

III Congreso Chileno y VI Curso Internacional de Neumología Pediátrica

4, 5 Y 6 DE
OCTUBRE 2007
HOTEL INTERCONTINENTAL



Informaciones



www.mac-eventos.cl
Fono: (56-2) 3468494
Fax: (56-2) 3468493
E-mail: mac.eventos@tie.cl



SOCIEDAD CHILENA DE
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
(SOCHINEP)

Invitados Internacionales

Gran número de niños han sido diagnosticados con esta enfermedad, que aún hoy constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Se han realizado avances en el diagnóstico y en el tratamiento de esta enfermedad, que aún hoy constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Se han realizado avances en el diagnóstico y en el tratamiento de esta enfermedad, que aún hoy constituye un desafío diagnóstico y terapéutico.

Temario General

- Niños con dependencia de tecnología. Historia y ética.
- Seguimiento a largo plazo del paciente con Displasia Broncopulmonar.
- Estudio Radiológico Actualizado de las Malformaciones Congénitas.
- Seguimiento del paciente con hernia diafragmática congénita.
- Tratamiento del niño con enfermedad neuromuscular.
- Sports Kinésico y entrenamiento del niño con enfermedad neuromuscular.
- Ventilación Doméstica (¿traqueostomía?, cuando, cómo, hasta cuándo).
- Utilidad de la TC Multicorteo en el estudio traqueobronquial.
- Presentación de trabajos libres.
- Manifestaciones Tóxicas de Enfermedades Sistémicas.
- Entrenamiento respiratorio en el paciente portador de patología respiratoria crónica.
- Rol de la Kinesioterapia respiratoria en el niño con Bronquiectasia.
- Estudio Radiológico en el niño con sibilancias.
- Entrenamiento físico en el paciente portador de patología respiratoria crónica.
- Fibrrosis quística, OBP, y ejercicios.
- Preguntas a los profesores



III Congreso Chileno de Neumología Pediátrica

VI Curso Internacional de Neumología Pediátrica

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOSPITALIZACIONES EN NIÑOS ASMÁTICOS: INFORME PRELIMINAR.

González R, Zúñiga J, Campos C, Pérez M, Pavón D, Manríquez J. Hospital Exequiel González Cortés. Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: La prevalencia de asma en escolares en Chile ha aumentado, variando entre 7.3 y 16.5%. **Objetivos:** Hacer un perfil epidemiológico de las hospitalizaciones por crisis asmáticas e identificar factores riesgo, en los que se pueda intervenir. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo, descriptivo, de pacientes entre 4 y 15 años, internados por crisis asmática en nuestro Hospital entre Noviembre de 2006 y Julio de 2007. **Resultados:** Hubo 47 pacientes hospitalizados, 49% hombres, promedio de edad 8 años, 32% con sobrepeso u obesidad. El 61% estaba expuesto a tabaco intradomiciliario, 68% a mascotas. Tenían antecedentes familiares de asma el 47% y de rinitis el 51%. El 57 % no tenía el diagnóstico previo de asma, 54 % no tenía control regular con médico, y el 25 % se controlaba con broncopulmonar. Habían tenido una o más hospitalizaciones previas el 42%, 15 % en Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto a la hospitalización actual el 57% tuvo consultas previas, 80% síntomas de infección respiratoria, 46% síntomas de inicio brusco. El 46% usó ventilación no invasiva (VNI). Los niños más graves, que necesitaron VNI, tenían más sobrepeso u obesidad (40.6%). El promedio de días de hospitalización fue 6.5 días. **Conclusiones:** La exposición a mascotas y tabaco es frecuente entre los pacientes que se hospitalizan. Es destacable la cifra de sobrepeso y obesidad, sobre todo en los niños más graves. El antecedente de hospitalizaciones previas indica que es necesario reforzar la educación y seguimiento en estos pacientes por ser un grupo de riesgo.

CRISIS DE ASMA EN PEDIATRÍA: FACTORES ASOCIADOS A SEVERIDAD Y EVOLUCIÓN SEGÚN FENOTIPO

Andrés Koppmann, Rolando Cocio, Jimena Alvarado, Viviana Aguirre, Sebastián Monsalves, Joel Riquelme, María Lina Boza. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile Campus Centro. Santiago, Chile.

Objetivo: Describir factores asociados a evolución severa en crisis de asma en niños hospitalizados y comparar evolución según fenotipo atópico y no atópico. **Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes entre 4 y 15 años hospitalizados por crisis de asma (2004-2007). Se analizó 338 episodios (301 niños). Se comparó dos grupos según evolución, considerando criterios de severidad previamente definidos y se relacionó severidad con edad, sexo, diagnóstico previo de asma, uso de tratamiento controlador, uso de corticoides orales en los 6 meses previos, antecedente de hospitalización y estadía en intensivo, atopia personal, etiología infecciosa y gases en sangre al ingreso. Se comparó evolución en fenotipo atópico y no atópico. Análisis estadístico correspondiente según variables. **Resultados:** Hubo 81 episodios severos (24%), con promedio de edad mayor en este grupo: 7.4 años ($p < 0,05$). Factores asociados a evolución severa: antecedente de hospitalización anterior en intensivo ($p < 0,05$) y gases al ingreso con HCO_3 menor a 20,4 ($p < 0,05$). Análisis de fenotipo, 161 atópicos (en 53% de los episodios existió el antecedente). Significancia estadística con uso de corticoides sistémicos ($p < 0,05$) e indicación de inhalatorios al alta ($p < 0,001$), sin diferencias en cuanto al tiempo y lugar de hospitalización, ni requerimientos de oxígeno. **Conclusión:** El 24% de los episodios que se hospitalizaron evolucionaron en forma severa. Estos pacientes tienen un promedio de edad mayor, antecedente de estadía previa en intensivo y gases al ingreso con acidosis metabólica. En el fenotipo atópico hubo mayor uso de corticoides sistémicos e inhalatorios.

CRISIS DE ASMA EN PEDIATRÍA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Andrés Koppmann, Jimena Alvarado L, Rolando Cocio, Viviana Aguirre, Sebastián Monsalve, Joel Riquelme, María Lina Boza. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile Campus Centro. Santiago, Chile.

Objetivo: Describir las características clínicas, tratamiento y evolución de pacientes asmáticos hospitalizados. **Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes entre 4 y 15 años (2004 - 2007). **Resultados:** Se analizaron 338 episodios (301 niños). Edad promedio: 7.4 años (74% menores de 9 años), 59% hombres; 67% se hospitalizaron en invierno y primavera, 43% tenían el diagnóstico previo de asma y de ellos 61% usaba regularmente tratamiento controlador. El 52% tenía atopia (53% rinitis, 19% dermatitis, 16% ambas) y en 48% de los episodios estaba el antecedente de una hospitalización previa. Principal desencadenante fue infección respiratoria y radiografía más frecuente, hiperinsuflación con imágenes intersticiales. En 95% de los episodios se administró O₂ en un promedio de 3.6 días y de estos el 20% requirió FIO₂ mayor a 0.4 por más de un día. En todos los casos se usó salbutamol y en el 86% de los episodios, corticoides sistémicos. Se utilizó antibióticos en 154 episodios (46%) con predominio de macrólidos. Cinco pacientes requirieron ventilación mecánica (3 no invasiva y 2 invasiva). Promedio de hospitalización fue 4,2 días; el 16% requirió manejo en intermedio y 2,9% en intensivo. Complicaciones se presentaron en 47 pacientes (14%), la mayoría atelectasias. **Conclusión:** Crisis de asma se presentan predominantemente en hombres menores de 9 años, 57% sin diagnóstico previo y el 40% de los pacientes con diagnóstico establecido no usaba tratamiento controlador. En 19% la severidad hizo necesario tratamiento en unidad paciente crítico. Se necesita mejorar la pesquisa y educación en asma.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR CRISIS DE ASMA

Espinoza T, Zamorano A, Arancibia F, De La Barra P, Bustos MF, Silva MJ, Prado F. Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: Las hospitalizaciones por asma son frecuentes en pediatría y su readmisión en países desarrollados es de 15%. No conocemos las características clínicas ni epidemiológicas de los niños asmáticos que se hospitalizan en nuestro país. **Objetivo:** Conocer el perfil clínico y epidemiológico de la población infantil que se hospitaliza en nuestro hospital. **Material y método:** Estudio descriptivo de casos que incluyó en forma prospectiva todo niño(a) entre 5 y 15 años hospitalizados por crisis asmática en el Servicio de Pediatría del hospital Dr. Sótero del Río desde mayo 2006 a abril 2007. Al ingresar se aplicó una encuesta sobre datos personales y sobre los síntomas respiratorios de los últimos 12 meses. **Resultados:** Se logró reclutar a 86 pacientes con mediana de 7 años, 65% varones, 90% presentaba asma más de 2 años. Usaba tratamiento controlador con corticoides inhalado 36%. Usó corticoides orales el último año 32% con un promedio de 2,5 veces. Hasta 25% tuvo más de 5 crisis obstructivas y sólo 10% ninguna el último año. 30% fue hospitalizado el último año por asma. La mayoría presentaba tos nocturna (85%), tos de ejercicio (55%) y 71% rinitis alérgica. Podemos concluir que los pacientes que se hospitalizan en nuestro centro son pacientes con diagnóstico establecido y muy sintomático. Es probable que la adherencia al tratamiento sea un factor de riesgo para estos niños. Es necesario complementar estos datos con estudio de cohorte en nuestro país.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA BRONCODILATADORA EN LA ESPIROMETRÍA DE PREESCOLARES ASMÁTICOS.

Linares Marcela, Meyer Rodolfo, Contreras Ilse, Cox Pedro Pablo, Fernanda Verdugo, Jaime Verdugo, Paulina Vignolo, Iris Delgado. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo.

Introducción: la respuesta broncodilatadora es fundamental como herramienta diagnóstica en el preescolar con patología respiratoria. **Objetivo:** evaluar la respuesta broncodilatadora en la espirometría de preescolares con asma. **Material y método:** Se realizó una espirometría antes y después de 200 mcg de salbutamol, con un equipo Jaeger MasterScreen, a 64 preescolares asmáticos y 32 sanos seleccionados por encuesta y pareados por edad, talla y sexo. Todos los niños asmáticos estaban utilizando corticoides inhalados al momento de la prueba y se había suspendido los broncodilatadores. **Resultados:** la edad promedio fue 5, 4 años (2,3 a 5,9) en los asmáticos y 4, 1 años (2,2 a 5,6) en los sanos. El 55,7% y el 60% fueron mujeres en el grupo de asmáticos y sanos respectivamente. Todas las variables espirométricas, menos la CVF, fueron significativamente menores en los niños asmáticos. El 57% de asmáticos y el 23% de sanos lograron VEF1 ($p < 0,007$), lo que fue independiente de la edad en ambos grupos. El coeficiente de variación del VEF1, VEF0,5 y FEF25-75 fue de 4%, 3% y 7% respectivamente. Una respuesta broncodilatadora en VEF1 del 12%, en VEF0,5 del 13%, y en FEF25-75 del 30%, tuvieron una especificidad para diferenciar preescolares asmáticos de sanos del 83%, 99,9% y 87% respectivamente, según curvas de ROC. **Conclusiones:** el VEF1 se logra más frecuentemente en preescolares obstruidos y es independiente de la edad. Una respuesta broncodilatadora en VEF0,5 del 12% y en FEF25-75 del 30% tienen una especificidad alta para diferenciar preescolares asmáticos vs. sanos en esta serie.

RELACIÓN DEL TEST DE EJERCICIO Y LA PRESENCIA DE TOS CON EL EJERCICIO EN NIÑOS ASMÁTICOS.

Ilse Contreras, Constanza Pinochet, María José Martínez, Javiera Catalán, Rodolfo Meyer, Pedro Pablo Cox, Marcela Linares. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo.

Introducción: el Test de ejercicio (TE) se solicita en niños asmáticos que refieren síntomas con el esfuerzo, aunque algunos son asintomáticos y tienen TE positivo. **Objetivo:** determinar la relación entre el TE y la presencia de tos desencadenada por el esfuerzo en niños asmáticos. **Material y método:** se revisaron 222 fichas de niños mayores de 3 años, ingresados al Hospital Padre Hurtado con el diagnóstico clínico de asma. Se consideró un TE positivo a una caída máxima del PEF igual o mayor al 15% o un índice de labilidad mayor de 20. La presencia de tos con el esfuerzo fue determinada por el registro de la ficha clínica estándar. **Resultados:** la edad promedio fue de 7,9 años (3 - 15,4 años), el 36% fueron mujeres. El 64 % estaba recibiendo corticoides inhalados. La sensibilidad y especificidad del TE para diagnosticar obstrucción con el ejercicio fue del 18 y 88% respectivamente. Se encontró un TE positivo en 35 niños (16%), de los cuales 7 (20%) no acusaron síntomas en la anamnesis. El TE positivo se relacionó significativamente con el antecedente de dermatitis atópica ($P=0,002$), rinitis alérgica ($P=0,009$), obstrucción en la IOS o en la espirometría ($P=0,002$) y respuesta significativa al broncodilatador ($P=0,006$). **Conclusiones:** en el grupo aquí estudiado, un porcentaje de niños con TE positivo no refirieron tos provocada por el esfuerzo, por lo que sugerimos que el TE, en el niño con diagnóstico clínico de asma, debe considerarse en forma independiente de los síntomas obtenidos en la anamnesis.

VALORES NORMALES DE VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS

Contreras Ilse, Vidal Félix, Caussade Solange, Sánchez Ignacio, Pineda Nicolás, Montalvo Domingo, Villarroel Luis, Bertrand Pablo, Holmgren Nils. Departamento de Pediatría, Sección Respiratorio. Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La ventilación voluntaria máxima (VVM) es una prueba que mide la función global del sistema respiratorio. Tiene un rol importante en la evaluación de pacientes con patología neuromuscular y esquelética. Está influenciada por el estado de los músculos respiratorios, distensibilidad del sistema pulmón-tórax, estado del control ventilatorio y resistencia de la vía aérea. En Chile no hay valores de referencia en población escolar sana.

Objetivo: Determinar valores normales de VVM en niños y adolescentes chilenos sanos. **Sujetos y Método:** Se realizaron 1431 VVM (799 mujeres) en población escolar sana, entre 6-18 años, en 10 colegios de Santiago en el periodo otoño y primavera entre los años 2003-2007. Se realizaron al menos 2 maniobras de VVM de 12 segundos. Las pruebas se aceptaron si la variabilidad era menor al 10% entre ellas y si el valor obtenido era al 10% del teórico estimado ($VEF1 \times 35$). Los datos se analizaron a través de estadística descriptiva separados en grupos estratificados cada 3 años por sexo en 6-8, 9-11, 12-14 y 15-18 años

Resultados:

Edad (años) □	N Hombres/Mujeres □	VVM (l/min) Hombres □	VVM (l/min) Mujeres
6 - 8 □	114/162 □	67,58 ± 12,87 □	65,77 ± 13,44
9 - 11 □	135/238 □	90,37 ± 14,83 □	88,32 ± 17,70
12 - 14 □	190/193 □	138,41 ± 30,49 □	123,15 ± 20,03
15 - 18 □	193/206 □	185,78 ± 35,80 □	140,43 ± 25,91

Conclusión: Se describen valores normales de VVM en población pediátrica chilena. Es importante contar con mediciones locales para compararlos posteriormente con grupos patológicos. Sugerimos iniciar su uso para optimizar la evaluación funcional respiratoria de nuestros pacientes.

VALORES NORMALES DE PRESIÓN INSPIRATORIA Y PRESIÓN ESPIRATORIA MÁXIMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS SANOS

Contreras Ilse, Vidal Félix, Caussade Solange, Sánchez Ignacio, Montalvo Domingo, Pineda Nicolás, Bertrand Pablo, Villarroel Luis, Holmgren Nils. Departamento de Pediatría, Sección Respiratorio. Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Para la evaluación de la fuerza de músculos respiratorios en niños con patología neuromuscular y desórdenes respiratorios crónicos es importante la medición de la presión inspiratoria máxima (Plmáx) y presión espiratoria máxima (PEmáx). En Chile no existen valores de referencia. **Objetivo:** Determinar valores normales de Plmáx y PEmáx en niños y adolescentes chilenos sanos. **Sujetos y Método:** Se realizaron 1398 (770 mujeres) mediciones en población escolar entre 6-18 años, en 10 colegios de Santiago durante la primavera y otoño de los años 2003-2007. Se realizaron 3 maniobras de Plmáx y PEmáx, empleando un manómetro de presión anaeroide negativo (escala 0 a -300 cmH₂O) y positivo (0 a +300 cmH₂O), considerando aceptable si existía una variabilidad menor al 10% entre ellas. Para el análisis se eligió el mejor valor absoluto obtenido. Se estableció cuatro grupos estratificados según género.

Resultados:

Edad (años) □	N por grupo etéreo □ Mujeres/Hombres □	Plmáx (cmH ₂ O) □ Hombres □	PEmáx (cmH ₂ O) □ Hombres □	Plmáx (cmH ₂ O) □ Mujeres □	PEmáx (cmH ₂ O) □ Mujeres
6 - 8 □	152/121 □	91,67 ± 20,88 □	116,00 ± 20,65 □	84,58 ± 22,96 □	108,84 ± 21,93
9 - 11 □	232/130 □	105,78 ± 25,53 □	139,18 ± 32,765 □	93,74 ± 23,81 □	117,70 ± 24,43
12 - 14 □	191/188 □	115,16 ± 28,06 □	155,89 ± 32,52 □	95,58 ± 27,92 □	123,02 ± 25,00
15 - 18 □	195/189 □	125,40 ± 35,64 □	165,60 ± 33,19 □	94,89 ± 30,72 □	121,15 ± 24,2

Conclusión: Se describen valores de Plmáx y PEmáx obtenidos en población pediátrica chilena. Sugerimos su empleo como nuevo estándar de referencia para la evaluación de fuerza muscular en niños y adolescentes de origen hispánico.

VALORES ESPIROMÉTRICOS NORMALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS: COMPARACIÓN CON VALORES EXTRANJEROS

Contreras Ilse, Caussade Solange, Sánchez Ignacio, Montalvo Domingo, Pineda Nicolás, Bertrand Pablo, Fierro Laura, Villarroel Luis, Holmgren Nils. Departamento de Pediatría, Sección Respiratorio. Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En Chile existen valores espirométricos de referencia que incluyen muestras reducidas de niños.

Objetivos: Determinar valores espirométricos en población pediátrica sana y compararlos con Knudson y cols.

Sujetos y Método: Se realizaron 1744 espirometrías (975 mujeres) en escolares entre 6-18 años durante 2003-2007. Se realizó análisis de regresión para VEF1, CVF y FEF25%-75% según sexo, en función de talla, peso y edad. Los valores obtenidos se compararon con Knudson mediante t de student. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: La comparación con Knudson mostró valores significativamente mayores en la población chilena para CVF, VEF1 y FEF25%-75% tanto hombres como mujeres.

Resultados:

MUJERES (975) grupo etario (años) (n)	CVF media (DE) ecuación regresión	VEF1 media (DE) ecuación	FEF25-75% media (DE) ecuación
6-8 (192)	2,1055 (0,3829) -2,389+0,010P+3,330T	1,8377 (0,3207) -2,236+0,004P+3,124T	2,2079 (0,5144) -2,631-0,001P+3,857T
9-11 (256)	2,7714 (0,5162) -3,058+0,016P+3,673T	2,4048 (0,4529) -3,143+0,010P+3,647T	2,8425 (0,7072) -4,367+0,003P+5,015T
12-14 (264)	3,7317 (0,6030) -3,356+0,019P+3,907T	3,3189 (0,5036) -2,689+0,014P+3,391T	4,0456 (0,8484) -0,332+0,016P+2,282T
15-18 (263)	4,2810 (0,6838) -3,644+0,016P+4,398T	3,8120 (0,5973) -2,789+0,007P+3,901T	4,6281 (1,0666) 1,047-0,005P+2,440T
HOMBRES (769) grupo etario (años) (n)	CVF media (DE) ecuación regresión	VEF1 media (DE) ecuación	FEF25-75% media (DE) ecuación
6-8 (153)	2,1944 (0,3546) -2,096+0,014P+3,110T	1,8678 (0,3018) -1,768+0,011P+2,656T	2,0955 (0,5192) -2,480+0,007P+3,484T
9-11 (147)	3,0135 (0,5378) -3,129+0,018P+3,823T	2,5197 (0,4136) -2,07+0,013P+2,885T	2,7148 (0,5566) -0,357+0,010P+1,894T
12-14 (240)	4,3198 (0,8457) -6,521+0,013P+6,320T	3,7197 (0,7522) -6,415+0,006P+6,124T	4,1607 (1,0210) -6,938+6,906T
15-18 (229)	5,5415 (0,9366) -5,453+0,019P+5,715T	4,8017 (0,8204) -5,003+0,012P+5,281T	5,3234 (1,2921) -4,807+0,011P+5,536T

Conclusión: Los valores espirométricos obtenidos fueron significativamente superiores a los publicados por Knudson. Se sugiere el empleo de estas ecuaciones para poblaciones similares.

DETERMINACIÓN DE PC SIBILANCIA EN PREESCOLARES SANOS Y CON ASMA: REPORTE PRELIMINAR

Fernando Paz, Luis Vega-Briceño, Ignacio Sánchez, Nils Holmgren, Pablo Bertrand, Solange Caussade. Sección Respiratorio. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La concentración de metacolina inhalada para producir sibilancias (PCsibilancia) puede identificar a niños preescolares con hiperreactividad bronquial (HRB).

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad de la PCsibilancia en niños sanos y con asma. **Paciente y método:** Estudio retrospectivo de registros de pruebas de provocación con metacolina (PPBM) en 34 preescolares con asma leve-moderada (grupo A), comparados con el registro histórico de 22 preescolares sanos (grupo S). La PC sibilancia se determinó con: sibilancias en la auscultación del tórax, polipnea (incremento de FR 50% del basal) y/o hipoxemia (disminución de la SatO₂ > 5% del basal). La PPMC se realizó según método de Cockcroft. **Resultados:** Grupo A, 19 hombres, edad: 53,7 ± 10 meses (promedio ± DS) y grupo S, 10 hombres, edad: 53,5 ± 10 meses. La PCsibilancia fue positiva en el 100% del grupo A, mediana: 0,25 mg/ml, rango: 0,06-4 y en el 86% del grupo S, mediana 1 mg/ml, (rango: 0,5 - >8). La PC sibilancia fue positiva para sibilancias asociada o no a desaturación y/o polipnea en el 85% y 64% del grupo A y S respectivamente. En 4 pacientes sanos no se obtuvo la PC sibilancia. La concentración de metacolina de 0,5 mg/ml tuvo una sensibilidad de 76% y una especificidad de 77% para detectar HRB. No se registraron reacciones adversas. **Conclusión:** La PCsibilancia fue una técnica segura en niños preescolares; sugiere la presencia de HRB en niños pequeños. La dosis de 0,5 mg/ml mostró moderada sensibilidad y especificidad en identificar niños sanos vs. asmáticos.

BECLOMETASONA ULTRAFINA EN NIÑOS CON ASMA NO CONTROLADA Y FUNCIÓN PULMONAR persistentemente ALTERADA.

Zenteno D, González R, Campos C, Zúñiga J, Pavón D, Pérez MA, Puppo H, Parietti M, Maggiolo J. Unidad de Broncopulmonar, Hospital Exequiel González Cortes. Universidad de Chile.

Introducción: Algunos asmáticos continúan sintomáticos y con función pulmonar alterada pese a un tratamiento adecuado. Esto podría explicarse por inflamación en la vía aérea periférica, donde los corticoides inhalados ultrafinos logran un mayor depósito. **Objetivo:** Evaluar el efecto de beclometasona ultrafina (BMS UF) en niños asmáticos con esas características. **Pacientes y Métodos:** 14 niños con asma no controlada según encuesta ACT y con alteración ventilatoria obstructiva en sus dos últimas espirometrías, en tratamiento con corticoides inhalados en dosis moderadas a altas por un año, fueron cambiados a BMS UF, 400 -500ug diarios, en MDI más espaciador. Se evaluaron con espirometrías y encuestas ACT al ingreso y cada 2 meses durante 6 meses. Se analizaron cambios durante el periodo de estudio, de las variables de obstrucción al flujo aéreo y ACT mediante t student (significativo $p < 0,05$). **Resultados:** La edad promedio fue 11 ± 3 años, 11 varones. El Tiffenau permaneció alterado al término del estudio. El FEF25-75 varió de alterado a normal en 5 sujetos, aunque el cambio no alcanzó significación estadística. El puntaje de la encuesta ACT al ingreso fue 16,3 y en los controles siguientes 22,6; 21,8 y 21,6. La mejoría fue significativa sólo al comparar la encuesta al ingreso y los controles. **Conclusión:** BMS UF, en los pacientes incluidos y a las dosis utilizadas, no produjo cambios en la función pulmonar, pero sí en el control del asma desde el segundo mes de su administración. Se postula la alteración en el tiffenau se debe a remodelación.

CORRELACIÓN ENTRE PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA Y VARIABLES ESPIROMÉTRICAS EN NIÑOS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES SUBSIDIARIOS DEL PROGRAMA CHILENO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA.

Villarroel G, Salgado R, Torres R, Vera R, Zenteno D, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Programa Nacional de Ventilación No Invasiva (AVNI), Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud, Chile.

Introducción: En la evaluación y seguimiento de niños que emplean soporte ventilatorio son fundamentales las pruebas de función respiratoria. Su deterioro se asocia a mayor morbilidad. **Objetivo:** Correlacionar la Pimax con CVF, VEF1, VEF1/CVF, FEF25-75 en niños con enfermedades neuromusculares (ENM) subsidiarios del programa AVNI. **Pacientes y Métodos:** En 15 niños con ENM, se obtuvo Pimax mediante técnica de Black and Hyatt, con manómetro anaeroide y en un intervalo menor de una semana se realizó espirometría basal según normas ATS. Los datos obtenidos fueron correlacionados utilizando Rho de Spearman y χ^2 , considerando significativos $p < 0,05$. **Resultados:** La mediana de edad fue 13,7 años (9-17), 13/15 hombre. Diagnósticos: enfermedad de Duchenne (8/15), atrofia espinal Tipo II (5/15), miopata congénita (2/15). El promedio de Pimax fue 54% $\pm 0,2$, de CVF 62% $\pm 24,8$, VEF1 61,4% $\pm 24,11$, VEF1/CVF 96,6% ± 9 y FEF 25-75% 65,4 $\pm 28,2$. La correlación entre Pimax y CVF no fue significativa (Rho= 0,37; $p=0,86$). Al asociar ambos parámetros utilizando χ^2 se obtuvo $p=0,001$. No se encontró correlación significativa entre Pimax y el resto de las variables espirométricas. **Discusión:** Los niños con ENM estudiados presentaron disminución de Pimax y espirometrías de carácter restrictivo. Los resultados sugieren que la alteración de Pimax es más precoz que las alteraciones espirométricas para determinar disfunción de la musculatura respiratoria. Actualmente se está trabajando para aumentar el número de pacientes, con el fin de obtener resultados más categóricos.

EVALUACIÓN DE LA PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA EN NIÑOS TRAQUEOSTOMIZADOS

Torres R, Vera R, Kuo CH, Díaz C, Zenteno D, Prado F, Astudillo P, Mancilla P

Programa Nacional de Ventilación No Invasiva, Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud, Chile.

Introducción: La disminución de la Presión Inspiratoria Mxima (Pimax) está asociada a un deterioro clínico progresivo en patologías respiratorias y neuromusculares crónicas. La obtención de la Pimax es un método sencillo y fácil de aplicar que representa la fuerza muscular inspiratoria. Los pacientes traqueostomizados están expuestos a múltiples eventos mórbidos que deben enfrentar con una musculatura respiratoria lo más óptima posible. **Objetivo:** Determinar la fuerza muscular inspiratoria en niños traqueostomizados usuarios de soporte ventilatorio. **Pacientes y Método:** Se evaluó la Pimax en 8 niños traqueostomizados, a nivel de la cánula de traqueostomía con un manómetro anaeroide según Black and Hyatt, reemplazando la boquilla por un conector Omniflex. Los resultados se expresaron en porcentaje del límite inferior, según edad y sexo utilizando valores de referencia de Szeinberg. Para determinar diferencias estadísticas se empleó t student ($p < 0,01$) **Resultados:** La edad promedio fue 12,1 + 3,1 años, 5 hombres; 5/8 correspondió a patologías neuromusculares. Los valores obtenidos fueron 42,9 + 10,5 cmH₂O, que correspondió a 43,9 + 9,7% del límite inferior esperado ($p < 0,01$). **Discusión:** Estos niños demostraron una notoria disminución de sus valores de fuerza inspiratoria máxima, por lo tanto, son candidatos a recibir entrenamiento muscular respiratorio.

FIBROSIS QUÍSTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIO Y ESTUDIO GENÉTICO. HOSPITAL HERNÁN HENRIQUEZ ARAVENA, TEMUCO.

Myriam Betancourt A., David Soto B., Rossana Acuña G. Unidad Respiratorio Infantil. Servicio Pediatría Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Universidad de La Frontera.

Objetivo: Analizar una serie clínica de pacientes con diagnóstico de Fibrosis Quística (FQ), características clínicas, evolución, laboratorio y estudio genético. **Pacientes y método:** Análisis protocolizado de 17 pacientes con FQ en un periodo de 15 años, diagnosticados en nuestro centro. **Resultados:** Entre 1992 y 2007 se diagnosticaron 17 pacientes con FQ. Hombres 10(58%). edad promedio diagnóstico 59,3 meses (rango 3-181), 52% con diagnóstico antes del año de vida. Edad actual 9,6 años (rango 6 meses-19 años). Sospecha diagnóstica: neumonía recurrente (52,7%), Desnutrición (47,0%) diarrea crónica (29,4%) hipoalbuminemia (11,7%) sinusitis (5,8%) Íleo meconial (5,8%). Se realizó estudio genético para 32 mutaciones en 13 pacientes, de los 26 alelos analizados se identificó mutaciones en 18 (78%). Homocigoto para DF508, en 6 (46,1%), heterocigoto para DF508 en 5 (38,4%), Homocigoto para 3849+10Kb->T uno (11,1%) un heterocigoto R334W (7,6%) y en 3 no determinada(23,0%). Insuficiencia pancreática 11 pacientes (64,7%), 9 son portadores DF508, y un homocigoto 3849+10Kb->T. Cultivo de secreción bronquial: S aureus (5) P. aeruginosa y S.aureus (4). Grado de severidad actual: 2 severos (13,3%), 6 moderados (40,0%), 7 leves (46,6%) Durante la evolución, 3 pacientes han requerido oxígeno domiciliario y 2 pacientes han fallecidos. **Conclusiones:** El diagnóstico es relativamente tardío. El compromiso pulmonar es determinante en morbi-mortalidad. Destaca alta frecuencia de mutación DF508 (65,3% de alelos) en relación a reportes nacionales (20-50%). Se destaca la importancia del diagnóstico precoz.

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

Zenteno D, Girardi G, Perez MA, Kogan R, Navarro F, Arce JD, Piñera C, Jara I, Posada C. Unidad de Broncopulmonar, Hospital Exequiel González Cortés. Universidad de Chile.

Introducción: La Neumonía Adquirida en la comunidad (NAC) es una entidad frecuente, que involucra atención en distintos niveles de salud. La radiografía de tórax (RT) permite confirmar su diagnóstico y una aproximación etiológica. **Objetivo:** Determinar y comparar el rendimiento del diagnóstico etológico en NAC mediante RT, de distintos grupos médicos que atienden niños. **Pacientes y Métodos:** Grupos de médicos: radiólogos, neumólogos, pediatras, familiares (MF), IRA y generales (MG), evaluaron individualmente y de manera ciega 80 RT de niños con NAC. Asignaron etiología según 6 patrones radiológicos (PR) previamente estandarizados. Los resultados porcentuales por PR, fueron comparados con un estándar de referencia (ER), obtenido a partir de un consenso de neumólogos, donde se evaluaron las RT, elementos clínicos y de laboratorio. Se consideró rendimiento muy bueno al acierto > 80%, bueno 60-80%, regular 40-60% y deficiente < 40%. **Resultados:** Según el ER, las principales etiologías identificadas fueron: viral (63%), bacteriana (13%) y mixta (16%). En el PR bacteriano, lograron un acierto muy bueno: radiólogos (90%), neumólogos (82%) y médicos IRA (81%); bueno pediatras (69%), regular MF (58%) y MG (53%). En el PR viral acierto muy bueno radiólogos (74%) y neumólogos (74%); el resto regular, pediatras (57%), MF (57%), médicos IRA (51%) y MG (47%). En el PR mixto el acierto fue regular en médicos IRA (49%), pediatras (48%) y neumólogos (47%) e insuficiente en MG (30%), MF (27%) y radiólogos (23%). **Discusión:** El mayor rendimiento es logrado por radiólogos y neumólogos, presumiblemente por una mayor capacitación en el tema. Este **ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.**

"PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE NEUMONÍA VIRAL EN NIÑOS DE 1 MES A 3 AÑOS, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL HHA, TEMUCO, EN EL PERIODO DE JULIO DEL 2006 A JUNIO DEL 2007."

Betancourt Myriam, Merio Rivera Paula, Cabrera Quemener Johanna, Soza Guillermo. Universidad de la Frontera, Temuco. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHA).

Introducción: Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son causa frecuente de hospitalización en los Servicios de Pediatría. **Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y su correlación con el agente etiológico viral en niños del servicio de pediatría del HHA. **Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de 106 pacientes, de 1 mes a 3 años hospitalizados con diagnóstico de neumonía viral confirmado por IFD positiva durante el periodo comprendido entre julio 2006 y junio 2007. **Resultados:** La distribución por sexo fue mujeres 59,4%, el promedio de edad al ingreso fue 11,1 meses. Destaca el antecedente de IRA baja en 61 casos (57,5%), de los cuales 30 presentó al menos un episodio previo de neumonía. Los síntomas predominantes fueron: tos (93,3%), dificultad respiratoria (86,7%), rechazo alimentario (59,4%). 68 pacientes requirieron oxígeno al ingreso. En el 98,1% se aisló un tipo de virus, existiendo coinfección en dos casos. El VRS se aisló en 66,9%, seguido del virus parainfluenza3 (16%) y adenovirus (10,4%). El promedio de días de hospitalización fue 6 (2-39 días). Destaca 17 pacientes que requirieron manejo en UCI. El tratamiento se basó en oxigenoterapia (promedio 2,5 días), broncodilatadores (89,6%), corticoides en casos severos (39,6%). Se utilizó antibióticos en 74,5%. Un paciente falleció por infección por PII. **Conclusión:** En nuestra población el inicio del cuadro clínico es similar para los distintos virus aislados, sin embargo se evidencia una diferencia en la evolución de los mismos, siendo el VRS, el más frecuentemente aislado. Los PI3 y ADV evolucionaron hacia mayor gravedad con manejo en UCI.

HOSPITALIZACIONES POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN MAYORES DE 2 AÑOS

Fuentes L, Paiva R y González R. Hospital Exequiel González Cortes. U. de Chile Dpto. de Pediatría y Cirugía Infantil Sur Santiago. Chile.

Introducción: La enfermedad severa por virus respiratorio sincicial (VRS) ocurre habitualmente antes de los 2 años; sin embargo, los niños mayores de dos años, pueden tener una evolución grave. **Objetivos:** Conocer el perfil epidemiológico y clínico de un grupo de niños mayores de dos años, internados por IRA baja por VRS, por un periodo de un año. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisan 67 fichas, de niños mayores de 2 años, hospitalizados entre Julio/05 y Julio/06, que corresponde al 13% (67/514) del total de pacientes hospitalizados por esta causa. 19 se excluyeron por presentar patología subyacente, quedando 48 niños. El diagnóstico se hizo por IFI. Se registró antecedentes epidemiológicos y clínicos. Para el análisis estadístico se usó χ^2 y prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Edad promedio fue de 3.5 años, 22/48 varones. 38% con antecedentes familiares de asma. Hospitalización previa de causa respiratoria en el 40%, SBOR en el 69%. El 25% recibió corticoides inhalados. Promedio de días de síntomas respiratorios previo al ingreso fue de 3.6. En la Rx de tórax en un 27% se encontró condensación, e hiperinsuflación e infiltrado intersticial bilateral en el 73%. El promedio de estadía fue de 6.9 días. Un 54% estuvo con FiO₂ mayor de un 30%, con 3, 5 días en promedio, y un 25% (12/48) requirió de apoyo con VNI. En este grupo se encontró mayor prevalencia de: neumonía (66% v/s 13.8% $p < 0,001$) y de antecedentes de SBO (91.6% v/s 58% $p < 0.04$). **Conclusiones:** El VRS puede **ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.**

TUBERCULOSIS INFANTIL: SEGUIMIENTO DE 26 AÑOS, AREA METROPOLITANA CENTRAL

Boza ML, Pena C. Hospital clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Tuberculosis (TB) en Chile ha reducido progresivamente su incidencia producto del programa de control (PC) logrando interrumpir de la transmisión a través de la identificación y tratamiento efectivo de los casos contagiantes. El adecuado estudio de contactos y quimioprofilaxis evita fuentes de TB, y reduce las tasas infantiles. **Objetivos:** Determinar la magnitud, tendencia de TB infantil y describir las principales características. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de registros del PC de TB entre los años 1980 y 2006. **Resultados:** Se registraron 191 casos. La mayor tasa de incidencia (TI) ocurre en 1981 (10.3/100.000) y la menor en 1995 y 2003 (1/100.000); con reducción de 8.5/100.000 a 1.7/100.000 en el periodo, siendo la actual el 20% de la inicial (adultos 32.9%). Desde 1996 la magnitud de reducción de TI se mantiene en niños, en adultos es menor. Promedio de edad 9 años con 57% mujeres, localización pulmonar es más frecuente (60%), extrapulmonar: ganglionar (42%) y osteoarticular (22%). En los últimos 6 años se identifican TB en hijos de inmigrantes (Perú) en proporción de 30-60% de la incidencia. **Conclusión:** El éxito del PC de TB se demuestra en niños con reducción de la TI mayor que la de adultos. Se deben mantener las actividades con especial dedicación en hijos de inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia de TB.

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y FAMILIA Y/O CUIDADORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (AVNI) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Respiratorio. Subsecretaría de Redes. Ministerio de Salud.

Introducción: El Programa AVNI incluye a niños con hipoventilación nocturna. Integra los distintos niveles de atención, teniendo como eje central el hogar y familia para transferir tecnología y prestaciones que permitan abordar los objetivos de contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias como necesario complemento a la mejora esperada en la dimensión funcional. **Objetivo:** Conocer el impacto en la calidad de vida en niños y familia y/o cuidadores beneficiarios del Programa. **Material y Métodos:** Se realizaron evaluaciones a través de distintos instrumentos que permitieran conocer diversas dimensiones de la calidad de vida al ingreso del Programa y luego de 6 meses de prestaciones. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de t-student y se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 62 niños y familias, la evaluación de calidad de vida en niños, según el Auquei aumentó 5,8 4,6 puntos, IRS aumentó 14 8,3 puntos, ambos con diferencias significativas entre el ingreso y los 6 meses. La escala de impacto familiar (IFS), Apgar familiar y Cuestionario Salud de Goldberg si bien tuvieron cambios estos no fueron significativos. **Discusión:** Existe aumento de la calidad de vida en los instrumentos que evalúan directamente al niño beneficiario, en los instrumentos de evaluación familiar no se apreciaron diferencias significativas. El Programa AVNI tendrá un impacto en la calidad de vida de los niños, esta evaluación debe persistir en el tiempo para poder redirigir las intervenciones y conocer el impacto a largo plazo.

PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA DOMICILIARIA (AVNI) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS): UN AÑO DE EXPERIENCIA

Kuo C, Salinas P, Prado F, Astudillo P, Mancilla P. Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud.

Introducción: El Programa Nacional de AVNI en APS se inicia en enero 2006 como estrategia organizacional que integra distintos niveles de atención de salud, considerando el hogar y familia como eje central en la entrega de la asistencia ventilatoria en niños con hipoventilación nocturna derivada de diversas patologías de la bomba respiratoria, va rea o parénquima pulmonar. **Objetivo:** Identificar las características de los beneficiarios del Programa y las prestaciones entregadas. **Material y Métodos:** Describir en forma retrospectiva los datos obtenidos de los niños ingresados al Programa, en el año 2006 y 2007. **Resultados.** Han ingresado 133 niños. Edad promedio 9,06 5 años, 57,9% de sexo masculino. Las patologías que presentan estos niños son: Enfermedad neuromuscular/cifoescoliosis 62,7%, daño pulmonar crónico 18,3%, mielomeningocele operado 5,6%, SAOS 4,8% y Misceláneas 8,7%. Las prestaciones entregadas son: Bipap nocturno 63,5%, Bipap a traqueostomía 16,6%; entrenamiento de la musculatura respiratoria 33,3% y 3,2% sólo atención profesional en espera de equipos que permitan la asistencia ventilatoria. **Comentarios:** El total de niños y familias tienen prestaciones regulares entregadas en domicilios por profesionales de la salud contratados por APS, lo que hace a este Programa pionero en el sistema de salud nacional, transfiriendo la tecnología necesaria al domicilio con la supervisión de un equipo de salud como facilitadores del proceso de autocuidado, entregando educación constante en relación al manejo de la enfermedad, equipos, acciones frente a descompensaciones y actividades de promoción de la salud, de acuerdo a los requerimientos de grupo familiar.

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

Navarrete Contreras P, Araya Ulloa F, Hernandez Canales J, Montoya Sther M, Valderrama Fuentes D, Orellana Parada J. Hospital Victor Rios Ruiz de Los Angeles

Introducción: Las neumonías con derrame pleural determinan un aumento en la morbi-mortalidad respecto de pacientes sin derrame y el manejo es fundamental. El objetivo de este trabajo es conocer y analizar las características de las pleuroneumonías del Hospital Base Los Angeles en los últimos 7 años. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes pediátricos con patología pleuropulmonar hospitalizados periodo 2000-2007. Se estudiaron 50 pacientes. **Resultados:** La edad promedio: 4 años 9 meses. Comuna de mayor incidencia: Antuco, sin diferencia estacional ni de sexo. Promedio Leucocitosis y PCR al ingreso, 20380 leuc/ml y 197 mg/dl respectivamente. Neumococo fue el germen mas frecuente (84,6%), con un 9.1% de resistencia intermedia a penicilina. 32% fueron empiemas y el resto fue derrame paraneumónico. El esquema antibiótico mas usado fue cloxacilina mas cefotaxima (38%). Sobrevida 100%. **Discusión:** Este trabajo confirma al neumococo como principal causante de pleuroneumonía y a la penicilina como primera elección, dado su baja resistencia. Los pacientes con derrame paraneumónico, tienen excelente respuesta a tratamiento con antibióticos y drenaje pleural. Se sugiere el uso de videotoracoscopia asistida, en vez de la toracotomía mínima. Se sugiere realizar análisis prospectivo con protocolos establecidos y ajustarlos a la realidad local.

ESTENOSIS SUBGLÓTICA ADQUIRIDA POST EXTUBACIÓN. EXPERIENCIA 2005-2006

Andrés Koppmann, Francisco Prado, Matías Emmerich, Cecilia Borel, María Lina Boza. Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile

La estenosis subglótica adquirida (ESA) post extubación es una patología infrecuente. Factores predisponentes: edad, intubación prolongada, reintubaciones e infección concomitante. **Material y método:** Se describen características clínicas, tratamiento y evolución de seis pacientes con ESA post extubación diagnosticados en periodo de 18 meses (1.3% del total de niños intubados). **Resultados:** Cinco hombres y 5 menores de un año (25 días a 1 año 1 mes). Tres pacientes sanos previos. En cinco la ventilación mecánica se indicó por insuficiencia respiratoria y cinco permanecieron intubados más de 5 días (4 a 26 días); en 4 hubo reintubaciones. Todos presentaron infección grave durante su evolución. En todos, la presentación fue estridor y la primera evaluación endoscópica se realizó entre el día 2 y 17 post extubación. Cuatro pacientes presentaron ESA inmaduras grado II ó III y dos ESA inmaduras grado I. Cuatro niños con ESA más severas fueron dilatados con tubos endotraqueales (TET). En tres se usó mitomicina tópica. Tres de los cuatro niños dilatados evolucionaron bien, evaluados entre los 28 y 48 días post dilatación con fibrobroncoscopia y/o laringoscopia directa. Un paciente que requirió tres dilataciones presentó reestenosis debiendo ser sometido a cirugía. Los dos pacientes con ESA leves fueron tratados con corticoides. Uno evolucionó favorablemente y el otro falleció por comorbilidad. Actualmente cinco pacientes están en buenas condiciones. **Conclusión:** El diagnóstico generalmente se establece lejos de la injuria. En ESA inmaduras la dilatación con TET es una alternativa válida de tratamiento, por lo que el diagnóstico precoz resulta clave.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN NIÑOS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Brockmann P, Prado F, Kuo C, Salinas P, Mendez M, Holmgren NL. Pontificia Universidad Católica y Hospital Josefina Martínez.

Los trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) son frecuentes en los niños con enfermedades neuromusculares (ENM) y pueden potencialmente provocar complicaciones. **Objetivo:** Describir los TRS en niños con ENM y evaluar el impacto sobre las alteraciones del sueño producidas por la ventilación no invasiva. **Métodos:** Se describe una cohorte de niños < 18 años con ENM, a los cuales se realizó una polisomnografía nocturna con equipo ALICE 5.0, además de un cuestionario relativo a TRS; como parte de su evaluación previa al inicio de ventilación no invasiva crónica. Se registraron datos generales, diagnósticos de base, y parámetros analizados durante el sueño. **Resultados:** De los 24 pacientes estudiados, 11 correspondieron a varones, el promedio de edad fue 10,5 años (DS: 4,8). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Distrofia muscular de Duchenne =4, atrofia espinal tipo II =2, otras miopatías =4, displasias óseas =2. El tiempo promedio de registro fue de 408 min (DS: 111), con una eficiencia del sueño promedio de 78%. Los índices de trastornos respiratorios por hora fueron (promedios): RDI (índice de trastornos respiratorios) = 4,5; AHI (índice de apnea hiponea) = 3,6; MOAHI (índice de apnea hiponea mixtas y obstructivas) = 0,9, desaturaciones de O₂ = 13,9 y de microdespertares = 21,2. La saturación de O₂ en vigilia promedio fue 95,2% (DS: 3,8) y durante el sueño de 94% (DS 3,5). La PSG fue interpretada como: normal 6(25%), roncadador primario 4(16,7%), síndrome de resistencia aumentado de la vía aérea 2(8,3%), síndrome de apnea obstructiva del sueño 6 (25%), hipoventilación central 4(16,7%). En 7 niños **ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.**

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

Brockmann P, Pardo T, Viviani P, Holmgren NL. Pontificia Universidad Católica de Chile

Los trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) son frecuentes en los niños y han sido relacionadas con un mal rendimiento escolar y el síndrome de déficit de atención e hiperactividad (SDAH). El objetivo de este estudio fue determinar si las alteraciones de la respiración durante el sueño, evaluadas mediante un cuestionario acerca del sueño (CS), se correlacionan con rendimiento escolar y el SDAH. **Métodos:** se aplicó un cuestionario validado de 13 preguntas sobre TRS y el Test de Conners (TC) a padres de niños escolares y adolescentes de un colegio en Santiago. Estadísticas: se presentan estadísticas descriptivas como promedio y DS para edad y como media y rango para el CS y el TC. Se utilizó: Rho y χ^2 para la correlación entre los cuestionarios y las calificaciones escolares. **Resultados:** 272 escolares/adolescentes (136 hombres) completaron el cuestionario. Edad: 11.7 +/- 3.1 años. El CS tuvo una correlación positiva con el TC ($r = 0.32$; $p < 0.05$). Hubo una leve correlación negativa con las calificaciones en Lenguaje ($r = -0.151$; $p < 0.05$). Algunas preguntas específicas del CS presentan una leve correlación negativa con las calificaciones en Lenguaje: cefalea matinal ($r = -0.131$ $p < 0.05$), somnolencia diurna ($r = -0.192$; $p < 0.001$), quedarse dormido al ver televisión ($r = -0.171$ $p < 0.05$), roncar ($r = -0.162$; $p < 0.05$). "Quedarse dormido en el colegio", tiene una leve correlación negativa con las calificaciones en lenguaje ($r = -0.192$; $p < 0.001$), matemáticas ($r = -0.117$; $p < 0.05$) y promedio de notas ($r = -0.117$; $p < 0.05$). Los niños en el percentil **ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.**

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN UNA SERIE DE 15 NIÑOS CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA

Jakubson L, Paz F, Harris P, Zavala A, Prado F, Bertrand P. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La atresia esofágica (AE) con o sin fístula traqueoesofágica (FTE) es una malformación congénita que se asocia a morbilidad respiratoria y digestiva. **Objetivo:** Describir características clínicas de los pacientes con FTE con énfasis en su morbilidad respiratoria. **Material y métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva 15 fichas de pacientes con diagnóstico de FTE evaluados por el equipo de Broncopulmonar Infantil de la Universidad Católica de Chile entre 1995 y 2007. **Resultados:** N = 15 pacientes, sexo masculino 9 (60%), diagnóstico el 1 día de vida 13/15 pacientes Clasificación de Gross: A= 0, B= 1, C= 12, D= 1 y E= 1. Malformaciones asociadas: 8 de 15 pacientes (53,3%). Complicaciones respiratorias: Neumonía recurrente 8 de 15 (53,3%), sibilancias recurrentes 12/15 (80%), Apnea y/o ALTE 1 paciente. Se realizó fibrobroncoscopía en 12/15 pacientes: 10 presentaron traqueomalacia. Recurrencia de fístula: 3 /15 pacientes. Complicaciones digestivas: Reflujo gastroesofágico: 10 0% de los pacientes, 14 /15 recibieron tratamiento médico y 1 cirugía de Nissen. Estenosis esofágica: 8/ 15 (53,3%). Hospitalizaciones: por causa respiratoria 12/15 pacientes y por causa quirúrgica 12/15 pacientes. No existió mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** La FTE es una patología de resolución quirúrgica con alta morbilidad respiratoria, digestiva y frecuentes hospitalizaciones en los primeros años de vida. Es importante la sospecha y tratamiento de estas complicaciones para lograr una evolución favorable a largo plazo en estos niños.