre de gastrostomía, gran progreso en neurodesarrollo. Ha requerido una hospitalización por 24 hrs por laringitis grado I y obstrucción bronquial leve. **Comentario:** En los niños con DBP la función pulmonar mejora progresivamente con cese de requerimientos de O₂ adicionales. Nuestro paciente, que requirió apoyo ventilatorio por largo tiempo, ha presentado una evolución posterior favorable desde todo punto de vista, lo que nos sirve de impulso para seguir apoyando a los niños con este tipo de patología.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE ESCOLARES CON ASMA MODERADO Y RESPUESTA AL USO REGULAR DE CORTICOIDES INHALADOS

Luis Campusano, Marcelo Pastenes, Christian Fontecilla, Carlos Salazar, Javier Escalona, Jimmy Reyes. Hospital Regional de Antofagasta; Atención Primaria de Salud (APS) Antofagasta.

Objetivo: Conocer características epidemiológicas de escolares con asma moderado y su respuesta al uso regular de corticoides inhalados. **Material y Métodos:** Se enrolaron sucesivamente 200 escolares portadores de bronquitis obstructivas recurrentes derivados de la atención primaria. Una vez confirmado el diagnóstico de asma, se consignaron antecedentes demográficos, personales y familiares de alergia/asma, y se inició tratamiento con budesonide inhalado (200 ug cada 12 horas). La población fue dividida en relación al uso de corticoides inhalados en dos grupos: uso regular (UR)= cumplimiento 10/14 dosis semanales y uso irregular (UI)= si olvidaba más de 4 dosis a la semana. La respuesta al tratamiento se evaluó a los 3 y 6 meses según número de crisis asmáticas, consultas al servicio de urgencia (CSU) y hospitalizaciones. **Resultados:** De los 200 escolares enrolados en el estudio (edad promedio 9.6 +/-2.7; 52 % sexo masculino), 109 (54.5%) completaron evaluación a los 3 meses y 60 (30%) a los 6 meses. No hubo diferencias demográficas entre los grupos de UR y UI. La proporción de asmáticos atópicos (test cutáneo positivo para al menos un alérgeno) fue de 78.4 % (grupo UR) y 86.7 % (grupo UI). El grupo de UR tuvo significativamente menos crisis obstructivas que el grupo de UI (15% vs. 37.5%, $p=0.035$, OR= 0.3, 95% IC=0.1-0.8), la proporción de CSU no fue diferentes entre los grupos de UR y UI (1.2% vs. 4.2%, $p=0.91$, respectivamente). A los 6 meses de control no hubo diferencias significativas entre los grupos en las crisis obstructivas ni en las CSU. **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

INFECCION POR METANEUMOVIRUS HUMANO (HMPV) EN UN GRUPO SELECCIONADO DE NIÑOS CHILENOS HOSPITALIZADOS POR IRA BAJA.

Fernando Iñiguez, Monique Le Corre, Juan Sepúlveda, M. Cecilia Vizcaya, Daniela Novillo, Tamara Viviani, Priscilla Prado, Luisa Montecinos, Marcela Ferrés. Servicio de Pediatría, Hospital de Puerto Montt. Universidad Católica de Chile. Universidad del Desarrollo. Hospital Dr. Sótero del Río. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Se reconoce circulación de hMPV en Santiago desde el año 2002: red de Vigilancia de Virus Respiratorios (VVR). Objetivos: Determinar características de la infección en <3 años, hospitalizados con IRA baja, proponiendo un diagnóstico sindromático. **Método:** Estudio prospectivo, Junio-Octubre 2005, en Hospital Clínico Universidad Católica, Hospital Padre Hurtado y Hospital Dr. Sótero del Río. Criterios de inclusión: <36 meses, IRA baja, inmunofluorescencia directa (IFD) negativa y estadía <96 horas. Detección de hMPV: proteína de fusión, mediante reacción polimerasa en cadena (RT-PCR) en hisopado nasofaríngeo. Estadística: Mann-Whitney (medianas); Chi-cuadrado o Test de Fisher (variables categóricas); $p < 0.05$. **Resultados:** Ingresaron 53 niños, 13 hMPV(+), 7 varones, edad 12.5 meses (mediana). Los diagnósticos de alta fueron neumonía (54%) y bronquiolitis (46%). Los síntomas más frecuentes incluyeron tos (100%), fiebre (92%) y rinorrea (69%). Al ingreso se detectaron crépitos (77%), retracciones (69%) y sibilancias (54%). La terapia incluyó oxígeno (100%), broncodilatadores (92%) y antibióticos (54%). Radiología: infiltrados intersticiales y/o peribronquiales (85%), hiperinsuflación (62%), condensación (54%) y atelectasia lobar (38%). Los pacientes hMPV(+) eran mayores (12.5 v/s 5.5 m, $p=0.02$), presentaron más decaimiento (54% v/s 13%, $p=0.01$), anorexia (38% v/s 12%, $p=0.02$) y atelectasia lobar (38% v/s 7%, $p=0.02$), al comparar con los pacientes hMPV(-). **Discusión:** Proponemos un diagnóstico sindromático de hMPV en un lactante de 6-18 meses, hospitalizado por IRA baja, oxígeno requirente, con IFD negativa y radiología que demuestra compromiso parenquimatoso (condensación, atelectasia) y/o hiperinsuflación, especialmente entre Julio y Septiembre o cuando la VVR detecte circulación de este agente en la comunidad.

DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTACION DE TUBERCULOSIS PULMONAR: REPORTE DE 2 PACIENTES.

Silvia Fodich, Natalie Sáez, Rodrigo Fonseca, Aulio Castillo, Alexis Strickler, Fernando Iñiguez. Universidad San Sebastián, Concepción y Servicio de Pediatría, Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: En Chile, el programa de TBC ha permitido iniciar la fase de eliminación de la enfermedad, esperando lograr este objetivo hacia el año 2015-2020. Sin embargo, aún se presentan casos aislados. En el Servicio de Salud Llanquihue, la incidencia de TBC pulmonar en <15 años fue de 0,68/100.000 habitantes el año 2005. **Caso 1:** Adolescente varón de 12 años, antecedente de pleuroneumonía izquierda en Octubre 2005. En Abril 2006 inicia profilaxis con HIN por contacto intradomiciliario de paciente con TBC pulmonar, PPD 11 mm, radiografía normal. Consultó 15 días después por dolor torácico, radiografía y ecografía demuestran derrame pleural derecho. Líquido pleural: proteínas 45,9 gr/dl; glucosa 79 mg/dl; pH 7,29; leucocitos 6400/mm³ (PMN 25%, MN 75%); LDH 974 UI/L; ADA 168 UI/L; BK(-); Gram sin gérmenes; cultivo (-). Se inició fase diaria (HIN, RMP, PZ) con favorable respuesta. Cultivo de Koch (-). **Caso 2:** Niño de 9 años, vive con abuelo que está en fase bisemanal de tratamiento por TBC pulmonar. No se realizó estudio de contactos. Consultó por tos productiva y dolor torácico. Radiografía, ecografía y TAC revelaron extenso derrame pleural izquierdo no tabicado, con atelectasia ipsilateral. Líquido pleural: proteínas 37,4 gr/dl; pH 7,37; leucocitos 690/mm³ (PMN 30%, MN 70%); LDH 186 UI/L; ADA 161 UI/L; BK (-); Gram sin gérmenes; cultivo (-). Se inició fase diaria (HIN, RMP, PZ). Pendiente cultivo de Koch. **Discusión:** Ambos pacientes fueron contagiados por adultos. En el segundo no se estudió a los contactos, lo que resulta fundamental para erradicar la TBC **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

HIDATIDOSIS PULMONAR: REPORTE DE 4 NIÑOS

Nathalie Sáez, Aulio Castillo, Silvia Fodich, Rodrigo Fonseca, Alexis Strickler, Fernando Iñiguez. Universidad San Sebastián, Concepción y Servicio de Pediatría, Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: la hidatidosis es una ciclozoonosis provocada por el céstodo *Echinococcus*. El hombre es huésped ocasional. **Caso 1:** Niño de 9 años, residente en zona rural de Puerto Varas. Un día con dorsalgia izquierda y fiebre. Radiografía de tórax (RxT) revela 2 quistes en LII, confirmados mediante TAC. Se realizó quistectomía sin complicaciones. **Caso 2:** Niño de 5 años, residente en zona rural de Puerto Varas. Una semana con tos y fiebre. RxT mostró pleuroneumonía derecha y quiste de 10 cms en LID. TAC tórax con signo del camalote. Recibió antibióticos y se realizó quistectomía diferida sin complicaciones. **Caso 3:** Niña de 13 años, residente en Puerto Montt. Un mes previo a su admisión recibió amoxicilina por neumonía, con favorable evolución. Al ingreso, relataba 2 días de fiebre, tos y episodio de vómica. En sala presentó hemoptisis (\pm 400 ml). RxT mostró condensación LID; TAC reveló quistes en LID (apical) y uno hepático. Se realizó quistectomía hepática, pendiente cirugía de tórax. **Caso 4:** Niño de 11 años, residente en Quemchi. 2 semanas previo al ingreso recibió amoxicilina por amigdalitis pultácea, presentando exantema, por lo que se cambió a macrólidos. RxT mostró pleuroneumonía en LII, mientras que la ecografía y TAC revelaron quiste en LII, con signo del camalote; pendiente cirugía. **Discusión:** existe mayor incidencia de hidatidosis en el sur de Chile. Los 4 pacientes reportados ingresaron en Julio-Agosto 2006. En Puerto Montt, 30 niños fueron intervenidos por quiste hidatídico en el período 1997-2004 (18 pulmonares). Se deben reforzar el control **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

NEUMONIA GRAVE POR ESTREPTOCOCCO BETA-HEMOLITICO GRUPO A (EGA): REPORTE DE 2 NIÑOS.

Rodrigo Fonseca, Aulio Castillo, Silvia Fodich, Nathalie Saez, Alexis Strickler, Fernando Iñiguez. Universidad San Sebastián, Concepción y Servicio de Pediatría, Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: La neumonía por EGA es infrecuente, pero su progresión es rápida y en ocasiones fatal, aun en un huésped inmunocompetente. **Caso 1:** Lactante varón, 4 meses, previamente sano. Tras un resfío de 6 días de evolución, 12 horas antes de ingresar inicia fiebre y gran decaimiento, presentándose a urgencia cianótico y con pobre esfuerzo respiratorio, por lo que se intuba. Radiografía de tórax reveló neumotórax izquierdo a tensión, se practicó punción con aguja y luego instalación de drenaje pleural, evolucionando con shock grave las primeras 72 horas. Se aisló EGA en 2 hemocultivos, completó 14 días de vancomicina y clindamicina. TAC (día 11) reveló neumonía cavitada LII; TAC (día 20) muestra mejoría, persistiendo gran lesión quística de LII. Alta a los 40 días. **Caso 2:** Lactante varón, 9 meses, con sibilancias recurrentes. Presentó neumonía por VRS, reingresando a los 10 días con infección por ADV y obstrucción bronquial severa, con necesidad de VM por 9 días. Tras una mejoría inicial, presenta pleuroneumonía bilateral al 4º día y luego neumotórax derecho, por lo que se instaló drenaje pleural, aislándose EGA en líquido pleural y 2 hemocultivos. TAC de tórax reveló gran lesión quística en LID. Alta a los 60 días. **Discusión:** EGA se asocia a infecciones invasivas en quemados, varicela, fasciitis necrotizante y en ocasiones neumonía grave, como en los 2 pacientes reportados, que cumplieron criterios de shock tóxico y sufren secuelas pulmonares. El adecuado reconocimiento del síndrome, junto a la administración precoz de clindamicina, se asocian con mejoría en **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

ACTINOMICOSIS PLEUROPULMONAR EN UN NIÑO DE 14 AÑOS.

Aulio Castillo, Rodrigo Fonseca, Silvia Fodich, Natalie Saez, Ingrid Pacheco, Tatiana Benavides, Marlis Tager, Fernando Iñiguez. Universidad San Sebastián, Concepción. Universidad Austral, Valdivia. Servicio de Patología y Pediatría, Hospital de Valdivia. Servicio de Pediatría, Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: Actinomicosis es la infección por *Actinomyces*, bacteria anaeróbica facultativa no formadora de esporas. En adultos se asocia a infecciones pulmonares, ginecológicas y cervicofaciales; muy infrecuente en niños. La biopsia es el elemento más sensible para el diagnóstico. **Caso Clínico:** Adolescente varón, 14 años, consultó por tos y fiebre. Radiografía de tórax (RxT) mostró condensación LSD, tratado con amoxicilina con respuesta parcial, persistiendo con tos productiva, sudoración nocturna, fiebre, anorexia, dorsalgia derecha progresiva y baja de peso de 6 Kg. en un mes. TAC de tórax muestra gran masa paravertebral (T3-T4) con compromiso de neuroforámenes y canal raquídeo, probable neuroblastoma. FBC mostró vía aérea normal, biopsia mediante cirugía torácica video asistida (CTVA) no concluyente. Fue derivado al Hospital Regional de Valdivia, resultando gammagrafía I131 y mielograma normales, citológico LCR normal, marcadores tumorales y VIH negativos, BK expectoración negativa. Se efectuó CTVA, convertida a toracotomía, con biopsia intraoperatoria que informó *Actinomyces*. Se inicia PNS 5 millones UI c/6 h, completando 4 semanas en nuestro hospital. TAC (día 23) muestra engrosamiento pleural irregular derecho y condensación LSD en regresión. Completó 2 meses con amoxicilina 2 g/día, recuperando su peso previo y permanece asintomático. RxT a 2 meses del alta muestra condensación residual en LSD, se mantiene con amoxicilina. **Discusión:** Cuando el *Actinomyces* causa enfermedad torácica, los síntomas y signos se confunden con TBC, neumonía y cáncer, retrasando el diagnóstico y la terapia oportuna, como lo ilustra este caso. Se ha propuesto prolongar la terapia por 6 a 12 meses para la curación completa.

FIBROBRONCOSCOPIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN
Vaccaro, M.I; Zenteno, D; Abara, S; Parietti, M; Girardi, G. Unidad de Broncopulmonar, Hospital Exequiel González Cortés, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El Síndrome de Down (SD) se encuentra asociado a diversas malformaciones y patologías. Existe poca información reportada sobre hallazgos en la exploración por fibrobroncoscopia (FBC) en estos pacientes. **Objetivo:** Describir la experiencia en nuestro centro de FBC realizadas en pacientes portadores de SD. **Pacientes y Métodos:** Se analizan retrospectivamente los hallazgos de 23 FBC en niños con SD en los últimos 10 años. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 1 año 2 meses (3 meses a 7 años), 15 varones, 5 con cardiopatía congénita. 21 pacientes se encontraban hospitalizados, 7 de ellos procedían de otros hospitales. Las principales indicaciones fueron atelectasia persistente (11/23) y lavado broncoalveolar (7/23). Todos los pacientes fueron premedicados con atropina y sedados con midazolam, asociado a opioides en 16 de ellos. Las vías de abordaje fueron: nasal (14/23), tubo endotraqueal (5/23) y máscara laríngea (4/23). Los hallazgos de vía aérea alta fueron: laringomalacia (9/23), hipertrofia adenoamigdalina (3/23), pólipo laríngeo (1/23) y comisuritis posterior (1/23). En la vía aérea baja se encontró: broncorrea (6/23), inflamación de la mucosa (5/23), variantes anatómicas (5/23), compresión extrínseca de bronquio fuente izquierdo (1/23) y estenosis subglótica (1/23). Las variantes anatómicas fueron: bronquio traqueal (2/23), lóbulo superior derecho con 2 bronquios segmentarios (2/23) y trifurcación de carina (1/23). El examen fue normal en 2 pacientes. Nueve pacientes presentaron complicaciones: desaturación transitoria (7/23) y estridor post procedimiento (2/23). **Conclusión:** Se destaca la presencia de laringomalacia y variantes anatómicas en pacientes con SD. La FBC fue un procedimiento bien tolerado **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIÓ EN 250 PALABRAS.**

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO DE DOCE SEMANAS DE DURACION, EN PARAMETROS FISIOLÓGICOS Y DE MORBILIDAD, EN NIÑOS DE ENTRE NUEVE Y CATORCE AÑOS CON ASMA LEVE Y MODERADA

Achiardi O, Pizarro F, Ugalde C, Gurovich A. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Objetivos: Determinar los efectos de un programa de entrenamiento físico en parámetros fisiológicos y de morbilidad en niños con asma leve y moderada. **Pacientes y Métodos:** 17 niños (9-14 años) con asma leve y moderada, asistentes a dos consultorios de Valparaíso, fueron asignados a 3 grupos: Grupo I (n=7) realizó entrenamiento encicloergómetro, planificado según metodología de periodización del entrenamiento e intensidad basada en curvas de lactato. Grupo II (n=6) entrenó con gimnasia aeróbica y ejercicios localizados, con intensidad basada en frecuencia cardíaca. El entrenamiento de ambos grupos fue de doce semanas de duración. Grupo control (n=4) no realizó ninguna actividad física planificada. Se midió Carga Máxima y Carga a los 4mmol/l de lactato (OBLA) como indicadores de metabolismo oxidativo, Flujo Espiratorio Máximo (PEF) como indicador de función pulmonar, y como parámetros de morbilidad, asistencia a sala IRA por crisis asmática y test de evaluación de calidad de vida. **Resultados:** La condición física del grupo I mostró mejora significativa en la carga máxima ($p < 0,01$) al compararlo con los otros grupos y en el OBLA ($p < 0,05$) al compararlo consigo mismo. La calidad de vida y la asistencia a sala IRA por crisis asmática mejoraron significativamente ($p < 0,05$) en los dos grupos entrenados al compararlos consigo mismos. El PEF no mostró mejoras significativas. No hubo cambios en el grupo control. **Discusión:** Un programa de entrenamiento físico mejora parámetros fisiológicos y de morbilidad en niños asmáticos leves o moderados de entre nueve y catorce años. Un programa de este tipo debería considerarse como parte del tratamiento **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIÓ EN 250 PALABRAS.**

COMPLICACIONES RESPIRATORIA PRE Y POST GARANTIA EXPLICITA EN SALUD (GES) EN PACIENTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Sepúlveda AM, Barrientos H, Boza ML. Unidad Respiratorio Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Santiago, Chile.

Introducción: La Displasia Broncopulmonar (DBP), con prevalencia en Chile de 23 %, presenta una morbimortalidad aumentada durante los primeros años; por presencia de hipertensión pulmonar (HTP) e infecciones respiratorias, además de importantes secuelas neurológicas. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas desde 2003 al 2006 en el Área Metropolitana Central (pre y post periodo aplicación GES). **Resultados:** Periodo pre GES: (1-01-2003 al 31-07-2004) de un total de 62 pacientes 53.2% se hospitalizaron; 77.3%, por causa respiratoria aislándose germen en 48%: VRS (22%), Parainfluenza (9%), Adenovirus (9%). Requiritieron oxigenoterapia domiciliaria 69.3 %, con promedio de estada de 8.5 meses: 76.7% hombres 26.3% mujeres. Periodo GES: (01-01-2005 al 31-07-2006) de un total de 53 pacientes: 34% se hospitalizaron; 81.1 % por causa respiratoria, aislándose germen en 40%: VRS (20%), Parainfluenza (10%), Adenovirus (7%), Bordetella (3%). Requiritieron oxigenoterapia domiciliaria 77.4%, promedio de estada 5 meses: 65.4% hombres 34.1% mujeres. No hubo mortalidad atribuible a DBP. **Conclusiones:** La mejor sobrevida de los prematuros extremos, la realización de Saturometría continua previo al alta, el ingreso precoz a policlínico de seguimiento y a programa IRA contribuye a disminuir la morbimortalidad y hospitalizaciones en los primeros años de vida, mejorando la calidad de vida de estos pacientes (ganancia en años de vida saludable). Durante el periodo GES se disminuyó el número de hospitalizaciones y la edad promedio de suspensión de oxígeno adicional.

EVALUACION DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES) EN PACIENTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Sepúlveda AM, Barrientos H, Rossell K, Boza ML. Unidad Respiratorio Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Santiago, Chile.

Introducción: Displasia Broncopulmonar (DBP), es la secuela más frecuente en recién nacidos de muy bajo peso. Se asocia a menor edad gestacional, bajo peso de nacimiento, ventilación mecánica, oxigenación prolongada, infecciones y presencia de ductus arterioso. **Objetivo:** Comparar periodo GES pacientes DBP con periodo previo. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas 2003 a 2004 y 2005 a 2006 (periodo aplicación GES). Se evaluó uso surfactante, corticoides pre natal, días de ventilación mecánica y CPAP, retinopatía y oxigenodependencia. **Resultados:** En primer periodo ingresaron 62 niños (73 % hombres 27 % mujeres), 35.4% menores de 27 semanas, 42 % menores de 1000 gramos, 79 % uso surfactante y 71% corticoides prenatal. Requirieron ventilación mecánica 93.5%, (promedio 10.4 días), CPAP 74.2% (promedio 6.0 días), y oxigenoterapia domiciliaria 69.3%. Retinopatía se demostró en 59.7%. En el periodo GES ingresaron 53 (59% hombres 42% mujeres), 47.2% menores de 27 semanas, 66% menores de 1000 gramos, 92.5% uso surfactante y corticoides pre natal, requiriendo ventilación mecánica 73.6 %, (promedio 6.5 días), CPAP 92.5 % (promedio 9.3 días), oxigenoterapia domiciliaria 77.4%, presentaron retinopatía 39.7%. **Conclusiones:** La sobrevida de estos pacientes esta dada principalmente por el manejo neonatal. El plan GES ha permitido disminuir los días de ventilación mecánica con aumento del uso de CPAP y disminución significativa de la retinopatía por normativa mas estricta del uso de oxígeno en el periodo neonatal.

PERFIL DEL PACIENTE ASMATICO SANTIAGO CENTRO 2000 - 2002

Mónica Villanueva, Hortensia Barrientos, M Lina Boza. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Objetivos: Describir características fenotípicas de asmáticos. Material y método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo: 700 pacientes con diagnóstico de asma bronquial ingresados los años 2000-2002. **Resultados:** 152 pacientes con datos completos Edad de ingreso 5 y 15 años. Inicio de síntomas antes de 2 años: 114 niños (75.22%). Antecedentes perinatales: 80% peso nacimiento entre 2500 y 3500grs. y 2.2% < 1500grs. 52 niños (34.28%) recibieron lactancia materna. Antecedentes familiares: asma 45.3%, rinitis 40.5%, dermatitis atópica 23.9%. Antecedentes personales: dermatitis: 30% y rinitis 17%. Factores desencadenantes: virales: 62.2%, ejercicios 61.5% y estacional 51.6%. Presentación clínica: tos 94%, dificultad respiratoria 68%, sibilancias 58.2%, roncus 22.5%. Hospitalización: 33% al menos 1 vez. Estado nutricional obeso y sobrepeso 40%. Contaminación: tabaco 54.7% parafina 36.4%, leña 1% Clasificación: leves 74%, moderados 23.4% y severos 2.4%. Espirometría normal 91.1%, obstructiva con reversibilidad 6%, obstructiva sin reversibilidad 2.9%. Test de ejercicios positivo 36.5% Test cutáneo positivo 44% y 31% con IgE > 90ul/ml. 56.1% fueron enviados ya en tratamiento con corticoides inhalatorios. **Conclusiones:** 75% inician síntomas antes de 2 años, la derivación al especialista ocurre entre 9 y 13 años. 45% antecedente familiares de atopia, un tercio tiene antecedentes propios, coincidiendo con el porcentaje de pacientes con test cutáneo positivo e IgE elevada. Virus juegan un rol importante en inicio y en evolución del cuadro. Tabaco presente en más de mitad de las familias evidencia un problema mayor de salud pública. Estudio de función pulmonar mostró bajo rendimiento porque gran parte de ellos venían con corticoides inhalados. Estado nutricional **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

COMPROMISO PULMONAR EN NIÑOS CON VIH: ESTUDIO PRELIMINAR

Hortensia Barrientos, Eloísa Vizueta, Andrés Koppmann M. Lina Boza. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Al 30 de Junio de 2006 en Chile se registran 1072 hijos de madres VIH positiva, 242 portadores del Virus. La sospecha diagnóstica fue neumonía a repetición y en 25 % fue la causa de muerte. **Material y método:** Estudio de corte de 20 pacientes controlados en policlínico de infectología del HCSBA con diagnóstico confirmado de infección por VIH. **Resultados:** 4 (10%) con SIDA, 2 fallecieron. El resto infección VIH. 60% sin supresión inmunológica, 25% supresión moderada y 15% supresión severa. Edad promedio de diagnóstico 2 años y edad promedio al momento del estudio 9 años. 100% han tenido neumonía 1 vez, 50% 2 episodios, 30% 5 y 10% 7. Compromiso inmunológico: con supresión severa: promedio 4.3 neumonías, supresión moderada: 3.6 y sin supresión: 2.4. Etiología viral: VRS y CMV 31% cada uno, ADV 8%. Bacteriana: Neumococo 23%, TBC 10%, H.Influenza, Estafilococo Aureus y Pneumocystis Jiroveci 1 cada uno. 45% consultan por tos crónica, síntoma no predictor del estado inmunológico, espirometría en 67%: 1 alteración restrictiva moderada (TBC grave, fallecido), el resto normales. Rx Tórax 75% imágenes intersticiales sin relación con diagnóstico etiológico. LBA 35%: 72% con predominio de neutrófilos. **Conclusión:** Los síntomas e imágenes inespecíficas nos han llevado a diseñar un estudio prospectivo de aquellos pacientes infectados VIH, que presenten: tos crónica, supresión inmunológica moderada ó severa con Rx Tórax y TAC pulmonar normal ó con imágenes intersticiales, realizar fibrobroncoscopia con LBA para estudio de celularidad y etiología que de ser negativa incluirá biopsia pulmonar.

FIBROBRONCOSCOPIA PEDIATRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIA DE UNA DECADA

Vaccaro MI, Zenteno D, Abara S, Parietti M, Girardi G. Unidad de Broncopulmonar, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.

Introducción: La fibrobroncoscopia (FBC) ha ganado un espacio en el manejo de pacientes de unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), tanto con indicaciones diagnósticas como terapéuticas. Gracias a avances técnicos, es posible realizar este examen en niños cada vez más pequeños y de forma más segura. **Objetivos:** Describir la experiencia de 10 años de FBC en UCIP. Métodos: Revisión de fichas de FBC realizadas en el Hospital Exequiel González Cortés entre el 01/09/1996 y el 31/08/2006. **Resultados:** Durante este período se realizaron 638 FBC en este centro, 197 de ellas en UCIP. El promedio de edad de los pacientes fue de 4 años, 51,3% eran lactantes, 59% eran de sexo masculino. Sedación: midazolam en 155 pacientes (78,7%) (en 90 de ellos asociado a fentanyl, en 4 a morfina y en 6 a ketamina), y propofol (6 pacientes). Un 76,1% fue premedicado con atropina. La indicación fue terapéutica en 80 casos (40,6%), 78 de ellos por atelectasia persistente (39,6%). Entre las indicaciones diagnósticas más frecuentes estaban la evaluación por atelectasia persistente (71 casos), el lavado broncoalveolar (82 casos, 30 de ellos inmunodeprimidos), y sospecha de quemadura de vía aérea (10 casos). Dieciséis exámenes resultaron normales (8,1%). Los hallazgos más frecuentes fueron: inflamación de mucosa (51,8%); tapones mucosos (21,8%); edema glótico o supraglótico (14,2%); laringomalacia (6,1%); estenosis subglótica (5,6%); hipertrofia adenoamigdalina (4,1%); estenosis bronquial (4,1%); traqueobroncomalacia (3%); compresión bronquial extrínseca (3%). Complicaciones (25,1%): desaturación transitoria en 22,3% (29,7% en los lactantes y 14,6 % en los mayores de 2 años) Otras complicaciones: **ESTE RESUMEN SE INTERRUMPIO EN 250 PALABRAS.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES 7 AÑOS DESPUÉS DE PRESENTAR NEUMONIA POR ADENOVIRUS

Vaccaro MI, Silva J, Jorquera P, Pérez MA, Girardi G. Unidad de Broncopulmonar Infantil, Hospital Exequiel González Cortés. Servicio de Pediatría, Hospital Las Higueras de Talcahuano, Talcahuano, Chile.

Introducción: La infección por adenovirus es una importante causa de morbimortalidad pediátrica. Entre Junio 1998 y Marzo 1999 se presentó un brote epidémico de adenovirus en Talcahuano, hospitalizándose 186 pacientes con neumonías de esta etiología, con letalidad de 10,2% (19 pacientes). **Objetivos:** Conocer el estado clínico de estos pacientes tras 7 años de la enfermedad. **Metodología:** Revisión de fichas clínicas hospitalarias, de consultorio periférico, entrevista personal, examen físico y espirometría en los pacientes que fueron ubicados. **Resultados:** Fue posible encontrar 71 pacientes. Catorce de estos pacientes estaban normales (14,7%). Treinta y cuatro de ellos (47,8%) presentaban cuadros de obstrucción bronquial menor o igual a tres episodios al año, sin hospitalizaciones recientes, con alteraciones espirométricas obstructivas leves con cambio significativo post broncodilatador o espirometrías normales. En 5 pacientes (7,0%) se encontraron episodios de obstrucción bronquial más de 4 por año con alteraciones espirométricas obstructivas leves o moderadas modificables o espirometrías normales. Dieciocho pacientes (25,4%) presentaban cuadros de obstrucción bronquial persistente asociados a deformidad torácica, alteraciones al examen pulmonar intercrisis, broncorrea, o espirometrías con alteraciones obstructivas no modificables, obstructivas severas o restrictivas. Ocho de ellos (11,3%) tenían demostración de bronquiectasias por tomografía axial computarizada de tórax. **Conclusión:** Los pacientes que tuvieron neumonía por adenovirus presentan un amplio espectro de perfiles clínicos tras 7 años de enfermedad, con un alto porcentaje de daño pulmonar crónico, lo que subraya la importancia de un adecuado seguimiento de ellos.

CARACTERIZACIÓN ESPIROMÉTRICA EN NIÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (AVNI) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Salgado R, Torres R, Vera R, Benz E, Kuo C, Puppo H, Salinas P, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud.

Introducción: El Programa AVNI incluye pacientes menores de 20 años que presentan síndromes de hipoventilación nocturna. La evaluación funcional respiratoria suele comprometerse cuando la presión inspiratoria máxima en la boca (Pimax) es < 50%. **Objetivo:** Comparar los valores espirométricos con la fuerza de la musculatura inspiratoria en los pacientes beneficiarios del Programa de AVNI con enfermedades neuromusculares. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes de la RM que pudieran realizar registro de Pimax, según la técnica descrita por Black and Hyatt y espirometría según las recomendaciones de la SOCHIPE. **Resultados:** Se analizaron las espirometrías de 12 pacientes (9 hombres y 3 mujeres) con registro simultáneo de Pimax. Edad promedio 13,1 ± 3 años. La distribución diagnóstica fue: 5 Síndrome de Duchenne, 4 Atrofia Muscular Espinal Tipo II, 1 Miopatía Congénita y 2 MMCop. El límite inferior promedio de la Pimax esperada fue de 96 ± 8 cm H₂O, la Pimax promedio observada fue de 61 ± 25 cm H₂O, lo que corresponde a un 36% menor que el límite inferior. La CVF promedio fue 70 ± 32% del predicho según Knudson (rango 20-118%). **Discusión:** En los pacientes analizados la disminución promedio de la Pimax se asocia con trastornos restrictivos leves a moderados. Se requiere aumentar el número de pacientes para confirmar esta relación.

MORTALIDAD POR NEUMONIA EN MENORES DE UN AÑO DURANTE EL 2005

Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud

Introducción: En Chile, las intervenciones sanitarias realizadas en los últimos 15 años, especialmente Programa IRA y Campaña de Invierno, han logrado reducir notablemente la mortalidad infantil por neumonía, situándola en cifras muy cercanas a las de países desarrollados. **Objetivo:** Analizar los decesos por neumonía ocurridos en menores de un año en el 2005, a fin de proponer estrategias dirigidas a evitar estas muertes. **Material y métodos:** Se analiza base de datos de fallecidos por neumonía (J12-J18, CIE 10) durante el año 2005, proporcionada por DEIS, MINSAL. **Resultados:** Hubo 73 fallecidos menores de un año (Tasa estimada: 30,1 por 100.000 RNV). El 87,8% (64/73) fue < 6 meses, 68,5% (50/73) < 3 meses y 31,5% (23/73) < 1 mes, incluyendo 7 casos (9,5%) < 7 días de vida. El 54,8% (40/73) eran varones. El mes de julio el que reúne el mayor número de fallecidos (19,2%), seguido de septiembre (12,3%). Al elaborar tasas regionales, se encuentra gran variabilidad, observándose regiones con baja mortalidad, como la duodécima (Tasa 0), metropolitana y tercera (14,4 y 22,6 por 100.000 RNV, respectivamente) y otras con alta mortalidad, como undécima, séptima y segunda (119,3, 57,6 y 55,2 por 100.000 RNV, respectivamente). **Discusión:** Se confirma que la mortalidad por neumonía predomina en los primeros 3 o 6 meses de vida. Llama la atención que el 2º mes con mayor número de fallecidos sea septiembre, cuando ha terminado la Campaña de Invierno. Es indispensable desarrollar estrategias focalizadas en las regiones y comunas con más alta mortalidad.

EFICACIA DE LA LIDOCAÍNA NEBULIZADA PREVIO A LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPÍA EN NIÑOS

Pedro Pablo Cox, Marcela Linares, Franco Rubio, Ida Concha, Carmen Gloria Alarcón, Rodolfo Meyer. Hospital Padre Hurtado.

Objetivo: Evaluar la eficacia de Lidocaína 2% para facilitar el paso por la glotis. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, randomizado, doble ciego. Pacientes sometidos a Fibrobroncoscopia (FB) sin cardiopatía, daño neurológico, alto requerimiento de oxígeno ni vía aérea artificial, fueron asignados para recibir nebulización con Lidocaína 2% o suero fisiológico pre FB. Las nebulizaciones se realizaron con 0,5 mL/Kg de Lidocaína con máximo de 5 mL mediante un nebulizador Hudson calibrado. Se empleó Midazolam IV 0,1 y 0,2 mg/Kg, Hidrato de Cloral 50 mg/Kg oral y Atropina 0,01 mg/Kg a los < 24 meses. Todos recibieron oxígeno y monitorización con oximetría de pulso continua. Se evaluó la dificultad del operador para flanquear la glotis, número de toses durante el procedimiento, necesidad de administración de bolos de Lidocaína (según criterio del operador), signos pre y post procedimiento y duración del procedimiento. Se analizaron los promedios mediante la prueba de t de Student y Chi² para los grupos. Se consideró estadísticamente significativo un p < 0,05. **Resultados:** 30 pacientes con edades entre 4 meses y 13,5 años, se distribuyeron en 2 grupos de características demográficas y diagnósticas similares. Se encontró diferencias significativas entre los grupos analizados en cuanto a dificultad para realizar el procedimiento (flanquear la glotis) y el número de bolos de Lidocaína administrados durante la FB. **Conclusiones:** La nebulización de Lidocaína previo a la FB es útil ya que facilita el paso por la glotis, disminuyendo los requerimientos de bolos suplementarios de Lidocaína sin cambios en los signos vitales de los pacientes.

ASOCIACION ENTRE POSITIVIDAD DE PRUEBAS CUTANEAS Y PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

Pablo Brockmann, Trinidad Pardo, Solange Caussade, N.Linus Holmgren
Departamento de Pediatría P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, describiéndose fenotipos atópicos y no-atópicos. El asma atópica presenta un mecanismo inflamatorio distinto mediado por IgE. Esta diferencia tiene implicancias en el tratamiento y seguimiento. La real prevalencia de asma atópica no se conoce en Chile. **Objetivos:** Correlacionar en pacientes asmáticos la positividad de pruebas cutáneas con el resultado de pruebas de función pulmonar. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de 950 registros de pacientes entre 6-14 años, con diagnóstico de asma por clínica, derivados el año 2005 al laboratorio de función pulmonar. A 339 pacientes se les realizó prueba de función pulmonar y test cutáneo simultáneamente. Se relacionaron resultados de prueba función pulmonar con resultados de test cutáneo. Se consideró positivo si al menos hubo reacción a un alérgeno > a 3mm. Estadísticas Chi², Fisher. **Resultados:** Edad promedio 9.6 años, 57% hombres. Prueba de función pulmonar alteradas en 23% del total, más frecuentemente en hombres ($p < 0.001$). El 87% de test cutáneos fue positivo, promedio de alérgenos (+) 2.3, con mayor positividad a > edad ($p < 0.05$). No hubo correlación significativa entre resultado de prueba función pulmonar y test cutáneo.

| | □□Cutáneo (-)□ | T.Cutáneo (+) |
|-------------------------|----------------|---------------|
| Prueba Fx.pulmonar (-)□ | 39□ | 155 |
| Prueba Fx.pulmonar (+)□ | 5□ | 57 |

Conclusiones: El asma atópica medida por test cutáneo es frecuente en niños asmáticos chilenos derivados a realizar una prueba de función pulmonar, sugiriendo una predominancia de este fenotipo de asma en nuestro país. No hay una correlación entre mediciones espirométricas y positividad del test. Estudios prospectivos de cohorte deberán confirmar esta asociación.

ABSCESO MEDIASTINICO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO

Fernando Paz, Pablo Brockmann, Alejandro Zavala, Alejandra Prado, Miriam Muñoz, Pablo Bertrand, N. Linus Holmgren.
Departamento de Pediatría P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El absceso mediastínico es una complicación poco frecuente pero grave en niños. Se presenta caso clínico de niño con absceso mediastínico secundario a cuerpo extraño. **Caso clínico:** Paciente de 2 años, masculino, sano, que sufre herida penetrante con pincel en el piso de la boca y evoluciona con compromiso del estado general y fiebre. Al examen flegmón cervical palpable, decidiéndose su hospitalización para tratamiento antibiótico. Evoluciona con progresión del flegmón, disfonía, disfagia y vómitos de pus, requiriendo traslado a UCIP. Se realiza TAC de cuello y tórax que muestra colección líquida en mediastino anterior asociado a cuerpo extraño de 2 cm y trombosis de vena yugular interna izquierda. Se maneja con esquema de clindamicina, ceftriaxona y metronidazol. Cultivo de pus Streptococcus viridans. Posteriormente se drena empiema en hemitórax izquierdo con cultivo (-) evolucionando favorablemente, sin necesidad de ventilación mecánica. Se deriva a este centro para resolución quirúrgica. Angio TAC de cuello y tórax confirma colección líquida compatible con absceso cervical y mediastínico anterosuperior y en su interior cuerpo extraño de densidad metálica. Se realiza videotoracoscopia extrayéndose porción metálica de pincel con cerdas de 3 cm de largo. Cultivos fueron negativos. Drenajes se retiran a las 24 hrs, continuando tratamiento con Cefotaxima y clindamicina. Evoluciona sin complicaciones y se traslada a su hospital para completar tratamiento. **Conclusiones:** El absceso mediastínico secundario a cuerpo extraño es una patología poco frecuente en niños. Es importante la sospecha clínica y el tratamiento médico y quirúrgico precoz para evitar complicaciones graves y mortalidad.

OBLITERACION ENDOSCOPICA DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA RECIDIVADA EN UN LACTANTE

Pablo Brockmann, Bernardita Chateau, D. Isamit, Constanza Beltrán, Francisco Prado. Departamento de Pediatría y Unidad de Otorrinolaringología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital del Tórax.

Introducción: Se presenta el caso clínico de un lactante de 2 meses con fistula tráqueoesofágica recidivada tras ser intervenido quirúrgicamente de forma primaria. **Caso clínico:** D.R.A, masculino, primer hijo de padres sanos, sin antecedentes mórbidos relevantes, embarazo normal y controlado nace a las 37 semanas, peso 2840, talla 48, Apgar 8-9. Se sospechó posible atresia esofágica por imposibilidad de paso de sonda de aspiración y sialorrea. Se realizó cierre quirúrgico al segundo día de vida, vía toracotomía derecha, anastomosando ambos cabos esofágicos de forma término-terminal, además de cierre de fistula distal. Al décimo día se realizó esofagograma que evidenció salida de medio de contraste a mediastino demostrando salida de contraste a cavidad torácica, dilatación de esófago proximal y estenosis a distal. Se realizó esofagostomía y gastrostomía. Evolución con neumonía y derrame pleural, la cual se trató con antibióticos asociados. Una vez estabilizado, paciente se traslada a Hospital Clínico UC, para cierre endoscópico de la fistula. Nuevo esofagograma mostró persistencia de la fistula, con paso de medio de contraste al mediastino. Se realizó cierre de FTE por vía endoscópica, instilando a través de fibrobroncoscopio rígido derivado de fibrina humana (trombina y fibrina) en fistula recidivante, obliterándola y logrando su cierre total. El procedimiento fue bien tolerado. Esofagograma de control a los 6 meses demostró el cierre de FTE. **Conclusiones:** Caso clínico muestra el uso de técnica endoscópica de cierre de FTE, con buenos resultados a largo plazo, evitando nueva intervención y riesgos quirúrgicos.

HEMORRAGIA PULMONAR DE CAUSA INHABITUAL

Fernando Paz, Pablo Brockmann, Eduardo Talesnik, Macarena Lizama, Pablo Bertrand, N. Linus Holmgren. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hemorragia pulmonar como manifestación clínica principal de enfermedad pulmonar es poco frecuente en niños. Se presenta caso clínico de escolar con hemorragia pulmonar (HP) asociado a urticaria crónica. **Caso clínico:** Paciente de 11 años, masculino, procedente de Bolivia, con antecedentes de alergia a la proteína de leche de vaca, dermatitis atópica y asma leve intermitente, en tratamiento esteroide sistémico por urticaria crónica de 3 meses de evolución. Se hospitaliza en su país por neumonía grave que evoluciona a SDRA. En su evolución el síntoma más llamativo y recurrente es hemoptisis fresca abundante. Debido a esto requiere soporte con ventilación mecánica, uso de esteroides sistémicos y antibióticos. Una vez estabilizado, es derivado a nuestro centro para estudio. Al examen de ingreso destaca manifestaciones de síndrome de Cushing y lesiones vasculíticas en piel. Estudio inmunológico destaca hipocomplementemia. Examen de orina completa con proteinuria y hematuria microscópica. Fibrobroncoscopia muestra sangramiento antiguo y lesiones petequiales en mucosa traqueobronquial, LBA con hemosiderófagos > de 40% compatibles con hemorragia pulmonar alveolar. Biopsia renal compatible con nefropatía lúpica. Se mantiene tratamiento esteroide sistémico y luego se inicia tratamiento con de Ciclofosfamida con mejora parcial. Paciente no presenta nuevos episodios de hemoptisis. Al alta, persiste con requerimientos de O₂ y espirometría en rango restrictivo límite. **Conclusiones:** La Hemorragia pulmonar es una forma de presentación poco frecuente en enfermedades reumatológicas lo que hace indispensable una alta sospecha clínica. La Hemorragia pulmonar en el LES puede ser muy grave y empeora el pronóstico de los pacientes.

DISMINUCION DE ACTIVIDAD FISICA Y AUMENTO DE OBESIDAD EN NIÑOS CON ASMA: ESTUDIO CASO CONTROL

Pablo Brockmann; Solange Caussade; Nils L Holmgren; Francisco Prado; Bernardita Reyes; Paola Viviani y Pablo Bertrand. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La actividad física es importante en el desarrollo normal de los niños, especialmente en asmáticos, recomendándose que realicen 1 hora de actividad física diaria. Un tratamiento y control adecuados del asma permite el desarrollo normal de actividad física. Existe evidencia de menor actividad física y mayor obesidad en niños con asma. **Objetivos:** Comparar actividad física y obesidad en niños asmáticos (A) y no asmáticos (NA). **Métodos:** Participaron 81 niños en control en unidad ambulatoria de pediatría, 40 A y 41 NA. Se realizó cuestionario a los padres, validado previamente, referente a opiniones y actitudes referentes al ejercicio. Se clasificó asma según GINA y estado nutricional según IMC. Se correlacionaron respuestas entre los grupos con chi². **Resultados:** Edad mediana 9, 56% niñas. Promedio de horas de actividad física semanales fue 2.4 NA y 1.9 A (p=NS). El 88% de A v/s 56% de NA realizaba < 2 horas de actividad física semanales (p<0.05). El 85% de A presentaba síntomas frecuentes asociados al ejercicio. En 15/40 A v/s 11/41 NA se diagnosticó obesidad y sobrepeso (p<0.05). Los padres de A percibían la actividad física como "peligrosa" más frecuentemente que NA (p<0.05). **Conclusiones:** Los niños chilenos realizan menos actividad física que las recomendaciones nacionales e internacionales. Existe una asociación entre bajos niveles de actividad física, obesidad y asma. Los padres de niños asmáticos tienen una opinión negativa sobre la actividad física. Los médicos tratantes de niños con asma debieran preguntar por síntomas e incentivar la práctica de actividad física regular.

MEDICION DE PRESION AL FINAL DE ESPIRACION (PEEP) COMO FACTOR PREDICTOR DE TOLERANCIA A VALVULA DE FONACION (VF) EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.

Nils Linus Holmgren, Pablo Brockmann, Pablo Bertrand. Sección Respiratorio. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La VF es una válvula unidireccional que se instala en la traqueostomía (TQ), permitiendo la entrada de aire por esta, redirigiendo el aire a través de la traquea proximal y vía aérea superior(VAS) en la exhalación. Esta válvula tiene la ventaja de permitir la fonación, mejorar la deglución y olfacción en pacientes traqueostomizados. Debe existir permeabilidad de la traquea proximal y VAS para que la exhalación ocurra. Si estas estructuras determinan una obstrucción significativa, habrá atrapamiento progresivo de aire, con el consecuente riesgo de barotrauma. **Objetivo:** Determinar que valores de PEEP una vez instalada la VF, son predictores de tolerancia o intolerancia a esta. **Material y métodos:** A 10 pacientes traqueostomizados se les realizó la medición de PEEP, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de O₂(SaO₂), presencia de retracción intercostal y/o sibilancias, previo a la instalación de la VF y 1, 5, 10 minutos de instalada. Se consideró intolerancia si el paciente presentaba angustia, dificultad respiratoria o caída de SaO₂. Análisis estadístico. Media y rango. Prueba de Mann Whitney.

Resultados:

| | Tolerancia (n=6) | Intolerancia (n=4) | Valor p |
|---------------------------|------------------|--------------------|---------|
| Edad (meses) | 45 (30-90) | 51 (17-62) | NS |
| Duración TQ (meses) | 41 (17-62) | 31 (3-60) | NS |
| Diámetro Ext TQ(mm) | 67 (55-83) | 70 (65-83) | NS |
| PEEP(cm H ₂ O) | 7 (3-12) | 34 (20-50) | 0.01 |

Conclusión: La medición de PEEP posterior a la instalación de VF en pacientes traqueostomizados es un buen predictor de tolerancia a esta. Valores menores a 12 cm de H₂O, sugieren buena tolerancia, no siendo necesaria una evaluación endoscópica de rutina previo a su uso.

ESTUDIO DE COLONIZACION/INFECCION EN NIÑOS CON TRAQUEOSTOMIAS

Fernando Paz, Bernardita Chateau, Nelly Einnisman, Anita Moya, Linus Holmgren, Ignacio Sánchez, Pablo Bertrand. Sección Respiratorio, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento que implica un acceso directo a la vía aérea lo que conlleva una rápida colonización bacteriana. **Objetivo:** Determinar el perfil microbiológico y de resistencia bacteriana en los niños con traqueostomía en control en nuestro centro. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, de fichas clínicas de pacientes con traqueostomía desde el año 1996 al 2006. Registro de datos demográficos, patología de base y cultivos de secreción traqueal del último año solicitados por médico tratante de acuerdo a sospecha de colonización o infección. **Resultados:** De 36 pacientes con traqueostomías, 23 contaban con registro microbiológico para el análisis, los cuales se dividieron en 2 grupos según uso o no de ventilación mecánica crónica (VMC). Del total 16 fueron de sexo masculino y 14 con VMC. La mediana de edad de traqueostomía fue de 6 meses (1 m a 12 años) y la duración promedio de traqueostomía fue de 83 meses y 39 meses en el grupo con y sin VMC. Se obtuvieron 89 cultivos, 52% con dos o más bacterias de las cuales 90% fueron gram negativas. La *Pseudomona Aeruginosa* (Ps) y las enterobacterias fueron las más frecuentes, de las cuales 53% y 77% presentaban resistencia a uno o más antibióticos. No existieron diferencias significativas en la microbiología o resistencia bacteriana en pacientes con o sin necesidad de VMC. **Conclusiones:** La colonización/infección de niños con traqueostomías ocurre principalmente por bacterias gram (-) con un alto porcentaje de resistencia a uno o más antibióticos. No existen diferencias significativas en la microbiología o resistencia bacteriana en niños con traqueostomía que utilizan o no VMC.