

TBC Infantil en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS)

Lilian Rubilar, Julio Maggiolo, Mónica Parietti, Ricardo Kogan, Guido Girardi, Rebeca Paiva y Paulina Ramonda. Hospital Exequiel González Cortés y SSMS.

Introducción: La TBC en Chile evoluciona con disminución de las tasas de enfermedad. La TBC infantil (TI) en el SSMS, debería reflejar las mismas tendencias epidemiológicas. **Objetivos:** Descripción de los casos de TBC infantil (TI) de los últimos 12 años del SSMS atendidos en el HEGC; Descripción de las tendencias epidemiológicas de la TI en el SSMS durante el período 2003-2009. **Material y método:** Revisión prospectiva de todos los casos de TI tratados en el HEGC, pertenecientes al SSMS, desde 01/01/1998 al 31/08/2009. Revisión de la base de datos del Programa de TBC del SSMS, con registros desde 01/01/2003 al 31/08/2009. **Resultados:** N = 17 casos, edades 4m a 14 años, promedio 11 años; 5 /17 niñas; formas clínicas: con TBC ganglionar (8/17), pulmonar (4/17), pleural (1/17), pulmonar + meníngea (2/17), diseminación BCG en dos niños (1 ganglionar y 1 ósea años 2008 y 2009 respectivamente , ambos con inmunosupresión y menores de un año). La confirmación de la enfermedad fue: baciloscopia directa (4/17), biopsia (8/17), cultivo (5/17). De los 2 niños con compromiso meníngeo 1 no tenía vacuna BGG del recién nacido (RN) y el otro recibía quimioterapia para LLA. Todos han recibido tratamiento completo según norma nacional. No encontramos mortalidad. Secuelas: daño neurológico en 2/2 con forma meníngea, incarceration pulmonar en 1/1 con forma pleural y destrucción vertebral en 1 con diseminación BCG. Contacto intradomiciliario en (6/15): con forma pulmonar (3), pleural (1), pulmonar +meníngea (1) y ganglionar (1). Las tasas de incidencia de TBC en todas ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.

Estudio clínico randomizado: planes de acción escritos para el manejo de pacientes asmáticos de 7-14 años en la atención primaria

Corbalán Jⁱ, Lara Bⁱⁱ, Arenas Dⁱⁱ, Moreno G, Prado F. ⁱDepartamento de Medicina Familiar UC, CESFAM Bernardo Leighton Puente Alto; ⁱⁱInternas Medicina UC.

Introducción: El manejo del asma infantil requiere un enfrentamiento que incorpore elementos de autocuidado además de las intervenciones farmacológicas o educacionales habituales. Diversas guías recomiendan el uso de planes de acción escritos (PAE) para mejorar el control de la enfermedad. Se desconoce su efectividad en pacientes con asma leve o moderada como intervención aislada. **Objetivos:** Evaluar la efectividad del uso de PAEs en el control de asma leve o moderada en la APS. **Materiales y métodos:** Se desarrolló un PAE basándose en un estudio cualitativo previo que evaluó necesidades y perspectivas de los asmáticos y sus cuidadores y en otros PAEs publicados en literatura. Se randomizaron 99 niños de 7 a 14 años con asma leve o moderada, controlados en el programa IRA del CESFAM Bernardo Leighton, para recibir un PAE o no, manteniendo su manejo habitual del asma además de material educativo. A los pacientes del grupo intervención les fue explicado el uso del PAE. Ambos grupos fueron seguidos por teléfono mensualmente. **Resultados:** Ambos grupos fueron comparables en todas las variables biopsicosociales evaluadas. A 4 meses de seguimiento no se ha observado una diferencia significativa en la disminución de consultas no programadas, episodios asmáticos manejados en domicilio, uso de Salbutamol o corticoides orales ni ausentismo escolar o laboral del cuidador principal. **Conclusiones:** Aparentemente el uso de un PAE en estos pacientes no es más efectivo que el cuidado habitual en optimizar el control del asma. Es posible que el corto período de seguimiento subvalore la efectividad de la intervención.

Ventilación mecánica invasiva domiciliaria en niños: experiencia de un Programa Nacional en Chile

Zenteno D, Salinas P, Vera R, Mödinger P, Rodríguez C, Higuera C, Prado F.
Programa Nacional Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Niños. Unidad de Salud Respiratoria - MINSAL.

Introducción: La asistencia ventilatoria invasiva domiciliaria (AVI) se establece en pacientes con 24h de dependencia, estenosis subglóticas o disfunción bulbar severa. El Programa chileno de ventilación domiciliaria, incluyó esta modalidad desde el año 2008. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes clínicamente y según prestaciones recibidas. **Material y Métodos:** Descripción de los registros clínicos de pacientes ingresados enero 2008 - agosto 2009. Los datos se expresan en medianas. **Resultados:** Han ingresado 31 niños; 22 están activos, alta 5 y 4 fallecidos (accidente de cánula 1, neumonía 1, miocardiopatía 1, arritmia 1). Edad 3,3 años (1-18a). Diagnósticos principales: enfermedades neuromusculares (ENM) (12/31), daño pulmonar crónico (9/31), fallo ventilatorio central (7/31), patología vía aérea central (3/31). Duración de la hospitalización previo alta 22,8 meses (15-146) y permanencia en domicilio 4 meses (1-18; > 6m duración 14p). Se utilizó ventilador convencional I-Vent (GeneralElectric) en modalidad presión control (SIMV) en 9 y BiPAP Harmony/Synchrony (Respironics) a través de TQT en el resto. 12 pacientes tienen 24h dependencia. 14 son cuidados sólo por sus padres y 17 cuentan con técnico paramédico. Los pacientes con estadía > 6m han presentado 31 exacerbaciones respiratorias. 8 eventos (26%) requirieron hospitalización (media: 10d, 1-25d). **Discusión:** La principal causa de AVI es insuficiencia ventilatoria secundaria a ENM. La mayoría de los pacientes utilizaron Bipap a través de TQT con soporte < 24h. Los eventos en domicilio han sido principalmente exacerbaciones respiratorias, un tercio con hospitalizaciones breves. La mortalidad se vinculó a la evolución de la enfermedad, neumonía y accidente de cánula.

Descripción del manejo de un paciente en el contexto de la hospitalización domiciliaria

Baltierra C.; Jara M.; Medina A.; Ormeño A. Medical Hilfe Homecare. Departamento de Enfermería. Santiago, Chile.

Introducción: El manejo de un paciente con Gastosquisis gigante plantea un desafío al equipo de enfermería considerando la complejidad desde el punto de vista respiratorio, nutricional, cuidados de la piel y del desarrollo del niño que se pueda presentar. **Objetivo:** Describir el manejo de un paciente con Gastosquisis gigante operada, portador de traqueostomía y ventilación mecánica, enfatizando en las acciones de enfermería que contribuyeron a la favorable evolución de la paciente. **Material y métodos:** Revisión bibliográfica, ficha clínica, observación directa. **Resultados:** La evolución de la paciente después de un año y medio en sistema de hospitalización domiciliaria, pese al pronóstico de supervivencia no mayor al 30%, fue favorable superando expectativas gracias al trabajo conjunto del centro hospitalario de origen, la familia y el nuestro propio, interviniendo en las siguientes áreas: Manejo de zona operatoria con curaciones frecuentes logrando cicatrización total de la piel, apoyo y supervisión nutricional estrictos, inicialmente con sonda nasoyeyunal, luego sonda nasogástrica y finalmente por boca, con seguimiento ponderal dos veces a la semana incorporando distintos métodos de alimentación, superando su desnutrición inicial alcanzando la eutrofia y entrenamiento constante al personal y padres sobre técnicas de alimentación, estimulación del desarrollo psicomotor, manejo de emergencias y prevención de accidentes. **Comentarios:** Es fundamental para la buena evolución de estos pacientes el trabajo en equipo integrando a la familia destacando la importancia de la educación y la colaboración activa de ésta misma del éxito alcanzado en este caso.

Distrofia muscular de Duchenne: composición corporal, gasto energético y función pulmonar

Barja S, Pérez R, Cardoso I, Escalona M, Salinas P, Vera R, Prado F. Hospital Josefina Martínez, Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa Nacional Chileno de Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI).

Introducción: Los pacientes con DMD presentan morbilidad respiratoria secundaria a insuficiencia ventilatoria. El estado nutricional puede influir en la función pulmonar (FP). **Objetivo:** Describir el estado nutricional de un grupo de pacientes con DMD perteneciente al Programa AVNI y describir eventuales asociaciones entre la composición corporal, gasto energético y FP. **Método:** Se estudiaron 21 pacientes con DMD, consignándose datos demográficos, apoyo ventilatorio, capacidad motora y entrenamiento musculatura respiratoria (EMR). Se evaluó antropometría (CDC-NCHS); masa grasa (MG) y magra (MM) con bioimpedanciometría; gasto energético en reposo (GER) con calorimetría indirecta; FP (CVF, VEF, PiMax) y gases sanguíneos. **Resultados:** Edad $163,9 \pm 36$ meses (100-225). Eutrófico (29%), sobrepeso (33%), obeso (24%) y desnutrido (14%). Dependientes de silla de ruedas (76,2%). Reciben AVNI (62%) y EMR (38%). El IMC fue 22 ± 5 kg/m², la MG: $37 \pm 10\%$, MM: $63 \pm 10\%$ y GER: $1267,6 \pm 248$ Kcal/día, VEF: $1,53 \pm 0,8$ L, CVF: $1,82 \pm 0,9$ L, PiMax: $62,3 \pm 24,2$ cm H₂O y PaCO₂: $44,4 \pm 9,6$ mmHg. Los pacientes en silla de ruedas son mayores, tienen $< \%MM$ y PiMax comparados con los que bipedestean (Anova $p < 0,005$). Hubo correlación directa entre IMC, MM y GER con los parámetros de FP. No hubo asociación a MG. **Conclusiones:** En este grupo de pacientes con DMD se confirmó una alta prevalencia de trastornos nutricionales. Se encontró asociación entre masa magra y función pulmonar.

Correlaciones simples con parámetros de función pulmonar

	VEF ₁	PiMax	CVF
IMC z score	0,63 (0,009)	0,51 (0,004)	0,67 (0,005)
MG (kg)	-	-	-
MM (kg)	0,66 (0,005)	0,66 (0,006)	0,56 (0,002)
GER	0,50 (0,04)	0,63 (0,009)	0,48 (0,05)

Caracterización de los pacientes hospitalizados en la campaña de invierno 2009 en Hospital Josefina Martínez

Cabrera Z, Méndez M, Holmgren L, Bertrand P, Castro-Rodríguez JA, Navarrete P. Hospital Josefina Martínez de Ferrari. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las infecciones respiratorias bajas son la principal causa de hospitalización en invierno y una causa importante de mortalidad de origen infeccioso en países desarrollados. **Objetivos específicos:** Caracterizar los pacientes hospitalizados durante la campaña de invierno 2009 en Hospital Josefina Martínez de Ferrari. **Metodología:** Revisión de las fichas clínicas de pacientes hospitalizados con enfermedades respiratorias agudas durante la campaña de invierno. **Resultados:** 180 pacientes fueron derivados para hospitalización desde centros de referencia. El 50% fueron varones; 135 (75%) lactantes, 37 (20%) preescolares y 8 (4.4%) escolares. Antecedentes: SBO 51%, neumonía 21%, asma 10.6%, prematuridad 12.2%, y ventilación mecánica 8.3%. Diagnósticos al ingreso: neumonía adquirida comunidad 63%, crisis bronquial obstructiva 33%, bronquiolitis 22.2%, crisis asmática 17.7%, síndrome coqueluchoideo 0.5%. El 77.4% de aquellos con SBO actual ya tenía el antecedente SBO previo ($p=0.0001$) y el 81.8% de los pacientes con crisis asmática tenía antecedente de SBO previo ($p=0.0001$). Se identificó el agente infeccioso en 148 (82.2%) pacientes: 124 (67%) VRS, 16 (8.8%) influenza A, 6 (3.3%) parainfluenza y 5 (2.8%) mixtos. Se usó antibióticos por sospecha de sobreinfección bacteriana en 32.6%. Días de hospitalización promedio fueron 5.63 (rango: 2-46 días). 87 pacientes (48.3%) requirieron ventilación mecánica no invasiva (VNI). Sólo 3 (1.6%) pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI). **Conclusión:** La neumonía continua siendo una enfermedad frecuente, el VRS fue el agente infeccioso más prevalente (a pesar de la pandemia influenza humana), casi la mitad de los casos requirieron VNI y sólo el 1.6% requirieron VMI por fracaso de VNI.

Caracterización de los pacientes con VNI hospitalizados en campaña de invierno en Hospital Josefina Martínez 2009

Cabrera Z, Méndez M, Holmgren L, Bertrand P, Castro-Rodríguez JA, Navarrete P. Hospital Josefina Martínez de Ferrari. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) es cada vez más utilizada en insuficiencia respiratoria aguda en niños, aunque existen pocos estudios que avalen su uso en pacientes sin patología crónica. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes tratados con VNI durante campaña de invierno 2009 en el Hospital Josefina Martínez de Ferrari. **Metodología:** Revisión de fichas clínicas de pacientes hospitalizados con enfermedad respiratoria aguda durante campaña de invierno. **Resultados:** 87 pacientes hospitalizados requirieron VNI según protocolo de traslado de centros de referencia. 48 (50%) fueron varones, 72 (82%) lactantes, 13 (14%) preescolares y 2 (2.2%) escolares. Rango edad: 2 meses - 6 años. Antecedentes previos: prematuridad 14%, ventilación mecánica 9.1%, asma 8%, SBO 52%, neumonía 16%, y hospitalización por infección respiratoria baja 23%. Diagnóstico al ingreso: neumonía adquirida comunidad 74%, crisis bronquial obstructiva 31%, bronquiolitis 19%, crisis asmática 16%. Identificación del agente infeccioso en 81 (93.1%) pacientes: 63 (72%) VRS, 9 (10.3%) influenza A, 4 (4.5%) parainfluenza y 5 (5.7%) mixtos. Uso de antibióticos por sospecha de sobreinfección bacteriana en 52.8%. El promedio de hospitalización fue de 8.3 días, uso de VNI 38.8 horas y requerimiento de oxígeno 4.9 litros (rango: 0.5 - 15 litros). Un 6.8% presentaron complicaciones asociadas al VNI (7 casos de conjuntivitis y 1 lesión retroauricular). Sólo 3 pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva por fracaso del VNI. **Conclusión:** El uso del VNI en unidad de cuidados intermedios con personal entrenado es posible, seguro, y útil para el manejo de diversas enfermedades respiratorias agudas en pacientes sin patología crónica.

Trastornos respiratorios del sueño en escolares y asociación con hipertrofia de amígdalas y obesidad

Borel C, Carrillo J, Aranda C, y Barna R. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Luis Calvo Mackenna; Corporación Municipal de San Miguel; Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) constituyen un problema de salud pública reconocido por su impacto cognitivo y conductual. En niños se demuestra asociación entre hipertrofia de tejidos linfoides y obesidad con ronquido nocturno. **Objetivo:** Para conocer algunos aspectos epidemiológicos y factores de riesgo asociados, realizamos un estudio en escolares de primer año básico en escuelas municipales de Santiago. **Material y método:** Se aplicó un Cuestionario Pediátrico de Sueño a 120 padres y/o cuidadores, medición de peso/talla y un examen físico centrado en orofaringe, por un médico entrenado. **Resultados:** Se obtuvieron 102 casos con todas las variables. 49% eran varones, con promedio de edad de 7,6 (6 a 8 años). Según encuesta, 71% no roncaba o lo hacía ocasionalmente (nR), 29% lo hacía en forma habitual (R). Un 56% de los escolares tuvo peso normal (3 de bajo peso). Un 44% presentaba sobrepeso u obesidad (SO). Un 14% presentaba hipertrofia de amígdalas tipo 3 o 4 (HA). Los niños con SO tienen $RR=2,24$ ($p < 0,01$) de presentar R. Los escolares con HA presentan un $RR=2,93$ ($p < 0,01$) de tener R. Entre SO y HA no hubo diferencia estadística. **Conclusión:** El ronquido nocturno, como manifestación de obstrucción de la vía aérea superior, constituye un síntoma cardinal en TRS. La hipertrofia de amígdalas y la obesidad son factores de riesgo que actúan probablemente de manera independiente. Constituyen motivo de interés clínico los 5 niños (33%) que teniendo HA no presentan ronquido, y los 20 escolares que sin presentar HA tenían ronquido habitual.

Estado nutricional y evolución clínica de lactantes hospitalizados por IRA

Cabrera Z, Bustos E, Chateau B, Navarrete P, Barja S. Hospital Josefina Martínez. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El estado nutricional (EN) puede influir en la evolución clínica de los lactantes con infecciones respiratorias agudas (IRA). **Objetivo:** Describir el EN de los lactantes derivados para cuidado básico e intermedio al hospital Josefina Martínez, durante la Campaña de Invierno 2009 y estudiar su asociación al tratamiento y evolución clínica. **Método:** Se revisaron los registros de los niños menores de 2 años hospitalizados durante la Campaña de Invierno 2009. Se consignaron antecedentes (Prematurez, enfermedades respiratorias previas), peso al ingreso, tratamiento (Apoyo ventilatorio, oxigenoterapia, antibioterapia) y evolución (Tiempo de estadía, sobreinfección). Se calculó el z-score de P/E (zP/E por Anthro OMS). **Resultados:** Para 132 pacientes, edad: mediana de 9,04 meses (Rango: 1 a 24), 42,2% mujeres. 63% menores de 12 meses de edad, el zP/E fue de $0,124 \pm 1,2$. EN: 3,8% era desnutrido, 13,6% riesgo de desnutrición, 62% eutrófico, 15,9% sobrepeso y 4,5% obeso. La mediana de estadía fue 6 días (rango 1-46). De acuerdo a EN, no se encontró diferencia en cuanto a sexo, edad, requerimientos de O₂, sobreinfección o tratamiento antibiótico. Los lactantes con exceso ponderal tuvieron una tendencia a mayor estadía hospitalaria en relación a los eutróficos y a aquellos con déficit ($8,8 \pm 7,9$, $7,2 \pm 3,3$ y $6,3 \pm 3,8$ días respectivamente, $p > 0,05$), con estadías mayores a 5 días (Chi², $p < 0,002$), y una tendencia a mayor indicación de apoyo ventilatorio no invasivo ($p > 0,05$). **Conclusiones:** En esta muestra de lactantes hospitalizados por IRA se encontró una alta prevalencia de déficit nutricional. Aquellos con exceso de peso tuvieron estadías más prolongadas.

Descripción del perfil alérgico en un grupo de pacientes atópicos sometidos a prick test

Dra. Claudia Díaz Cárdenas⁽¹⁾, Dr. Fernando Iñiguez O⁽²⁾, Klga. Carolina Salgado⁽³⁾.
(1) Médico Cirujano, Clínica Alemana Puerto Varas (2) Pediatra Broncopulmonar, Clínica Alemana Puerto Varas. (3) Kinesióloga Laboratorio Respiratorio Pediátrico, Clínica Alemana Puerto Varas.

Introducción: Atopia es un estado de hipersensibilidad anómala ante la presencia de sustancias o condiciones que para el resto de la población son inocuas. **Objetivo:** Exponer a la comunidad médica el perfil alérgico de un grupo de pacientes evaluados en la Clínica Alemana de Puerto Varas. **Pacientes y método:** Se revisaron retrospectivamente 1232 test cutáneos realizados entre enero 2006 y septiembre 2009, los resultados se correlacionaron entre los distintos alérgenos utilizados (divididos inhalantes exterior, interior y alimentos) y con datos generales del paciente. **Resultados:** Se evaluaron 588 mujeres y 644 hombres, con rango de edad entre 1 y 69 años. La población en su mayoría se conformaba por los menores de 20 años (93%), correspondiendo sólo a 1,5% los mayores de 50 años. Los hombres presentaron reacción alérgica en un 60% de los casos. Dermatofagoides Pteronyssinus (56%) y Farinae (52%) mostraron mayor reactividad de la serie. Considerando la división inhalantes se produjo reacción a 22% Pasto azul, 56% Dermatofagoides Pteronyssinus y 5% Tomate. Los elementos que ocasionaron menos alergia fueron leche, pollo y roble. **Conclusiones:** La población masculina es más susceptible de responder a alérgenos. En la etapa Infante Juvenil existe más tendencia de presentar atopia. La reacción alérgica fue más frecuente ante Dermatofagoides Pteronyssinus.

Determinación de PCsibilancia en preescolares sanos y con asma

Einisman H, Ramírez R, Bugeño R, Contreras S, Padilla O, Caussade S. Sección Respiratorio, Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La concentración de metacolina inhalada capaz de producir sibilancias (PCsibilancia) puede identificar a preescolares con hiperreactividad bronquial (HRB). **Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad de la PCsibilancia en niños sanos y con asma. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo. Se realizó prueba de provocación bronquial con metacolina con método de Cockcroft en niños sanos y asmáticos. Se clasificó severidad de asma por GINA. La PCsibilancia se determinó por: auscultación de sibilancias, aumento 30% FR y/o disminución de $\text{SatO}_2 > 5\%$ con respecto a nivel basal. Los análisis estadísticos utilizan cálculos geométricos. **Resultados:** 33 asmáticos (54,5% hombres, edad: $53,7 \pm 10$ meses) y 26 sanos (42,3% hombres, edad: $53,5 \pm 10$ meses). La dosis mínima promedio de metacolina para obtener positividad por al menos 1 variable, fue 0,408 mg/ml en asmáticos y 0,917 mg/ml en sanos. La dosis mínima promedio para auscultación de sibilancias fue de 0,44 y 2,12 mg/ml, para caída de saturación de 0,36 y 1,61 mg/ml y para polipnea de 0,27 y 0,5 mg/ml respectivamente en asmáticos y sanos. Una dosis de 0,5 mg/ml determinó los mejores valores conjuntos de sensibilidad y especificidad (75% y 73% respectivamente). Si se considera una concentración de 2 mg/ml la sensibilidad aumenta a 93%, pero la especificidad disminuye a 34%. No hubo reacciones adversas y 6 pacientes no colaboraron. **Conclusión:** La PCsibilancia es una técnica segura en niños preescolares y su positividad sugiere la presencia de HRB. La dosis de 0,5 mg/ml muestra moderada sensibilidad y especificidad para diferenciar niños sanos de asmáticos.

Volúmenes pulmonares en post-operados de escoliosis

Espinoza T, Pavón D, Weissman K, Chavez J, Hermosilla M, Moya A, Campos E, Caussade S. P Universidad Católica de Chile. Hospital Dr Ezequiel González Cortés, Santiago, Chile.

La escoliosis es una patología invalidante que puede determinar limitación de la función respiratoria. La técnica quirúrgica más utilizada es la artrodesis posterior. **Objetivo:** evaluar los efectos de la cirugía en volúmenes pulmonares. **Pacientes y método:** medición de mecánica y volúmenes pulmonares por espirometría y pletismografía, previo a la cirugía y 3 a 6 meses posterior a esta, a pacientes tratados por escoliosis en el Hospital Dr. E. González Cortés. Se utilizó equipo MedGraphics 1070-1086, USA. Se revisaron además sus antecedentes clínicos. Resultados: 8 mujeres (x 14 años), con escoliosis idiopática, todas operadas con artrodesis posterior instrumentalizada. Hospitalización promedio fue de 9 días (rango 6 a 22). Cuatro presentaron complicaciones (shock hipovolémico, fistula LCR). Ninguna requirió apoyo ventilatorio. El ángulo de la escoliosis inicial fue de 57° de Cobb (40-85°) y post cirugía 22° (10-30°). La espirometría mostró disminución de CVF (3134 a 2884 ml, $p=0,04$). Los volúmenes pulmonares mostraron un descenso de CVL (3166 a 2894ml, $p=0,08$). La CRF no varió: 235 l a 2380ml $p=0,7$. El VR aumenta de 1373 a 1525 ml, $p0,3$. La CPT disminuye: 465 l a 4504 ml, $p=0,18$. La relación VR/CPT aumenta desde 29,75% a 34,38%, $p=0,18$. **Conclusión:** La cirugía de la escoliosis idiopática determina una disminución significativa de la CVF a los 3-6 meses. Se observa además tendencia a disminución de CPT y aumento de VR. Estos datos son importantes de conocer con el fin de anticiparse ante la necesidad de una cirugía en un paciente con compromiso previo de su función respiratoria.

Efectos de 40 semanas de entrenamiento muscular inspiratorio sobre la función pulmonar y calidad de vida en pacientes portadores de distrofia muscular de duchenne

Flores OE, Reyes A, Prado F, García J, Abarca E, Catalán C, Madrid J, Perez F. Instituto de Rehabilitación Infantil, Teletón. Escuela de kinesiología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Introducción: El entrenamiento muscular inspiratorio (IMT) es una alternativa para mantener o mejorar la funcionalidad del sistema respiratorio en pacientes con distrofia muscular de Duchenne (DMD). Los efectos del IMT sobre función pulmonar son controversiales y su influencia sobre calidad de vida (QoL) ha sido poco estudiada. **Objetivo:** Analizar el efecto del IMT sobre la función pulmonar, musculatura respiratoria y calidad de vida en 13 pacientes portadores de DMD de 8-19 años (promedio 14 años). **Metodología:** Se entrenaron 13 pacientes con válvulas entrenamiento umbral, con carga de 30% de la Presión Inspiratoria Máxima (PIM), durante 40 semanas. Se evaluó resultados obtenidos en Capacidad Vital Forzada (CVF), PIM, presión espiratoria máxima (PEM), tolerancia a la fatiga (Tlim), flujo espiratorio máximo en tos (PCF) y QoL inicial y luego de 40 semanas de entrenamiento. **Resultados:** El promedio de la CVF disminuyó marginalmente desde $1,94 \pm 0,17$ a $1,92 \pm 0,19$ lts. ($p=0,58$). La PIM aumentó de $51,3 \pm 6,1$ a $74,8 \pm 5,0$ cmH₂O ($p=0,0024$) y la PEM de $41,9 \pm 5,8$ a $55,0 \pm 5,8$ cmH₂O ($p=0,0131$). El Tlim aumentó de $173,0 \pm 36,8$ a $579,8 \pm 54,4$ segundos ($p=0,0005$), mientras el PCF aumentó de $181,5 \pm 15,3$ a $207,5 \pm 12,3$ l/min. ($p=0,069$). El puntaje para QoL mejoró desde $62,3 \pm 3$ a $67,07 \pm 4,3$ ($p=0,11$). **Conclusión:** El IMT muestra mejorar la fuerza muscular respiratoria y tolerancia a la fatiga de pacientes con distrofia muscular de Duchenne. Se observa mantención de la función pulmonar que contrasta con la merma esperable (en torno al 10% anual) y tendencia a la mejoría en calidad de vida relacionada con salud.

Empiema pleural (EP) y shock séptico (SS) en unidad de cuidados intensivos pediátrica (ucip)

Fuentes C., Clerc N., Campos C., Jorquera P., Madrid R., Wegner A., Zamorano A. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CADSR).

Introducción: El derrame pleural y el EP son complicaciones frecuentes de una neumonía bacteriana. Existe escasa información en la literatura sobre SS asociado a EP. **Objetivo:** Describir características clínicas y de laboratorio de niños hospitalizados por EP y SS entre los años 2002 y 2008 en el CADSR. **Material y Método:** Trabajo retrospectivo (revisión de fichas) en pacientes hospitalizados por EP y SS (necesidad de volumen y/o drogas vasoactivas para mantener presión arterial normal para la edad) en la UCIP del CADSR. **Resultados:** Se identificaron 17 pacientes. El diagnóstico de EP se estableció por gram y cultivo positivo en 9/17 pacientes, PH < 7,0 en 2, aspecto turbio 2 en líquido pleural. Se obtuvo *Streptococo pneumoniae* sensible a penicilina (6), resistente a ceftriaxona (1), *Staphilococo aureus multisensible* (1) y *Streptococo pyogenes* (1) con un rendimiento bacteriológico de 52,9%. Hemocultivo (+) 1/16. Todos recibieron antibiótico sistémico (ceftriaxona 13/17). Trece pacientes necesitaron ventilación mecánica convencional, dos ventilación de alta frecuencia; promedio de 4 días (1 a 13 días). Todos los pacientes recibieron volumen y 14 requirieron drogas vasoactivas. Toracocentesis con drenaje pleural se realizó en 16 con una duración mediana de 8 días (2 a 21 días); 12 necesitaron cirugía (11 videotoracoscopia asistida). Fístula broncopleural en 6 pacientes. No se registraron fallecidos en esta serie. **Comentario:** Destaca el alto rendimiento del cultivo en líquido pleural siendo el *Streptococo pneumoniae* el principal agente, la necesidad de apoyo ventilatorio y de drogas vasoactivas en un gran porcentaje de pacientes y la evolución favorable.

Prueba de provocación bronquial con ejercicio: es suficiente la caída del VEF1?"

Fuentes C., Contreras S., Padilla O., Caussade S. Laboratorio de Respiratorio Pediátrico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La prueba de provocación bronquial (PPB) con ejercicio tiene una sensibilidad de 45-60% para diagnóstico de asma inducido por ejercicio (AIE). El VEF1 es la variable determinante, siendo significativa su caída en 15%. Hipótesis: la utilización conjunta de VEF1 y FEF25-75% aumenta la sensibilidad de la PPB con ejercicio en niños asmáticos. **Objetivos específicos:** Relacionar cambios de VEF1 y FEF25-75% en pacientes asmáticos sometidos a PPB con ejercicio. **Metodología:** Estudio transversal. Sujetos asmáticos se categorizaron por severidad (GINA). Debían mantenerse sin terapia de mantención por al menos 1 mes. Se aplicó encuesta de rinitis y AIE. El test de ejercicio fue realizado bajo protocolo estándar. Análisis estadístico: curvas ROC. **Resultados:** 112 niños (34 sanos y 78 asmáticos. 52 mujeres). Edad media sanos 9,4 años; asmáticos intermitente 9,2; asmáticos leve/moderada persistente 9,6. Con un valor de corte de caída de VEF1 15%, se obtiene sensibilidad de 40% y especificidad de 83%. Para una caída del VEF1 de 9% el área bajo la curva es 0,689 (IC 0,575-0,789, determinando una sensibilidad de 63% y especificidad de 75%. Para caída del FEF25-75 de 22% el área bajo la curva es de 0,715 (IC 0,59-0,813), sensibilidad 68% y especificidad 75%. Analizando en conjunto ambos puntos de corte se observa sensibilidad de 73% y especificidad de 69%, VPP83% y VPN55%. **Conclusión:** Este estudio sugiere que la sensibilidad de esta prueba puede aumentar si se disminuye el punto de corte de caída del VEF1 a 9%, y puede ser mayor aún si se incorpora el ESTE RESUMEN FUE INTERRUMPIDO EN 250 PALABRAS.

Evaluación test de marcha de 6 minutos y encuesta calidad de vida en pacientes con fibrosis quística

Lezana V., Guerra C, Tobar A, Velásquez C, Cardemil F. Hospital Dr. Gustavo Fricke Viña del Mar.

Los niños portadores de Fibrosis Quística (FQ) son evaluados habitualmente con Espirometría; los test funcionales submáximos son otra forma de evaluación, como el test de marcha de 6 minutos (TM6). No hay en Chile estudios que relacionen calidad de vida con TM6 ni con valores espirométricos en estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar con TM6 y encuesta calidad de vida pacientes con FQ y determinar relación con variables espirométricas. **Material y método:** Estudio de cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes con FQ en control en el centro de estudio. Fueron evaluados con TM6 y sus variables (distancia porcentual caminada (DPC), diferencia porcentual entre distancia caminada y esperada o delta C, (DC) frecuencia cardíaca, saturación oxígeno, índice de Borgh), encuesta calidad de vida de Insuficiencia Respiratoria Severa (IRS), espirometría y presión inspiratoria máxima (PIM). Las variables fueron analizadas a través de Kendall-Tau mediante Stata v.10. **Resultados:** Fueron evaluados catorce pacientes, mediana (RIC) de edad 12,5 años (9-14). Siete hombres y siete mujeres. El TM6 fue bien tolerado en todos los pacientes. Se encontró correlación significativa entre DPC con VEF1 (Tau=0,47; p=0,02) y CVF (Tau=0,42; p=0,04); entre DC y el área de función física (Tau=0,37 p=0,04) y de síntomas acompañantes/sueño (Tau=0,41 p=0,03) de la encuesta de calidad de vida. **Conclusión:** El TM6 se correlaciona en forma significativa con índices espirométricos y con el área de función física y de síntomas acompañantes/sueño de la encuesta IRS.

Experiencia en el manejo de lactante portadora de gastrosquisis gigante operada sometida a ventilación mecánica domiciliaria

Avendaño L; Ibarra P; .Maulen G; Muñoz E; Sfeir F. Medical Hilfe Homecare, Departamento de Kinesiología. Santiago, Chile.

Introducción: La Gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal. La Gastrosquisis Gigante operada puede producir alteraciones de la dinámica respiratoria en forma tan severa que se hace necesaria, en este caso la asistencia ventilatoria con ventilación mecánica invasiva crónica (VMIC), siendo una herramienta eficaz en el manejo de estos pacientes. **Objetivo:** Presentar caso clínico de lactante en hospitalización domiciliaria, portadora de Gastrosquisis Gigante Operada, dependiente de VMIC, secundaria a ascenso diafragmático derecho, asociada a atelectasia de lóbulo inferior del mismo lado y su destete de dicha asistencia. **Material y Métodos:** Revisión de ficha clínica médica, terapia ventilatoria y antecedentes. **Resultados:** La paciente ingresó a hospitalización domiciliaria a los siete meses de vida, requirió VMIC a través de traqueostomía. A los 5 meses de traslado a su domicilio, dadas las condiciones clínicas estables con resultados favorables de ventilometrías y medición de presión de vía aérea se inicia programa de destete progresivo de la asistencia ventilatoria. La disminución de parámetros del ventilador mecánico con desconexiones por tiempos crecientes, uso de CPAP y el uso de válvula fonatoria bajo supervisión kinésica logra como resultado el entrenamiento suficiente para el éxito del abandono absoluto del soporte respiratorio. Actualmente la paciente se encuentra decanulada a la espera del término de su hospitalización domiciliaria. **Comentario:** Destaca la evolución favorable hacia la desconexión total, que presenta un paciente portador de gastrosquisis gigante operada sometido a soporte ventilatorio invasivo bajo los cuidados de sistema de hospitalización domiciliaria.

Prevalencia de asma en niños de 6 a 14 años de la comuna de Santa María

IGLESIAS L. CESFAM, COMUNA DE SANTA MARÍA, CHILE.

Introducción: En Chile la prevalencia de asma en escolares y adolescentes ha aumentado. En la Comuna de Santa María no contamos con datos locales de prevalencia de ASMA, fundamental al momento de programar acciones sanitarias preventivo - promocionales y curativas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del ASMA en niños de 6 a 14 años de la comuna de Santa María. **Métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia. La población analizada corresponde a niños entre 6 años y 14 años inscritos en el CESFAM de la comuna de Santa María. Se consideró como casos a pacientes menores de 6 años diagnosticados con asma en control con médico del CESFAM, médico del nivel secundario y médicos particulares entre enero y agosto del año 2009. Se realizó un análisis descriptivo en términos de cálculo de prevalencia y determinación de diferencias por sexo y sector utilizando la prueba de X^2 . **Resultados:** De la población inscrita en el CESFAM en este grupo etáreo ($n=674$), un 48,7% corresponde a mujeres y un 51,3% a hombres. La prevalencia de asma fue 3,9%, existiendo diferencias significativas de acuerdo al sexo ($p=0,042$), la prevalencia de los hombres (5,5%) duplica a la de las mujeres (2,1%), pero no de acuerdo al sector de procedencia ($p=0,557$). Siete niños de este grupo etáreo fueron diagnosticados con SBOR. **Conclusión:** La prevalencia de asma en la comuna es menor a la reflejada en otros estudios nacionales, lo que podría deberse a un subdiagnóstico, por tanto se requiere investigar, elaborar e implementar estrategias para pesquisar estos pacientes.

Prevalencia de síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR) En niños menores de 6 años de la comuna de Santa María.

IGLESIAS L. CESFAM, COMUNA DE SANTA MARÍA, CHILE.

Introducción: En Santa María no contamos con datos locales de prevalencia de SBOR, fundamental al momento de programar acciones sanitarias preventivo - promocionales y curativas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del SBOR en niños menores de 6 años de la comuna de Santa María. **Métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia. La población analizada corresponde a niños menores de 6 años inscritos en el CESFAM de Santa María. Se consideró como casos a pacientes menores de 6 años diagnosticados con SBOR en control con médicos del CESFAM, del nivel secundario y particulares entre enero y agosto del 2009. Se realizó un análisis descriptivo en términos de cálculo de prevalencia y determinación de diferencias por sexo y sector utilizando la prueba de X^2 . **Resultados:** De un total de 893 niños menores de 6 años inscritos en el CESFAM, un 49,8% ($n=445$) corresponde al sexo femenino y un 51,2% ($n=448$) al masculino. La proporción de niños provenientes de cada sector es 7,5, 31,9, 48,3 y 12,3% respectivamente. La prevalencia de SBOR en este grupo etáreo fue un 10,7%. Seis niños fueron diagnosticados con asma. La prevalencia en las niñas fue 9% y en los niños 12,3%, esta diferencia no fue estadísticamente significativas ($p=0,078$). Tampoco hubo diferencias según sector de procedencia ($p=0,173$). **Conclusión:** La prevalencia de SBOR en menores de 6 años en la comuna es menor a la reflejada en otros estudios nacionales, lo que podría deberse a un subdiagnóstico, por tanto se requiere investigar, elaborar e implementar estrategias para pesquisar estos pacientes.

Características clínicas y etiológicas de las neumonías graves adquiridas en la comunidad

Jakubson L, Farbinger F, Kogan R. Hospital Exequiel González Cortes. Santiago. Chile.

Introducción: La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección prevalente siendo en Chile la primera causa de mortalidad infantil tardía. Es fundamental conocer su etiología en nuestro medio para realizar manejo precoz y específico. **Objetivo:** Describir características clínicas y etiologías de los pacientes con NAC grave ingresados a UPC. **Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de todas las admisiones por NAC a UPC Hospital Exequiel González Cortes, de enero 2008 a marzo 2009. **Resultados:** Pacientes: 73, edad: 11,2 meses (0,6-157), grupo 3 a 24 meses 57%. Días enfermedad previos ingreso: 4 (0-30). Síndrome condensación clínico 55%. Leucocitos 13000/mm³ (2400-44000), PCR: 78mg/dl (0-404). Rx: alveolar 36%, intersticial: 21%, intersticio-alveolar: 29%. VMI 40% mediana 3 días (1-12); VMNI: 59%, 2 días (1-12). Días 02: 11 (5-36). Etiología probable 45 (62%). Infección viral 35 (48%), VRS 32 (44%) principalmente 3 a 24 meses (80%). Aislamiento bacteriano 10 (14%): *Haemophilus sp* 2, *Streptococcus pyogenes* 2. Hemocultivos 29 (40%), positivos 4 (13,8%) todos en grupo 3-24m. Antimicrobianos previos al ingreso 23%, indicación de AB en UPC 79%. Días hospitalización 11 (5-36); menor en > 5 años sin diferencia significativa. **Conclusión:** La etiología predominante fue viral. El menor hallazgo bacteriano obedecería a insuficientes técnicas de detección y bajo porcentaje de hemocultivos, en contraste a alta sospecha clínica de infección bacteriana. La mayoría de niños que ingresan con NAC grave pertenecen al grupo 3 a 24m.

Infección por virus epstein-barr y neumonía adquirida en la comunidad

Jorquera P., Madrid R., Clerc N., Campos C., Vejar L., Zamorano A. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Unidad de Broncopulmonar Infantil.

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

Trastornos de la deglución en niños con enfermedades pulmonares crónicas: evaluación clínica vs. videodeglución

Lin P, Méndez M, Barja S. Hospital Josefina Martínez (Ex Cederi). Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los trastornos de la deglución (TD) son evaluados con frecuencia en niños con enfermedades respiratorias crónicas (ERC) cuando se sospecha aspiración a la vía aérea. Se estudian clínicamente y mediante videofluoroscopia (VFC), método de referencia para tomar decisiones en la práctica clínica. **Objetivo:** Describir los TD encontrados en pacientes con ERC del Hospital Josefina Martínez, derivados a fonoaudióloga y comparar la evaluación clínica con el resultado de la VFC efectuada posteriormente. **Método:** 23 pacientes fueron derivados entre Febrero 2008 y Julio 2009, se registró datos generales, diagnósticos, motivo de derivación, en quince se contó con descripción clínica estandarizada, informe y video correspondiente. **Resultados:** La mediana de edad fue 13 meses (Rango: 3 a 144), 56% mujeres. Derivación: 27% por síntomas sugerentes de aspiración, 27% por enfermedad neuromuscular, 20% por alimentación prolongada por sonda y 27% por gastrostomía. Por VFC se diagnosticó TD en 12/15 (80%): 4 de fase preparatoria y/u oral, 4 de fase faríngea y 4 mixtos. En 2/15 pacientes se detectó aspiración clínicamente, confirmados ambos por VFC. En 13/15 no se diagnosticó aspiración clínica, en cuatro de éstos sí se demostró en la VFC. La concordancia entre ambas técnicas para diagnóstico de aspiración fue de 0,38 (Coeficiente Kappa). **Conclusiones:** Esta descripción preliminar de tamaño limitado muestra que la evaluación clínica de los TD es útil para valorar las primeras fases de la deglución y que si bien no da falsos positivos para aspiración a vía aérea, entrega falsos negativos que justifican su complementación con videofluoroscopia.

Hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI): seguimiento de 8 pacientes (1996-2008)

Maggiolo J, Rubilar L, Girardi G. Unidad Broncopulmonar. Hospital Exequiel González Cortés.

La HPI es un desorden raro y serio, caracterizado por hemorragia alveolar difusa. **Objetivo:** describir las características clínicas y la respuesta al tratamiento luego de 12 años de seguimiento. **Diseño:** serie prospectiva constituida por 8 pacientes (4 sexo femenino), rango de edad 9 a 27 años. En 4 el diagnóstico inicial fue neumonía y en 2 anemia. Cuatro pacientes provienen de una zona agrícola con intenso uso de pesticidas. El tratamiento inicial fue con bolos de metilprednisolona o hidrocortisona, con resultado exitoso, en el etapa de mantención los pacientes recibieron de acuerdo a un protocolo estandarizado: prednisona, budesonida inhalatoria y azathioprina o cloroquina. Durante la evolución dos pacientes detuvieron los episodios de sangrado. Cuatro presentaron hemorragia severa, uno por suspensión del tratamiento indicado, dos requirieron ventilación mecánica, falleciendo uno. Dos pacientes presentaron embarazo sin incidentes, naciendo 3 niños sanos. Los test de función pulmonar iniciales fueron normales en 5, restrictivo leve en 2 y obstructivo leve en otro. En el seguimiento se observó cambios en 3 pacientes, desde normal a restrictivo, de obstructivo leve a moderado y de restrictivo a normal. La TAC de tórax inicial fue normal en 3 pacientes, infiltrados alveolares en 3 e infiltrados intersticiales en 1. En el seguimiento permanece normal en 3 pacientes y el resto muestra infiltrados intersticiales. **Conclusión:** asociación de HPI con uso de pesticidas. La presencia de falsas neumonías con hemoptisis deben hacer sospechar el diagnóstico. El tratamiento con corticoides más inmunosupresores mejora la sobrevida.

Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y ventilación no invasiva (VNI): a propósito de un caso

Malebrán B, Arancibia JC, Tobar A. Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

El SGB, es un desorden autoinmune, caracterizado por debilidad muscular, compromiso sensitivo y disautonomía. Presentamos un caso de SGB en una niña de 9 años con vómitos y diarrea, parestesia de extremidades inferiores. Al ingreso paresia de predominio distal, hipotonía difusa, ROT: plantares, aquilianos y rotulianos abolidos, bicipital y cubital débiles, mialgias, deglución normal, con buen esfuerzo ventilatorio. Ingresó con diagnóstico de SGB. Se inicia infusión de gammaglobulina. A las 24 horas presenta alteración en la deglución. Se conecta a VM. Evoluciona con mala tolerancia enteral, fiebre e hipoventilación pulmonar. Screening infeccioso en rango bacteriano, se inicia cefotaxima por 7 días. LCR: Alb: 106, Pandy: +, glucosa 73, leuc: 20, MN 100%. Electromiografía: Severo compromiso de conducción motora, sin denervación activa. Fibrobroncoscopia: normal; se pasa a BIPA, luego de 12 días en VMI. Luego de 8 días se retira BIPAP tolerándolo bien con buena mecánica ventilatoria, es derivada a hospital de Limache luego de 23 días, donde permanece por una semana y es dada de alta. La falla respiratoria aguda en el SGB constituye la más seria complicación, favorecida por un funcionamiento anormal del centro respiratorio; inadecuada protección de la vía aérea superior con peligro de aspiración; debilidad de los músculos respiratorios y complicaciones pulmonares. La decisión de ventilar a un paciente con SGB debe incluir la evaluación clínica, hemogasométrica y electrofisiológica. En SGB el 30 % requiere VM. El uso de VNI no es un tratamiento reconocido en falla respiratoria aguda de causa neuromuscular.

Bronquiolitis obliterante post infecciosa en niños

Montes S., Koppmann A., Barrientos H., Cabezas P., Boza M.L. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

Introducción: Bronquiolitis obliterante (BO) en Chile, en su mayoría secundaria infección viral por adenovirus. **Objetivo:** Presentar la experiencia en 20 años de seguimiento. **Método:** Estudio descriptivo de pacientes pediátricos en control en HCSBA entre 1988 y 2008. **Resultados.** 36 pacientes (30 hombres). Edad promedio en cuadro agudo 9,5 meses (0,5-42 meses), 25 (69 %) con ADV confirmado por inmunofluorescencia directa (IFD). Nueve (25%) con necesidad de ventilación asistida (1 VMNI, 1 VAFO) con promedio 11 días (4-31 días), y promedio de días de hospitalización 27,8. Dieciocho (60%) recibieron corticoides sistémicos (promedio 25 días) y 14 (38%) O₂ domiciliario (promedio 60 meses,) **Función pulmonar:** Espirometría en 28 pacientes (77%): 8 (21%) normal, 12 obstrucción severa, 2 moderada y 6 leve, sin cambios con SBT en 26 niños. Cintigrama V/Q 21 pacientes: alterado 18 pacientes 12 derechas versus 6 bilateral o izquierdo. TAC pulmonar bronquiectasias 25 (70%), mosaico 11, atelectasia 20. Veinticuatro se hospitalizaron posterior al cuadro agudo y neumonectomía en 4. Aquellos tratados con corticoides sistémicos en el cuadro agudo, presentaron peor evolución con mayor necesidad de oxígeno domiciliario (50% versus 0% p 0,019), mayor porcentaje de bronquiectasias (61% versus 14% p 0,035), y mayor número de hospitalizaciones post-cuadro agudo (2,2 versus 0,4). **Conclusión:** Infección por ADV es causa de daño pulmonar crónico, la mayoría de los pacientes presentan alteraciones funcionales y estructurales de diversa severidad permanentes. El uso de corticoides durante el cuadro agudo produce un deterioro de mayor de la estructura pulmonar.

Hipoventilación tardía y disfunción hipotalámica

Montes S., Barrientos H., Salinas P., Vera R., Modinger P., Prado P, Boza M.L. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva, Santiago, Chile.

Paciente de sexo femenino de 11 meses (FN 5-4-08), PN 3650 g y TN 52 cm, ingresa a neurología infantil por síndrome hipotónico (desde 6 m) y obesidad mórbida (peso: 18 kg y talla 77 cm) hipotiroidismo central, alteraciones hipotalámicas en la RNM. Durante la hospitalización se evidencia ronquido por lo que se realiza saturometría nocturna (SN) con tecnología Massimo con los siguientes índices: saturación promedio 87,7%, desaturación máxima 56%, saturación bajo 90% 54,6%, con presencia de clusters, índice de desaturación 57,5/h. Gases matinales sin retención de CO₂. Polisomnografía: respiración periódica durante todo el sueño con desaturaciones frecuentes. Se inicia ventilación mecánica no invasiva con BiPAP Respironics, modelo Synchrony que se titula con ayuda de poligrafía Stardust, SN y lectura de Encore card, logrando mejorar SN con los siguientes índices: saturación promedio 94,9%, desaturación máxima 83%, saturación bajo 90% 0,8%, con presencia de clusters aislados e índice de desaturación 8/h. El caso recién descrito correspondería a un síndrome de obesidad de inicio rápido, disfunción hipotalámica hipoventilación central y disregulación autonómica (ROOHDHAD) que recientemente se ha identificado a nivel internacional. Conclusión: En este paciente se logra una buena adaptación a ventilación mecánica no invasiva con titulación a través de poligrafía y SN.

Saturometría nocturna y adeno-tonsilectomía en niños

Montes S., Barrientos H., Koppmann A., Sepúlveda A., Boza M.L. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

Introducción: La principal causa de síndrome apnea obstructiva del sueño (SAOS) es la hipertrofia adeno amigdalina. Polisomnografía es el método diagnóstico de elección, costosa y de difícil alcance. Dentro del algoritmo diagnóstico la saturometría nocturna (SN) alterada es suficiente. Un retraso en el diagnóstico y tratamiento ocasiona secuelas neurológicas y cardiovasculares irreversibles. En nuestro centro, la lista de espera para adeno-tonsilectomía es de 2 años. **Objetivo:** Describir la SN como diagnóstico de SAOS y su control posterior a la cirugía. **Método:** Se realizó SN con tecnología Massimo previo a la cirugía a los pacientes menores de 5 años, y al mes posterior a ésta. SN alterada se consideró: presencia de ≥ 3 clusters de desaturación, índice de desaturación de 3% (DI3) mayor de 2, saturación promedio bajo 95% y/o tiempo bajo 90% mayor o igual a 5%. **Resultados:** Se analizaron 23 SN correspondientes a 22 pacientes. Edad promedio 44 meses (24-60 meses); 12 niños tenían registro alterado. 9 se interviniere (8 se les realizó SN post-cirugía). Previo a la cirugía: promedio de saturación 97,3%, desaturación máxima promedio 80,9%, clusters presentes en todos los pacientes, DI3 promedio 4,67. Post-cirugía: promedio de saturación 97,7%, desaturación máxima promedio 88,2%, clusters 3 pacientes, DI3 promedio 1,8. Cinco normalizan el registro. **Conclusión:** Es necesario aumentar el número de pacientes para obtener resultados significativos. El uso de SN en pacientes con SAOS ayuda a definir prioridad para manejo quirúrgico.

TBC y alergia a pirazinamida

Montes S., Koppmann A., Barrientos H, Boza M.L. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

Paciente de 9 años, sexo masculino, peruano con residencia en Chile hace 5 años. 24 horas de evolución de neumonía con signos de derrame pleural (DP) izquierdo. Se hospitaliza, con diagnóstico de neumonía probablemente bacteriana y DP. Hemograma 7900 GB y 71% PMN, PCR 180, VHS 75. Se inicia tratamiento con PNC. Líquido pleural (LP) pH 7,61, PNM 13%, MNC 87%, glucosa 66mg/dl Citológico: Neutrófilos 13%, linfocitos 55% y macrófagos 32%. Proteínas 5.607,2 mg/dl. Gram y cultivo corriente negativo, Baciloscopías en contenido gástrico, lavado bronco alveolar y LP negativo. PPD 20mm Sin antecedentes de contacto TBC. Se inicia tratamiento anti-tuberculoso triasociado. - En control ambulatorio se objetiva rash eritematoso macular generalizado por lo que se suspende terapia anti-TBC (9 días de tratamiento) y se toma Quantiferon TB Gold para confirmar TBC cuyo resultado es positivo se hospitaliza, para reintroducción progresiva de drogas anti-TBC y definir esquema. La reacción alérgica se repite al introducir pirazinamida, que se suspende. Continúa tratamiento con HIN, Rifampicina y Etambutol, completando 6 meses con buena respuesta (TBC pulmonar no bacilífera). **Conclusión:** La medición de interferón gamma mediante técnica de Quantiferon TB Gold fue útil para definir conducta terapéutica adecuada.

Prick test (PT) en población pediátrica del Servicio Salud Concepción

Montoya M, Montoya F, Sánchez A, Barría R. Unidad Inmunología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Departamento Pediatría Universidad de Concepción, Chile.

Introducción: Las pruebas de hipersensibilidad inmediata cutáneas constituyen el método de elección para estudiar alergias mediadas por IgE. El PT es el examen más sensible y costo efectivo para su estudio. **Objetivo:** Conocer perfil alérgico de un grupo seleccionado de niños pertenecientes al Servicio de Salud Concepción. **Material y métodos:** Se revisó la totalidad de registros de pacientes < 16 años a quienes se les realizó PT entre diciembre 2008 y septiembre 2009. Se recopilaron los datos y se analizaron dividiendo los pacientes en 2 grupos según edad en < 6 y \geq 6 años. Para establecer diferencia entre variables se utilizó prueba de Fisher. **Resultados:** Total 115 pacientes entre 1 y 15 años de edad, promedio 7,6 años (\pm 3,1 DS). 56,5% eran varones. Las principales indicaciones del PT fueron asma bronquial (45,2%) y síndrome bronquial obstructivo recurrente (18,3%). 67,0% del total tuvo alguna reacción positiva, 42,1% del grupo < 6 años y 79,2% en \geq 6 años ($p < 0,001$). Se encontró mayor sensibilización a aeroalergenos intradomiciliarios: Dermatofagoides pteronissynus (77,9%) y farinae (67,5%) y a caspa de perro (48,1%). Los alérgenos que causaron menor sensibilización fueron Plumas (7,8%), Malezas (10,4%) y Hongos (11,7%). **Conclusiones:** La sensibilización fue mayor en el grupo \geq 6 años. Dermatofagoides Pteronissynus fue el más frecuente en ambos grupos etéreos.

Comparación de cambio espirométrico post-broncodilatador en niños usando 200ucg versus 400ucg de salbutamol

Perillan J. (2), Pavón D. (1). 1.- Hospital Exequiel González Cortés. 2.- Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente. Universidad de Chile.

Introducción: Las guías para espirometrías 2007 (Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias) acogieron recomendaciones y cambios del 2005 de las Sociedades Americana de Tórax (ATS) y Europea de Enfermedades Respiratorias. Ello incluyó aplicar, en vez de 200ucg de salbutamol 400ucg; previos a la maniobra post-broncodilatador. La evidencia disponible no fundamenta claramente este cambio. **Propósito:** evaluar el impacto del aumento de dosis de salbutamol en las espirometrías infantiles del laboratorio de función pulmonar del hospital Dr. Exequiel González Cortés. **Método:** Revisión retrospectiva de base de datos de espirometrías del laboratorio de función pulmonar de enero-junio 2007 (200ucg de salbutamol) versus enero-junio 2008 (400ucg de salbutamol). Se excluyó las con patrón restrictivo puro (CVF < p.5 y Tiffenau normal) y las con colaboración insuficiente para llenar requisitos ATS. **Resultados:** El grupo I (2007, 200ucg) fueron 183 niños y el II (2008, 400ucg) 246, sin diferencias en características basales (edad promedio 10,7 años v/s 10,7 años; CVF basal 110% de teórico v/s 112%; VEF1 basal 104% v/s 105%). **Conclusión:** En este contexto no se justifica el cambio en la dosis de broncodilatador en la espirometría.

Tabla 1: Cambios post-broncodilatador

	Sobre 12% VEF 1	Sobre 200 ml VEF 1	Cambio >30% FEF25-75
Grupo I	13,1% ns	17,5% n	26,2% ns
Grupo II	14,6% ns	19,9% n	23,6% ns

Tabla 2: Cambios significativos y/o normalización en espirometrías basales obstructivas

Grupo I (n=33)	66,7% (n= 22) ns
Grupo II (n=35)	74,3% (n= 26) ns

Espirometría en pre-escolares chilenos: ¿qué valores de referencia debemos usar?

Pizarro ME 1, Navarrete P 1, Cerda J 2, Caussade S 1. Departamentos de Pediatría 1 y Salud Pública 2, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Estudios recientes han demostrado que es factible realizar espirometrías en preescolares, existiendo diversos valores de referencia (VR). Hipótesis. Los VR internacionales sobreestiman la función pulmonar de preescolares chilenos. **Objetivo:** Comparar VR internacionales versus valores estimados por ecuaciones construidas en base a una muestra de preescolares chilenos con espirometría normal. **Materiales/métodos:** Se revisaron espirometrías realizadas en niños ≤ 6 años derivados para estudio de asma (Laboratorio de Respiratorio Pediátrico PUC, Enero 1996 Diciembre 2008). Se seleccionaron los niños espirométricamente 'normales' según VR de Eigen. En base a estos niños se construyeron ecuaciones logarítmicas para VEF1 y CVF, comparándose sus valores con tres VR internacionales. **Resultados:** Sobre un total de 304 espirometrías realizadas, 227 (75%), 274 (90%) y 271 (89%) fueron diagnosticadas como 'normales', según VR de Eigen, Pérez_Yarza y Nystad, respectivamente. Los ecuaciones de referencia PUC estimadas a partir de preescolares chilenos 'normales' según VR de Eigen (49,8% mujeres, edad promedio $5,4 \pm 0,5$ años) mostraron valores superiores de VEF1 (Figura 1) y CVF para todo el rango de talla entre 85-130 cm. **Conclusiones:** Ecuaciones construidas en base a una muestra de preescolares derivados para estudio de asma y considerados 'normales' según VR de Eigen presentan valores de VEF1 y CVF superiores a tres VR internacionales. El diagnóstico espirométrico de 'normalidad' de los preescolares chilenos podría estar sobreestimado, sugiriendo la necesidad de contar con valores de referencia nacionales.

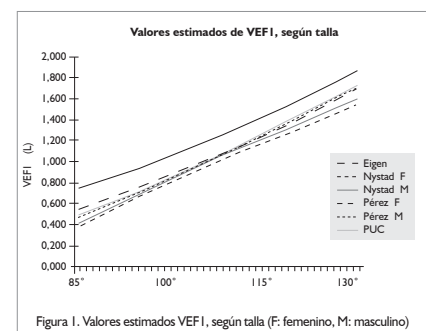


Figura 1. Valores estimados VEF1, según talla (F: femenino, M: masculino)

Poligrafía en el inicio y seguimiento de la asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) en pediatría

Salinas P, Prado F, Vera R, Rodríguez C, Zenteno D. Programa Nacional Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Niños. Unidad de Salud Respiratoria - MINSAL.

Introducción: El rol de la Poligrafía (PG) en pediatría, para decidir inicio, titulación o seguimiento de AVNI, no ha sido evaluado. **Objetivos:** Describir eventos respiratorios de PG realizadas en pacientes con insuficiencia ventilatoria u obstrucción de vía aérea superior, realizadas como parte de la evaluación previa a iniciar AVNI (ED), titulación (T) o seguimiento (S). **Pacientes y método:** En 12 pacientes se realizó PG extendida nocturna, con Polígrafos, tecnología tipo 3, capaces de registrar: Flujo nasal, ronquido, movimiento respiratorio, SpO₂, posición y FC. Se validaron registros sin artificios, desconexión y con señal estable de SpO₂, mínimo 4h. La definición de eventos respiratorios y sus respectivos índices se realizó según los criterios de AASM 2007 y valores de referencia de Moss (Pediatr Res 2005;58). **Resultados:** Edad: 120 meses (3m-13a); 6 mujeres. Hospitalizados (7) y domicilio (5). Indicación PG: ED (4), T (5), S (3). Diagnósticos: DMD (3), Chiari tipo 2 + MMop (2), AE II (2), dermatomiositis (1), Síndrome hipoventilación central (2), Malformación vascular cerebral (1), acondroplasia (1). Eventos respiratorios: DI4 9.8/h (1.7-47); % Spo₂ < 90% 1.65% (0-4.3); AHI 3.5/h (0-21); MOHAI 1.1/h (0-7.4); AC 1.4/h (0-21). Ronquido (3), respiración paradójal (3) y respiración periódica (4). Se decidió inicio AVNI (2), cambio en modalidad o ajuste parámetros (8). **Discusión:** En los pacientes presentados la PG tuvo un rol complementario al clínico en la decisión de inicio y seguimiento de la AVNI. Su real utilidad requerirá estudios comparativos con otras tecnologías disponibles para el estudio de TRS.

Interfases para la asistencia ventilatoria no invasiva: Experiencia y complicaciones en pacientes del programa AVNI

Salinas P, Rosales A, Rodríguez C, Farias A, Díaz K, Prado F. Programa Nacional Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Niños. Unidad de Salud Respiratoria - MINSAL.

Introducción: La elección de las interfases es un elemento fundamental para la adaptación y adherencia de la ventilación no invasiva prolongada. **Objetivos:** Identificar tipo de interfases, complicaciones asociadas y acciones correctoras en pacientes del Programa AVNI. **Pacientes y método:** Descripción de los registros clínicos de los pacientes ingresados entre agosto 2006 y agosto 2009. **Resultados:** 163 pacientes han recibido AVNI domiciliaria prolongada (> 6 meses) en el Programa. 153 con interfases nasales y 10 nasobucuales. Complicaciones reportadas: Fuga excesiva y disconfort 16 p (9,8%); Ulceras por presión (grado 1 y 2) 25 p (15,3%). Las conductas correctoras fueron: Educación (n=41); Cambio de interfase (n=18), uso de protección (gasa o hidrocoloide) (n=7). Ningún paciente abandono AVNI por estas complicaciones. **Discusión:** La interfase habitual en el Programa AVNI es la mascarilla nasal. Las complicaciones se relacionan a disconfort por fuga excesiva y lesiones cutáneas por compresión, sin interferir con la continuidad del Programa. Estas se resolvieron en el domicilio con educación y ocasionalmente con cambio de la mascarilla.

Caracterización clínica y funcional de niños y adolescentes con enfermedad neuromuscular del programa chileno de asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI)

Rodríguez C, Salinas P, Prado F, Vera R, García C, Zenteno D. Programa Nacional Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Niños. Unidad de Salud Respiratoria - MINSAL.

Introducción: Los pacientes con Enfermedades Neuromusculares (ENM) presentan grados variables de compromiso de la bomba respiratoria desde trastornos respiratorios del sueño a insuficiencia respiratoria hipercapnica con necesidad de ventilación mecánica prolongada (VMP). **Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes con ENM ingresados al Programa AVNI diferenciadas según tipo de VMP. **Pacientes y Método:** Se revisaron los registros clínicos de las fichas electrónicas de pacientes de la Región Metropolitana (RM), activos en el Programa AVNI durante agosto 2009. Se consignaron datos demográficos, tipo de ENM, categoría de VMP (AVNI-VMI), capacidad funcional motora, trastorno de deglución, entrenamiento musculatura respiratoria (EMR) y función pulmonar (CVF, VEF, Pimax) de pacientes en que se obtuvo registros. **Resultados:** Al momento de esta revisión están activos 100 pacientes, 49 tienen ENM. Edad 13,5 años (2-21); 38(77%) son hombres. **Diagnósticos:** Enfermedad motoneurona: AE Tipo 1 (2), AE Tipo 2 (8). Distrofias musculares: DMD (21), DMC (12), DM Ulrich (2), Emery Dreifuss (1). Miopatías congénitas: Miopatía nemalínica (3). 24 reciben AVNI y 8 VMI. Reciben EMR 37(75%), 16(33%) bipedestante (marcha autónoma o asistida); 33(67%) dependientes de silla de rueda. 5(10%) tienen trastorno de deglución (gastrostomía). Se obtuvo registro de función pulmonar en 34(69%). CVF: 54% (18-123); VEF1 56.5% (17-124); PiMax: 56 cmH₂O (25-115). **Discusión:** La dependencia de VMP en pacientes con ENM se vinculó principalmente con AVNI, pese al importante deterioro de la función pulmonar. La VMI se utiliza en pacientes con mayor discapacidad asociada a dependencia ventilatoria, con inicio precoz y/o progresión rápida de la enfermedad, generalmente con disfunción bulbar severa.

Complicaciones respiratorias en pacientes con displasia broncopulmonar: 15 años de seguimiento

Sepúlveda AM, Cabezas P, Barrientos H, Boza ML. Unidad Respiratorio Infantil. Complejo de Salud San Borja Arriarán (CSSBA).

Introducción: La Displasia Broncopulmonar (DBP), 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 de pacientes con DBP, últimos tres quinquenios, en Área Metropolitana Central. **Resultados:** Periodo 1994-1999: ingresan 53 pacientes, 62% se hospitalizan, 90% por causa respiratoria, aislándose germen en 48%: VRS 23% Parainfluenza 7% Adenovirus 7%. 43% Requirieron oxigenoterapia domiciliaria 43%, promedio de estada 14.5 meses. 24.5% presenta HTP. Periodo 2000-2004: ingresan 157 pacientes, 53% se hospitalizan, 82% por causa respiratoria, aislándose germen en 50%: VRS 26% Parainfluenza 7% Adenovirus 4% Requirieron oxigenoterapia domiciliaria 56%, promedio de estada 6.7 meses. 18.5% presenta HTP. Periodo 2005-2009: ingresan 172 pacientes, 39% se hospitalizan, 87% por causa respiratoria, aislándose germen en 51%: VRS 31% Parainfluenza 9% Adenovirus 3%. Requirieron oxigenoterapia domiciliaria 53%, promedio de estada 4 meses. 2.3% presenta HTP. **Conclusiones:** El avance en el manejo perinatal en relación a ventilación mecánica invasiva, CPAP, saturometría continua previo al alta, ingreso precoz al seguimiento, contribuye a disminuir la morbimortalidad y hospitalizaciones en los primeros años de vida. En el periodo 2005-2009 se disminuyó el número de hospitalizaciones, la edad promedio de suspensión de oxígeno adicional y la HTP. VRS fue la principal causa de ingreso hospitalario de estos pacientes.

Evaluación displasia broncopulmonar en relación a los cambios en su manejo terapéutico en últimos 15 años

Sepúlveda AM, Cabezas P, Montes S, Boza ML. Unidad Respiratorio Infantil. Complejo de Salud San Borja Arriarán (CSSBA).

Introducción: Displasia Broncopulmonar (DBP) es la secuela más frecuente en recién nacido de muy bajo peso, asociándose a menor edad gestacional, uso de surfactante, ventilación mecánica invasiva, oxigenación prolongada, presencia de ductus e infecciones. **Material y método:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas tres últimos quinquenios. Se evaluó: uso surfactante, corticoides prenatal, días ventilación mecánica invasiva, CPAP, retinopatía y oxígeno dependencia domiciliaria. **Resultados:** Primer periodo (1999 -1999) ingresaron 53 niños: 21% menores de 27 semanas, 55% menores de 1000 g. 57% usó surfactante y 91% corticoide prenatal. 74 % requirieron ventilación mecánica (promedio 15.1 días), 23% CPAP (promedio 3.9 días) y 43% oxígeno domiciliario. Presentaron retinopatía 43%. Segundo periodo (2000-2004) ingresaron 157 niños: 13% menores de 27 semanas, 45% menores de 1000 g. 78% usó surfactante y 73% corticoide prenatal. 87 % requirieron ventilación mecánica (promedio 11 días), 51% CPAP (promedio 5.6 días) y 56% oxígeno domiciliario. Presentaron retinopatía 48%. Tercer periodo (2005-2009) ingresaron 175 niños: 26% menores de 27 semanas, 41% menores de 1000 g. 83% usó surfactante y 87% corticoide prenatal. 58 % requirieron ventilación mecánica (promedio 11.7 días), 84% CPAP (promedio 8.3 días) y 53% oxígeno domiciliario. Presentaron retinopatía 28%. **Conclusiones:** El avance en el cuidado perinatal de los últimos años ha permitido disminuir los días de ventilación mecánica invasiva con aumento del uso de CPAP y disminución significativa de la retinopatía por normativa mas estricta del uso de oxígeno en el periodo neonatal.

Extracción complicada de cuerpo extraño vegetal desde bronquio fuente

Dr. Arancibia J, Dr. Carrillo V, Dr. Velarde J, Dra. Tobar A, Dra. Malebrán B. Servicio Pediatría Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Pre-escolar, 3 años, ingresa a las 15 hrs del 15/07/08 a Unidad de Emergencia con historia de juego con porotos durante la tarde, presentando episodio de ahogo y cianosis facial. Consciente, sin dificultad respiratoria, buena saturación de O₂, retracción supraesternal y murmullo pulmonar disminuído a izquierda. Se hospitaliza para observación. Reevaluado a las 16:30 horas, asintomático y radiografía tórax normal. Se solicita pabellón para explorar vía aérea. A las 22:25 h se reevalúa, en buenas condiciones clínicas por lo que anestesista pospone procedimiento. Paciente se mantiene asintomático pero al alimentarse a las 11 AM del 16/07 presenta brusco episodio de desaturación que revierte con O₂ por MAF. Se decide exploración de vía aérea en pabellón donde mediante fibrobroncoscopio flexible se visualiza cuerpo extraño en bronquio izquierdo. Se realizan múltiples intentos para extracción utilizando canastillo de Dormia y luego broncoscopia rígida con pinzas ópticas logrando asir el CE, pero con tope a nivel de cricoides. Evoluciona en pabellón con enfisema subcutáneo cervicofacial y desaturación, por lo que se decide realizar traqueostomía a nivel de 2º- 3º anillo traqueal, logrando extraer cuerpo extraño mediante FBC con catéter de Fogarty. Se ingresa a UCIP; alta tras 10 días de hospitalización, con buena evolución clínica, radiológica y de laboratorio. Conclusiones: Todo paciente sospechoso de tener un cuerpo extraño debe ser explorado por vía endoscópica. La urgencia del procedimiento depende de las características y ubicación del objeto. El procedimiento debe ser realizado por profesionales con experiencia en lugar con la infraestructura y las herramientas adecuadas.

Rehabilitación respiratoria en niños con patología respiratoria crónica primaria: Efecto de doce semanas de entrenamiento estandarizado

Villarroel G, Zenteno D, Moscoso G, Salgado R, Castro M. Hospital Josefina Martínez de Ferrari.

Introducción: Estrategias no convencionales dirigidas a niños con enfermedades respiratorias crónicas (ERC); surgen para mantener o mejorar capacidades físicas, reducir morbilidad y costos. **Objetivo:** Caracterización clínica y funcional de niños con ERC primarias, ingresados a un programa de Rehabilitación Respiratoria (RR) de 12 semanas de duración. **Pacientes y métodos:** Siete niños con limitación en actividades cotidianas y sin compromiso neurocognitivo. Se registró dependencias tecnológicas y número de reagudizaciones (NRA) previas (<3m). Se realizó test de Marcha 6 minutos (TM6), test de carga incremental y presión inspiratoria máxima (Pimax) para planificar individualizadamente, entrenamiento físico general tipo interválico en treadmill y/o de musculatura inspiratoria con válvulas IMT. A las 12 semanas se constatan resultados de TM6, Pimax y NRA; estableciendo diferencias estadísticas con T student ($p < 0,05$). **Resultados:** Edad 9 años (6-12), 4 mujeres. Diagnósticos: Bronquiolitis Obliterante Postviral. (5); Fibrosis Quística (1) y Disquinesia Ciliar Primaria (1). Institucionalizados (4) Usuarios de VMNI (3) y Oxigendependientes (3). Valores iniciales de TM6 $415,4 \pm 100,1$ m y Pimax $89,4 \pm 26$ cmH₂O. A las 12 semanas de intervención el TM6 y Pimax fueron $460 \pm 96,7$ m ($p = 0,082$) y $123,4 \pm 11,2$ ($p = 0,028$) cmH₂O respectivamente. En NRA disminuyó de $1,6 \pm 1,3$ a $0,3 \pm 0,5$ ($p = 0,035$). **Conclusión:** Los pacientes entrenados mostraron aumento de la fuerza muscular inspiratoria y una disminución en el NRA. Son necesarios estudios multicéntricos, con mayor número de pacientes, para confirmar estos resultados.

Quiste mesotelial intratoraxico adquirido

Zamorano A., Madrid R., Clerc N., Campos C., Jorquera P., Vejar L. Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Unidad de Broncopulmonar Infantil

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