



**LIBRO DE RESUMENES**

**II CONGRESO REGIONAL DE PEDIATRIA**

“Presentación de Trabajos”

1 y 2 de septiembre del 2016

Centro de Eventos Las Palmeras, Rancagua

**DIRECTORES**

Dra. Eliana Jeldres C., Dr. Fernando Veliz C.  
Dr. Miguel Ortiz N., Dr. Marcos González M.

## **ESCLEROSIS TUBEROSA CON DIAGNÓSTICO FETAL**

**LUISA PRÜSSING S.<sup>1</sup>, CAROLINA HERNÁNDEZ A<sup>3</sup>, LUCIA ÁLAMOS L<sup>1</sup>, KATHERINE BURAYE V<sup>2</sup>, CARLOS CHÁVEZ CH<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Médico pediatra Hospital del Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

<sup>2</sup> Residente de Pediatría Universidad de Santiago de Chile, Hospital del Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

<sup>3</sup> Interna de Medicina Universidad de los Andes

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:**

La Esclerosis Tuberosa es una enfermedad genética multisistémica, poco común que causa tumores benignos en el cerebro y otros órganos vitales tales como los riñones, el corazón, los ojos, los pulmones y la piel. Afecta comúnmente al SNC y es el resultado de una combinación de síntomas, entre los que se encuentran convulsiones, retraso del desarrollo, problemas de conducta, anomalías de la piel y enfermedades renales. A continuación se presenta un caso clínico en el que gracias a la ecocardiografía fetal se realiza el diagnóstico antes de nacer por encontrarse un tumor intracardíaco

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión de ficha clínica y revisión de bibliografía

### **CASO CLÍNICO:**

Es el caso de una lactante mayor de 1 año 3 meses, producto de primer embarazo, controlado, parto por cesárea a las 39 semanas, sin complicaciones. Peso al nacer: 3170 kg, talla 48 cm y APGAR de 9/9, a quien se le realiza diagnóstico intrauterino a las 30 semanas de gestación de tumor en septum interventricular y tracto de salida. Al mes de vida realizan ecocardiograma que confirma tumor infiltrativo con eco refringencia que va de tercio medio de ventrículo izquierdo a punta del ventrículo derecho con medida 19x14 mm, infiltrando además por fuera del tracto de salida del ventrículo derecho, además evidenciando lesiones hipopigmentadas en piel, por lo que realizan TAC cerebral que demuestra presencia de imágenes hipodensas sugerentes de Esclerosis Tuberosa, que fueron confirmadas posteriormente por una RMN, se controla en el policlínico periódicamente de neurología infantil donde presenta buen desarrollo psicomotor y está en terapia anticonvulsivante.

### **CONCLUSIONES:**

La importancia de este caso clínico es que se realizó diagnóstico prenatal de una esclerosis tuberosa, ya que la mayoría de los diagnósticos se realizan mucho después cuando inician las convulsiones y otros síntomas como angiofibromas faciales. Por lo tanto he aquí la importancia de realizar un diagnóstico precoz para iniciar rápidamente un tratamiento y evitar la severidad de los síntomas como epilepsia, retardo mental grave, convulsiones incontrolables y fallas renales. Los pacientes con síntomas leves tienen vidas largas y productivas.

## **PIE PLANO QUIRURGICO**

**JUAN CARLOS DE LA CRUZ CH., MARITZA TORO G.**

*Médicos Hospital San Fernando*

### **INTRODUCCIÓN:**

El pie plano es la patología ortopédica infantil más prevalente, de mayor consulta y preocupación de los padres en nuestra especialidad. Desde el año 2005 que estamos utilizando la técnica quirúrgica del "Calcáneo Stop" descrita por el Dr. Recaredo Álvarez quien inicio dicho tratamiento para el pie plano valgo flexible severo. Realizamos un estudio retrospectivo para corroborar los beneficios que se obtienen con esta técnica, su sencillez, eficacia de corrección, baja tasa de morbilidad.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

En el Hospital de San Fernando se evalúan un total de 32 pacientes con 64 pies intervenidos con la técnica de calcáneo stop entre los años 2012 y 2016. La indicación de la cirugía fue el pie plano flexible de severo a moderado sintomático o no. La edad media al momento de la intervención fue de 11 años (9-14) y el tiempo medio de seguimiento fue de 1a 9m. Habían recibido tratamiento ortopédico 20 casos con una media de 4 años y en los otros 12 casos la decisión quirúrgica fue en la primera consulta. Se utilizó para la valoración clínica la escala de Smith y Miller, para la valoración radiológica realizamos mediciones pre y postoperatoria de 4 ángulos: Moureau-Costa-Bartani, Meary, Flexión plantar del astrágalo y Astrágalo-calcáneo en protección AP. Se valoró también la satisfacción del paciente y su reintegro a la vida normal.

La técnica del Calcáneo Stop considera el uso de Tornillos Canulados de 7 mm y arco C para radioscopia intraquirúrgica. Tiempo quirúrgico de aproximadamente 30-40 minutos, El tiempo para la extracción de los tornillos fue de 3 años.

#### **RESULTADOS:**

La clínica mostró excelentes resultados 68.75% (22), buenos 25% (8) y malos 6.25% (2) probablemente mala indicación. En la evaluación radiológica se encontraron variaciones significativas en el ángulo Costa-Bartani, Meary y también en la flexión plantar del astrágalo. Como complicaciones hubo 1 infección superficial de la herida, 1 cierre por 2da intención de la herida por tensión de la piel por modificación importante.

#### **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:**

El calcáneo stop es una técnica sencilla, de bajo costo y eficaz para corregir el pie plano flexible infantil sintomático y que no haya respondido a tratamiento ortopédico. La técnica corrige el pie desde el post operatorio inmediato y esta se mantiene en el tiempo.

### **INGESTA DE CÁUSTICOS EN PEDIATRÍA, PACIENTES ATENDIDOS DESDE 2014 A 2016 EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA.**

EDUARDO MUÑOZ M.<sup>1</sup>, DANIELA FIGUEROA S.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico Gastroenterólogo Infantil, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

<sup>2</sup> Residente de Pediatría Universidad de Santiago de Chile, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

#### **INTRODUCCIÓN:**

La ingestión de productos cáusticos en pediatría sigue siendo un importante problema médico debido a su toxicidad y riesgo de secuelas, a pesar de los esfuerzos para reducir la exposición a los productos de uso doméstico corrosivos.

#### **OBJETIVOS:**

Describir las características epidemiológicas, clínicas y complicaciones de los pacientes que ingresan desde urgencia y derivados desde otros centros asistenciales por sospecha de ingesta de cáusticos, señalar las clasificaciones endoscópicas de las lesiones y revisar las recomendaciones actuales de manejo.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en nuestro hospital por ingesta de cáusticos durante el periodo 2014-2016.

#### **RESULTADOS:**

Se analizaron 12 fichas clínicas, cuya edad media fue 6,8 años (1 y 14 años), predominio femenino 66,6%, 100% de los pacientes ingresados ingirieron productos alcalinos, de forma accidental en 91,6% , el 83% refirió sintomatología y al examen físico el 58,3% presentaba lesiones orales. Fueron ingresados 50 % a sala básica, 8,3% a intermedios, 41,6 % a UCIP. Se realizó endoscopia digestiva alta en el 100% de los pacientes, a las 13 horas promedio postingesta. En cuanto al manejo, el 100 % recibió reposo digestivo, Soporte hidroelectrolítico y protección gástrica, al 17% se indica uso de corticoterapia, el 58,3% analgesia y 17 % antibioterapia.

Se realiza EDA de control en el 17% de los pacientes según hallazgos previos, constatándose complicaciones en el 17 %.

#### **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

Es necesario mejorar la educación a las familias sobre medidas preventivas a fin de evitar nuevos accidentes, además de destacar la evaluación endoscópica en las primeras 24 horas y la reevaluación estrecha en pacientes cuyas EDA salieron alteradas.

### **NEFRITIS EN PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH CLASE IIIA DE ISKC**

<sup>1</sup> EMILIA GONZÁLEZ C., <sup>2</sup> DANIELA FIGUEROA, <sup>2</sup> DANIELA SARKIS

<sup>1</sup> Médica Nefróloga Infantil Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins.

<sup>2</sup> Residente de Pediatría Universidad de Santiago de Chile, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins.

#### **INTRODUCCIÓN:**

El púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis sistémica por hipersensibilidad mediada por inmunocomplejos Ig A, siendo de etiología desconocida, la afectación renal oscila entre el 20-50 % de los casos apareciendo generalmente en el primer brote de púrpura. La manifestación



más frecuente es la hematuria aislada o bien asociada a proteinuria pudiéndose observar síndrome nefrótico en el 10% de los casos. La afectación histológica renal incluye desde

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión de ficha clínica.

**CASO CLINICO:**

Paciente 13 años, con antecedentes de cuadro compatible con PSH en octubre 2010, autolimitado y sin compromiso renal. El 23/6/14 reaparecen manchas en la piel, rojas violáceas en EEII y aumento de volumen equimótico de ambos tobillos. Se le indica reposo, paracetamol e ibuprofeno. Lesiones en la piel ceden espontáneamente. El 15/11/14 presenta fiebre alta y orina oscura, por lo que se hospitaliza. Exámenes destacados: creatinina 1,1, EOC con incontables GR, IP/C máximo de 4, proteinuria 24 hrs 56 mg/m<sup>2</sup>/hora, IgA elevada, ASLO; cultivo faríngeo; ANA; AntiDNA y ANCA, negativos, complemento normal.

Se administran bolos de MP, con lo que se frena el ascenso de la creatinina. Se deja con prednisona vo. Proteinuria disminuye hasta índice de 1.7. Se reevalúa el 5/12/14, con IP/C nuevamente en rango nefrótico, por lo que se indica biopsia renal cuyo informe muestra: Nefritis de Schönlein Henoch, crecética y proliferativa mesangial focales equivalente a clase IIIa de ISKDC. Recibe bolos de ciclofosfamida, se cambia terapia a Azatioprina y paralelamente, se fue disminuyendo en forma paulatina dosis de prednisona. La paciente ha evolucionado de forma satisfactoria, pero con persistencia de microalbuminuria, lo que traduce un daño glomerular crónico.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

El púrpura de Schönlein-Henoch es una enfermedad prevalente en la edad pediátrica, cursa con una evolución generalmente benigna, sin embargo un porcentaje de estos pacientes pueden progresar a compromiso renal y llegar a ERC, por lo tanto se hace imperativo un seguimiento estricto de ellos, controlando periódicamente función renal para detectar así un daño en forma precoz.

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE PLEURONEUMONIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL SAN FERNANDO AÑO 2005-2015**

**JORGE GALGANI M.,<sup>1</sup> JORGE GUZMAN T.,<sup>1</sup> JORGE MUÑOZ C.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Internos de Pediatría Universidad San Sebastián

<sup>2</sup>Pediatra Hospital San Fernando

**INTRODUCCION:**

La neumonía es una entidad de alta morbimortalidad y causa frecuente de hospitalización en pediatría, siendo la presencia de derrame pleural una complicación no infrecuente que obliga a modificar conducta. Se estima que entre el 5 y el 10% de las neumonías bacterianas evolucionan con derrame para neumónico o exudado no complicado, pudiendo progresar hacia la formación de un empiema pleural. Esta es la principal complicación supurativa de la neumonía, siendo la causa más frecuente la falta de un tratamiento antibiótico oportuno y adecuado.

**OBJETIVO:**

Conocer las características epidemiológicas, cuadro clínico, estudio de imágenes realizado, tratamiento antibiótico y complicaciones en su manejo en este grupo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de pleuroneumonía.

**MATERIAL Y METODO:**

Estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó una revisión y análisis de todas las fichas clínicas de los pacientes pediátricos egresados con diagnóstico de pleuroneumonía desde el servicio de pediatría HSF en el periodo enero 2005 y diciembre 2015.

**RESULTADOS:**

Del total de casos (n=42) un 45.2% corresponde a la comuna de San Fernando. Un 64.2% corresponde a pacientes de sexo masculino. La edad al momento de la hospitalización en un 45.2% correspondía a menores de 3 años. El cuadro clínico más frecuente consistía en fiebre (83.3%), tos productiva (69%), apremio respiratorio (40.4%) y compromiso del estado general (23.8%). El promedio de días de hospitalización fue de 10 días. En 54.7% de los casos el tratamiento antibiótico inicial se realizó con esquema cefotaxima y cloxacilina, con cambio de esquema en un 42.8% del total. Se realizó punción pleural a un 52.3% de los casos, con estudio de líquido pleural encontrado en un 31.8%. Se coloca tubo pleural a un 47.6% de los casos. Del estudio radiológico inicial se detecta pleuroneumonía en 55.7% y condensación



única en un 21.42%. Se realizó ecografía a un 28% de los casos y TAC a un 35%. De estos estudios se logra evidenciar el hallazgo de empiema pleural en un 33% de los casos. Un 28.5% de los casos fue derivado a un centro de mayor complejidad para resolución quirúrgica de su empiema pleural.

#### **CONCLUSIÓN:**

En este estudio se evidencia que debe realizarse un diagnóstico oportuno de la presencia de derrame pleural con una ecografía precoz, realizando una punción diagnóstica e instalación de un drenaje pleural cuando fuese necesario. En los casos de empiema pleural, el diagnóstico se realizó tardíamente. Además debe destacarse que no existe un registro adecuado de los estudios de líquido pleural realizados, cultivos correspondientes y hemocultivos tomados, que permitirían aclarar la etiología bacteriana correspondiente y así un mejor tratamiento antibiótico a seguir.

Este trabajo permitirá desarrollar un protocolo de manejo uniforme en futuros casos clínicos.

### **EDEMA CEREBRAL COMPLICACIÓN DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA:**

#### **CASO CLÍNICO**

JAVIER VILLABLANCA M., DANIELA GONZÁLEZ M., MARÍA MARTIN VIEITES  
Hospital Santa Cruz

#### **RESUMEN:**

La cetoacidosis diabética (CAD) ocurre en el 25-40% de los niños con Diabetes Mellitus tipo I en debut; siendo el edema cerebral la complicación más severa, con una incidencia de 0.5-1%, asociado a un elevado porcentaje de mortalidad (40-90%). El mecanismo por el cual se produce el edema cerebral es todavía controvertido, siendo factores de riesgo la hipernatremia durante el tratamiento de la CAD, la gravedad de la acidosis, el tratamiento con bicarbonato, la hipocapnia severa y el aumento del BUN sérico.

#### **OBJETIVO:**

reportar presentación de edema cerebral como complicación de la cetoacidosis diabética en escolar de 10 años con Diabetes Mellitus tipo 1 en debut.

#### **DIAGNÓSTICO:**

Se trata de paciente de 10 años con 4 días de polidipsia, poliurea y dolor abdominal, se recibe en el servicio de pediatría posterior a hiperhidratación, con respiración de kussmaul, hipertensión arterial, hipoactiva, lenguaje incoherente, respuesta motora al dolor, con hiperglicemia de 1030mg/dl, cetonuria, acidosis metabólica e hipocapnia severa (pH:7.0; pCO<sub>2</sub>:10 mmHg; HCO<sub>3</sub>:2.6mmol/l, EB:-26,6) hipernatremia 171mg/dl, insuficiencia renal aguda con creat: 2.0; BUN:24, UREA:51.8, leucocitosis con neumonía basal derecha. Se inicia hidratación solo con requerimientos, en vista de volemicación excesiva previa en servicio de urgencia, conjuntamente infusión de insulina (0,1ud/kg/h) y antibioticoterapia; en vista de deterioro progresivo del estado de conciencia recibe una dosis de manitol y se conecta a VMI para control de hipocapnia permisiva (pCO<sub>2</sub>:22mmHg), se traslada a centro de mayor complejidad para terapia dialítica; con evolución satisfactoria. Actualmente en control y tratamiento con insulina glargina, y ultrarapid, sin secuelas neurológicas.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se realiza estudio prospectivo en paciente de 10 años con signos y síntomas sugerentes de edema cerebral como complicación grave de la cetoacidosis diabética, confirmándose hipótesis diagnóstica.

#### **CONCLUSIÓN:**

Se plantea edema cerebral en paciente con cetoacidosis diabética con diagnóstico tardío, se inicia tratamiento ajustando líquidos e infusión de insulina, se conecta a ventilación mecánica invasiva modo asistido/controlado para el manejo de hipocapnia permisiva.

#### **DISCUSIÓN:**

Es importante destacar que el diagnóstico de edema cerebral es principalmente clínico, los signos radiológicos son tardíos, siendo el tratamiento adecuado de la cetoacidosis y el diagnóstico oportuno de edema cerebral los factores pronóstico más importantes.



## **SÍNDROME DE MOEBIUS A PROPÓSITO DE UN CASO.**

LUISA PRÜSSING S<sup>1</sup>., CAROLINA HERNÁNDEZ A<sup>2</sup>., LUCIA ÁLAMOS L<sup>1</sup>., **SIMÓN GONZÁLEZ O<sup>3</sup>**.

<sup>1</sup> Médicos Pediatras Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

<sup>2</sup> Interna U de los Andes. <sup>3</sup> Interno U. Diego Portales.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:**

Alrededor del 3% de recién nacidos vivos tienen algún tipo de malformación congénita. El síndrome de Moebius es una enfermedad poco frecuente. Tiene una incidencia de 1 por cada 1000 nacimientos. Es un trastorno que se caracteriza por la parálisis facial desde el nacer, debido a una agenesia o aplasia de los núcleos de los nervios craneales VI y VII. Descrita por von Graefe y Saemisch en 1880, Harlam en 1881 y Chrisholm en 1882, fue Moebius quien, en 1888, hizo un estudio completo de la enfermedad. Dada la gran variedad de anomalía asociada, se divide en dos grupos: síndrome de Moebius clásico caracterizado por la parálisis bilateral completa o incompleta de los nervios faciales y motor ocular externo y corresponde al 60% y de Moebius asociado a otras anomalías. Corresponde al 40%; en el segundo grupo, Puede haber parálisis de otros pares craneales tales como: el hipogloso (30%); el trigémino (8%) y motor ocular común o glossofaríngeo. Dentro de las alteraciones asociadas, se describen la presencia de paladar ojival, hendiduras palatinas, malformaciones auriculares, atrofia mandibular, diastemas, anomalías en los miembros superiores e inferiores, sindáctilos, pie zambo, agenesias digitales, agenesia de músculos pectorales o glándula mamaria (síndrome de Poland), luxación congénita de cadera y retardo mental en el 10% de los pacientes. Aunque su causa parece ser genética, existen muchas teorías al respecto.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión bibliográfica y actualización del tema, revisión de ficha clínica.

### **CASO CLÍNICO:**

MFRC: primera hija madre joven sana, sin antecedentes del padre, embarazo controlado, fisiológico, se hace diagnóstico prenatal de malformación de mano derecha, nace el 16/09/2015 en Hospital de Curicó por cesárea de urgencia por SF, peso 2920 gr. Talla 50 cm, cc 34cm, APGAR 8-8, nace en buenas condiciones pero rápidamente presenta deterioro multisistémico asociado a sus alteraciones genéticas, en lo respiratorio con estridor laringotraqueal permanente evaluada por especialista se diagnostica S.M P, con indicación de traqueotomía, con mala evolución requiere de UCIP, no habiendo cupo en Curicó se traslada a HRR. permanece en controles y hospitalizaciones en este. Condiciones asociadas micrognatia, sindáctila mano derecha, parálisis del nervio facial y glossofaríngeo, laringomalasia moderada a severa, ductus permeable, insuficiencia tricuspídea leve.

### **CONCLUSIONES:**

Los equipos de salud pediátricos deben estar preparados para desafíos de pacientes polimorfos como en este caso en que se han sorteado numerosas interurrencias, pero MFRC ya cumple 11 meses.

## **INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (T.C.A) INFANTILES**

ROMINA HENRÍQUEZ Z.

Fonoaudióloga Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Durante los últimos años, el número de niños que presenta rechazo inexplicable a los alimentos, texturas o sabores, en ausencia de enfermedades ha ido en aumento, sin existir un abordaje específico para este tipo de trastornos establecidos desde etapas muy precoces de la infancia, sin ser percibidos hasta que son asociados muchas veces a un retraso en el crecimiento, riesgo o desnutrición, alimentación selectiva, fobia o miedo a alimentarse, y a una alteración en la dinámica familiar que genera mucho estrés, alteración de rutinas diarias y disfuncionalidad.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Desde el año 2015 en el Hospital Regional Rancagua se ha abordado este grupo de niños en forma ambulatoria por Fonoaudiología, derivados principalmente de Gastroenterología. Se realiza evaluación y tratamiento, con énfasis en tres aspectos: el niño alimentado, el alimentador, y el contexto familiar y social de la familia. Se determina la edad alimentaria del

menor, y cuáles son los factores que se deben modificar para lograr el éxito en la rutina de alimentación, como horarios, distractores, forma de ofrecer el alimento, entre otros. Sumado a lo anterior se solicitan videos a los padres para ver conducta alimentaria del menor en su propio ambiente familiar, y un diario de vida alimentario en donde se registre toda la conducta presentada tanto por el menor como por los padres en relación a la alimentación en forma diaria, para luego ser discutido y corregido en terapia. Se realizaron sesiones semanales o cada 15 días, según criterio del evaluador. En aquellos que lo requirieron se realizó terapia sensorial.

#### **RESULTADOS:**

Durante el año 2015 se atendieron 22 casos de T.C.A, entre los 7 meses y los 12 años; en que 15 (68%) logran el alta fonoaudiológica según los criterios de: estado nutricional acorde a edad, normalización de rutinas en relación a alimentación, incorporación de alimentos nuevos y texturas a dieta diaria y manejo funcional de padres en contextos alimentarios. Los 7 (32%) casos restantes, no completan terapia fonoaudiológica por diferentes causas (motivos económicos, poca adherencia, ruralidad, enfermedades concomitantes, etc). Hasta Agosto del presente año se han registrado 12 pacientes con T.C.A de los cuales 6 (50%) logran alta fonoaudiológica, 3 se encuentran en tratamiento y 3 no completan terapia.

#### **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:**

El abordaje fonoaudiológico en pacientes infantiles que presentan T.C.A ha mostrado su eficacia en más de la mitad de los casos presentados. Es importante educar e instruir a los equipos de salud en relación a este tipo de niños, muchas veces catalogados de “mañosos” para poder ser intervenidos a tiempo junto a sus familias, a fin de evitar complicaciones futuras tanto psicológicas, conductuales, nutricionales y sociales.

## **EXPERIENCIA EN ACCESO VENOSO CENTRAL EN UPC PEDIÁTRICA**

**PETER HOLLOWAY M.**, **FERNANDO VÉLIZ C.**

*Médicos Pediatras Hospital Clínico FUSAT, Rancagua,*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La inserción de catéteres centrales (CVC) es una práctica frecuente en el manejo de pacientes críticos. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en los últimos 15 años respecto a características clínicas del paciente, tipo de indicación y complicaciones relacionadas con la colocación de CVC en niños hospitalizados en UPC.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio observacional descriptivo realizado entre el año 2001 y 2016 en todos los niños que ingresaron a UPC y que se les instaló CVC, con un universo de 190 CVC instalados por médicos residentes y anestesiistas. Los datos fueron recolectados el mismo día de la inserción del CVC y analizados en planilla Excel.

#### **RESULTADOS:**

El promedio de edad fue 5,88 años, 42% fueron lactantes, 13% de 3 a 5 años y 85% entre 6 y 18 años. El 67% fueron instalados por pediatras, el acceso venoso más usado fue el femoral (50%), las principales indicaciones fueron el uso de drogas vasoactivas (55%) y el monitoreo hemodinámico (20%). El promedio de días de permanencia del CVC fue 6,4 días con rango entre 1 y 21 días. El principal motivo de retiro del CVC fue la finalización del tratamiento (64%), en 21 casos (11%) se retiró por fallecimiento. Las complicaciones fueron observadas en el 8,4% de los CVC (16 casos), siendo la oclusión la más frecuente (5,8%) y mal posicionado en el 1,5%. Sólo 1 caso (0,5%) se asoció a complicaciones infecciosas, aislándose estafilococo coagulasa negativo tanto en cultivo de la punta del CVC como hemocultivos periféricos. Al analizar complicaciones por grupo etéreo y según sitio de inserción no hubo diferencia estadísticamente significativa, tampoco se observó diferencias al comparar complicaciones entre pediatras y anestesiistas.

#### **DISCUSIÓN:**

El uso del CVC en este universo de pacientes ha sido un procedimiento seguro, con una muy baja incidencia de complicaciones e infecciones asociadas. El conocimiento de estas complicaciones relacionadas con el uso del CVC en nuestros niños permite adoptar acciones correctivas y/o preventivas que irán en beneficio del niño críticamente enfermo.

## EXPERIENCIA CLÍNICA LACTANCIA MATERNA CENTRO MÉDICO HOSPITAL CLÍNICO FUSAT

CLAUDIA GOMEZ <sup>1</sup>, FERNANDO GONZALEZ S. <sup>2</sup>, **CECILIA LEON I.** <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Matrona Encargada Clínica Lactancia Materna Hospital FUSAT (HCF)

<sup>2</sup> Médico Familiar Niños. Centro Médico HCF. Asesor Clínica Lactancia Materna

<sup>3</sup> Pediatra, Coordinadora Equipo Pediátrico Centro Médico HCF.

### INTRODUCCIÓN:

Los beneficios de la lactancia materna son innumerables y conocidos. Por esto mantener alimentación con lactancia materna exclusiva (LME), como mínimo hasta los 6 meses, es una meta sanitaria en la mayoría de los países. En Chile 2015, LME a los 6 meses fue 53%, estando la región de O'Higgins en cuarto lugar con un 57%.

Desde 2008 Hospital Clínico FUSAT (HCF) cuenta con la primera Clínica de Lactancia Materna (CLM) de la Región, la cual entre 2013 al 2015 sufre cambios y reestructuración. En agosto de 2015 se inicia programa estructurado de educación y seguimiento.

### OBJETIVO:

Evaluar resultados preliminares de la puesta en marcha de nueva estructura de CLM dentro del contexto de Nuevo Modelo de Atención en población cerrada, Centro Médico HCF.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva de estadísticas de lactantes beneficiarios Isapre FUSAT. Grupo control sin intervención: nacidos entre 1 Enero a 14 Agosto 2015. Grupo con intervención CLM (\*): nacidos 15 Agosto 2015 a 31 Enero 2016. (\*) consejería tercer trimestre embarazo, visita hospitalaria en puerperio, control matrona a 15 días de vida, seguimiento telefónico mensual hasta los 6 meses de vida, control presencial prioritario frente problemas de lactancia.

### RESULTADOS:

	Grupo control	Grupo c/intervención
Número	84*	46
Femenino/Masculino	47,6% / 52,4%	43,5% / 56,5%
P.vaginal/Cesárea	20,5%/ 79,5%	28,2%/ 71,8%
LME 3 meses	54,4%	82,6%
LME 6 meses	36,7%	71,2%

\*se logró obtener dato de LM en 79/84 (94%)

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:

Ambos grupo similar distribución por sexo y tipo de parto.

Se observa un aumento considerable en el porcentaje de LME a los 3 y 6 meses en el grupo que recibió la intervención de CLM, alcanzando cerca del doble de LME a los 6 meses que en el grupo control.

Estos resultados validan la implementación de CLM que, desde la Atención Primaria acompañe al binomio madre-niño con el objeto de mantener, inducir o recuperar lactancia.

A su vez valida nuevas modalidades de atención como el contacto telefónico, las que parecen ser efectivas para dar continuidad a nuestras intervenciones sanitarias y obtener resultados favorables.

## SÍNTOMAS DE SOSPECHA PARA DETECCIÓN DE TRASTORNOS ESPECTRO AUTISTA (TEA)

ELIANA JELDRES C. <sup>1</sup>, LAURA BARRANTES A. <sup>2</sup>, **CÉSAR MATELUNA F.** <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurólogos Infantiles HRLBO

<sup>2</sup>Becada Pediatría HRLBO

### INTRODUCCIÓN.

El autismo es un trastorno de origen neurobiológico que provoca alteración en el desarrollo de las áreas de: comunicación, interacción social, flexibilidad de la conducta e intereses. El diagnóstico de TEA se realiza aproximadamente a los cinco años.

La detección y atención temprana, son relevantes para la evolución y pronóstico de las personas con TEA, ya que permite tratar precozmente al paciente y orientar a sus familias, con el objeto de aumentar sus habilidades funcionales y evitar algunas manifestaciones más severas del autismo.





### **OBJETIVOS:**

Identificar los síntomas de presentación inicial de niños con TEA y los rangos etarios en que estos se reconocen. Describir características de estos pacientes en algunos aspectos como escolaridad y presencia de comorbilidades.

### **MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de 72 fichas clínicas de niños con diagnóstico de TEA controlados en policlínico de Neurología Infantil HRR desde Enero 2015 a Junio 2016. Datos de presentación inicial, estudio diagnóstico y evolución, se registran en planilla Excel para su tabulación y se comparan resultados con literatura.

### **RESULTADOS:**

Muestra constituida por 72 pacientes con diagnóstico de TEA, 88,9% sexo masculino y 11,1% sexo femenino, edad promedio 8,3 años (rango 3 a 15 años), 44,4% asiste a escuela especial y 43% asiste a enseñanza básica (80,6% con PIE). Hubo 12 pacientes con diagnóstico TEA tipo Asperger. Edad de sospecha de TEA: 3 años 6 meses (rango 12 meses a 10 años), edad promedio de diagnóstico 5 años 3 meses (rango 2 años a 11 años). Los padres son los primeros en sospechar algún problema en 23,6%, seguido de profesores 16,6% y profesionales de control sano en 15,3%. Síntomas iniciales que hacen sospechar TEA: retraso lenguaje 33,3%, falta de atención o interés 16,6%, escasa relación con pares 12,5%, conductas disruptivas 11,1% y conductas estructuradas 11,1%. Un 6,9% presenta regresión de lenguaje. Durante evaluación, 70,8% de los pacientes tiene algún tipo de examen complementario, entre éstos: EEG, Potenciales evocados auditivos y neuroimágenes.

El 72% registra al menos una comorbilidad; destaca: Déficit Atencional 28,8%, algún tipo de Trastorno de conducta 21%, Epilepsia 13,5% e Hiperactividad 13,5%

### **DISCUSIÓN:**

En los síntomas iniciales que nos deberían hacer sospechar la posibilidad de TEA destacan las alteraciones de la comunicación, especialmente en lo referido a las alteraciones de lenguaje, y las alteraciones sociales como falta de atención o interés en el medio y la escasa relación con los pares. También son frecuentes las alteraciones conductuales como conductas disruptivas y estructuradas.

En la muestra la edad de sospecha de TEA es superior a la descrita en la literatura lo que nos debe alertar sobre la pesquisa precoz de estos indicadores especialmente en los controles de salud de para planificar una intervención inicial y derivación precoz.

## **HIPERINSULINISMO PERSISTENTE RESPONDEDOR A DIASOXIDO EN UN RECIEN NACIDO.**

JAVIER VILLABLANCA M., RAMÓN MONCADA V.

Médicos Hospital Santa Cruz

### **RESUMEN:**

La hipoglicemia es considerada una de las principales patologías que afectan el neonato durante las primeras horas de vida, en especial ante la presencia de factores de riesgo como productos Grandes para edad Gestacional (GEG), Pequeños para Edad Gestacional (PEG), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) e Hijo de Madre Diabética (HMD). A pesar de existir mecanismos compensatorios que buscan restaurar la homeostasis de forma oportuna, existen situaciones en las cuales, su persistencia en el tiempo nos obliga a buscar causas subyacentes con el fin de instaurar terapéutica y evitando los posibles daños neurológicos seculares.

### **OBJETIVO:**

Reportar el caso de un neonato con hipoglicemia persistente con hiperinsulinismo y con buena respuesta al Diasóxido.

### **CASO CLÍNICO:**

Recién nacido femenino, de término, de 38 semanas, obtenido por cesárea segmentaria con peso al nacer de 3950 gs (GEG). Apgar de 9/9 pts. Examen físico inicial sin alteraciones fenotípicas evidentes. Durante la primera hora de vida refieren hipoactividad, con hemoglucotest que reporta 11 mg/dl. Se cumple *bolus* inicial e infusión progresiva de dextrosa. Evolución tórpida durante 7 días, realizándose pruebas de extensión que reportan insulina positiva (2,7 UI/ml) con glicemia central en 44 mg/dl. Cetonuria negativa. Prueba terapéutica con Glucagón positiva. Estudio ultrasonográfico sin alteraciones. Se plantea Hiperinsulinismo



Persistente y se inicia Diasoxido en dosis inicial de 10mg/kg/día, asociando Hidroclorotiazida (1,25mg/kg/día). Evolución inmediata favorable, egresando con control sucesivo por pediatría y endocrinología pediátrica.

#### **DISCUSIÓN:**

Las alteraciones en el metabolismo de la glucosa que resultan en hipoglicemia son frecuentes en el neonato. Estar claros de cuáles son los factores de riesgo que predisponen a hipoglicemia, permite un *screening* temprano para su detección y terapia oportuna. Sin embargo, cuando la evolución no es favorable y se prolonga en el tiempo durante más de 5-7 días es necesario realizar protocolos de estudio y manejo, dentro de los que se encuentran la prueba terapéutica con glucagón, el uso de Diasoxido, el uso de somatostatina u Octreotido, pudiendo llegar incluso a la pancreatectomía.

#### **CONCLUSIÓN:**

El diagnóstico precoz y manejo oportuno de la hipoglicemia neonatal contribuye a limitar el posible riesgo neurológico secundario.

## **TERAPIA FLORAL EN TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTILES**

**MARIBEL SÁNCHEZ C., M. DE LOS ANGELES TOBAR S., LAURA QUEZADA S., MARÍA SOLEDAD GÓMEZ M.**

*Médicos Hospital San Juan de Dios de San Fernando*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La cantidad y calidad de horas de sueño que logra un niño es muy importante para su desarrollo físico, emocional e intelectual y la calidad de vida familiar. Existen múltiples causas que generan estos trastornos: miedos a situaciones reales o sobrenaturales; falta de control de impulsos (como rasgo de carácter); separación de los padres; temor al abandono; bullying escolar; hiperactividad; apego parental excesivo; violencia intrafamiliar; uso excesivo de videojuegos violentos o películas de terror. Actualmente, entre las terapias complementarias existe la Terapia Floral, la cual se está aplicando en el Policlínico de Pediatría de nuestro hospital desde el año 2011.

#### **OBJETIVOS:**

1.- Cuantificar el éxito de la terapia floral en los trastornos del sueño en la edad pediátrica, del hospital de San Fernando, entre Enero 2012 y Junio 2016.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión retrospectiva de las fichas de los pacientes con trastornos del sueño atendidos entre Enero 2012 y Junio 2016. Análisis electrónico de dicha información con la utilización de un formulario para ello.

#### **RESULTADOS:**

De las 680 fichas revisadas; 72 pacientes (10,6%) tenían trastorno del sueño. De ellos 46 eran hombres y 26 mujeres. Los trastornos más frecuentes fueron las pesadillas (31,4%), seguido del insomnio de conciliación (20,6%), bruxismo (12,7%) y sonambulismo (12,7%). La relación hombre: mujer es de 2,2: 1. El 50% de los trastornos del sueño, de una muestra parcial (n= 64), habían comenzado entre 1 a 3 años antes de la primera consulta. Al mes de terapia, el 47% de los trastornos del sueño mejoraron y a los 3 meses, el 87,3% presentaba mejoría total. En el 65% de los pacientes se verificó la mantención de la mejoría durante 3 meses o más.

#### **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

Los trastornos del sueño pueden mantenerse por mucho tiempo en los niños sin que se les haga tratamiento, afectando su calidad de vida y la de todo su entorno. El análisis de los factores asociados a estos trastornos da la posibilidad de intervenir también en otras áreas de la vida del paciente (familiar, social), lo cual ayuda a prevenir la recurrencia de los trastornos del sueño. En nuestro hospital la terapia floral ambulatoria es una herramienta terapéutica muy eficiente para el tratamiento de los trastornos del sueño infantiles y creemos que esto puede ser replicado en todos los servicios pediátricos de Chile, especialmente porque no se ha descrito efectos adversos asociados a esta medicación en la literatura especializada.

## **RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA VALIOSA EN PEDIATRÍA**

LUISA PRUSSING S.<sup>1</sup> LUCÍA ALAMOS L.<sup>1</sup> HEIDY LEIVA H.<sup>1</sup> DANIELA SARKIS A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médicos Pediatras Servicio de Pediatría Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

<sup>2</sup>Becada Pediatría USACH

### **INTRODUCCIÓN:**

La Resonancia Magnética (RM) se ha convertido en una herramienta diagnóstica valiosa en la práctica médica. Sus ventajas incluyen excelente definición anatómica, capacidad de efectuar cortes en múltiples planos, muy buen contraste de los tejidos blandos y el hecho de que no usa radiación ionizante ni medios de contraste yodados. Hasta la fecha, el Hospital Regional Rancagua ha debido comprar servicios de RNM o derivar al Hospital Barros Luco Trudeau y está en vísperas de iniciar el funcionamiento del resonador en el nuevo establecimiento.

### **OBJETIVOS:**

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los niños a quienes se ha realizado RNM de cerebro a solicitud de médicos pediatras

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo de la población de niños que han sido sometidos a RNM de cerebro mediante derivación de la atención abierta y cerrada pediátrica en los años 2015 y 2016. Las variables usadas son: Edad, Sexo, Diagnóstico, motivo de solicitud del examen, comuna de residencia, comorbilidad. Análisis mediante PASW

### **RESULTADOS:**

La población en estudio es de 80 pacientes, 55% son niñas (no es estadísticamente significativo). 31 pacientes estaban hospitalizados (38,8%) y ambulatorio 49. En 58 pacientes existía un TAC previo y se había tomado EEG en 59 pacientes. La procedencia fue de todas las comunas de la región, el motivo de solicitud para realizar estudio diagnóstico. El promedio de edad de los niños fue 6,1 años en hospitalizados y 7,16 en niños ambulatorios (no significativo) El promedio de días de espera del examen fue de 41 días para los hospitalizados y 153 días para los pacientes ambulatorios ( $p < 0,00001$ ). Los diagnósticos previos más frecuentes fueron epilepsia focal (45%) y tumores (11,3%). El 10% se solicitó por sospecha de malformaciones, prematuridad 6,3%, traumatismos 5%, infecciosas 5%, cefaleas 7,5% y otros 10%

### **CONCLUSIONES:**

La mayor utilidad fue que la RNM confirmó el diagnóstico previo y permitió realizar un tratamiento bien fundamentado. El tiempo de espera es inadecuado, inclusive en los casos hospitalizados lo que enfatiza la necesidad de realizar el examen en el establecimiento y evitar el riesgo de la larga espera. Es necesario reconocer la gran dificultad en la recolección de la información que impide un mejor análisis y que debe ser corregida.

## **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES CONTROLADOS EN EL POLICLÍNICO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA ENTRE EL AÑO 2015-2016.**

EMILIA GONZALEZ C.<sup>1</sup>, DANIELA FIGUEROA S.<sup>2</sup>, DANIELA SARKIS A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Nefróloga Infantil Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins.

<sup>2</sup> Residente de Pediatría Universidad de Santiago de Chile, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins.

### **INTRODUCCIÓN:**

El síndrome nefrótico es la enfermedad glomerular crónica más prevalente en pediatría, la edad de presentación habitual es entre los 2 y 10 años. Un 80% tienen buena evolución, 20% evolucionan con cortico resistencia y de ellos, un 50% evoluciona a enfermedad renal crónica terminal.

### **OBJETIVOS:**

Conocer las características de los pacientes con síndrome nefrótico controlados en nuestro hospital, seguir su evolución clínica, comorbilidades asociadas, respuesta a tratamientos y complicaciones del mismo durante los años 2015 y 2016 en el policlínico del Hospital Regional Rancagua.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico de edad pediátrica atendidos en el Hospital Regional Rancagua entre el 2015 y 2016.

### **RESULTADOS:**

Se analizaron 14 fichas clínicas de los pacientes descritos, de estos el 50 % son de sexo femenino. La edad de debut antes de los 6 años, corresponde a un 78.5%. La mitad de los pacientes tuvieron una o más recaídas durante el último año. Según su estado nutricional un 57% se encuentran eutróficos, un 28.5% con sobrepeso y un 14.2 % caen dentro del rango de obesidad. El 21.4 % de los pacientes logran control de su enfermedad con 1 solo medicamento, el resto requieren terapia combinada para mantenerse en remisión. En cuanto a las comorbilidades asociadas al tratamiento y a la propia enfermedad, un 35.7% presentan 1 o más. De los paciente controlados, actualmente un 57.1% se encuentra en remisión completa, un 28.5%, en remisión parcial, y el resto está activo de su enfermedad.

### **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

El síndrome nefrótico es una patología prevalente, con presencia de corticoresistencia y progresión a enfermedad renal crónica por lo que es fundamental su diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento para evitar complicaciones a futuro.

## **CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA, ATENDIDA DE FORMA AMBULATORIA, DURANTE LOS AÑOS 2012 AL 2015, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN CON APOYO DEL EQUIPO DE CHILE CRECE CONTIGO PERTENECIENTES AL SERVICIO DE PEDIATRÍA, DEL HOSPITAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.**

**SILVIA SANCHEZ S.**<sup>1</sup>, **LESLIE LÓPEZ A.**<sup>2</sup>, **LESLIE WAMAN V.**<sup>3</sup>, **ELIANA JELDREZ C.**<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kinesióloga HRLBO, <sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional, <sup>3</sup>Psicóloga, <sup>4</sup>Médico Neurologa Infantil, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

### **INTRODUCCIÓN:**

En Chile no existen registros estadísticos de niños con diagnóstico Trastorno Espectro Autista (TEA), (MINSAL, 2011), debido a múltiples causas, entre ellas, inexistencia de evaluaciones estandarizadas, profesionales instruidos, desconocimiento del trastorno y estigmatización a nivel de Salud y Educación. Lo cual, genera una identificación de necesidades especiales de forma tardía, con un manejo inoportuno e inaccesible en la mayoría de los casos, existiendo una brecha en el manejo e intervención temprana de los niños con diagnóstico de TEA.

En la Sexta Región, existe una caracterización similar a la nacional, existiendo solo centros terapéuticos privados del alto costo, que son inaccesibles para la mayoría de las familias, es por ello que, desde la Unidad de Medicina Física y el Servicio Pediátrico, se dio cobertura. En el periodo 2011 al 2015, siendo atendidos por Kinesiólogía, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Psicología. La intervención es considerada como un desafío para el equipo y gracias a la cohesión de éste, se aprecia una mejoría significativa, por parte de las redes, a nivel de destrezas motoras, comportamiento, desempeño escolar, dinámica familiar y socio ambiental, lo que incrementó la demanda de interconsultas con diagnóstico y observación TEA.

### **OBJETIVOS:**

Conocer características biopsicosociales de niños con Trastorno Espectro Autista de la Región Libertador Bernardo O'Higgins, durante el periodo 2011-2015, atendidos por equipo interdisciplinario de rehabilitación en el del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo, longitudinal. Se clasifica el registro de anamnesis clínica del equipo interdisciplinario (con pruebas estandarizadas y evaluación clínica) del grupo de pacientes caracterizados, según pauta no estandarizada, que considera habilidades motoras, lenguaje y comunicación, aspectos psicosociales y desempeño ocupacional y sensorial. Se traspasa la información en planilla Excel y posteriormente se cuantifica, analiza la muestra y sus variables.

### **RESULTADOS:**

Se logra identificar 80 niños con observación y/o diagnóstico de Trastorno Espectro Autista siendo estos el 100% de nuestra muestra, perteneciente a las distintas comunas de la sexta región. Con un promedio de edad 5 años (40%), sexo masculino (85%), el 95% presenta reacciones catastróficas, el 83% de los niños presentan un nivel de actividad alto, considerado como hiperactividad, 70% de los niños cuenta con familias disfuncionales, el 80% presenta



algún tipo de trastorno del lenguaje, el 90% presenta alteraciones de tipo integración sensorial, lo que se relaciona con el alto porcentaje de niños con retraso a nivel motor 85%, en cuanto al ámbito educativo, se logran identificar las categorías de; sin escolarización, regular, PIE, especial (d.815 y esc. Lenguaje). Las variables nombradas fueron los signos y síntomas a evaluar y posteriormente los objetivos de intervención.

#### **CONCLUSIÓN Y COMENTARIOS:**

Los datos adquiridos son relevantes pues reflejan la necesidad de manejo e intervención temprana que demandan los niños con TEA, para mejorar su desempeño ocupacional en los distintos contextos en los que interactúa: personal, social, cultural y educacional. Se espera que los niños con TEA, sean adultos con herramientas que le permitan ser autovalentes, descartando así, eventuales problemas de salud mental.

### **ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ), OLIGOARTICULAR CON UVEITIS: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**

JAVIER VILLABLANCA M., CARMEN TOVAR R., MELODY PASAN L.

Médicos Hospital Santa Cruz

#### **RESUMEN:**

La AIJ pertenece a un síndrome inflamatorio de etiología desconocida en menores de 16 años. Se presenta con tumefacción en articulaciones, dolor y limitación al movimiento activo y pasivo, calor local, por más de 6 semanas; Deben descartarse otras formas de artritis. Se clasifica después de 6 meses de síntomas en: Oligoarticular ( $\leq 4$  articulaciones), poliarticular ( $\geq 5$  articulaciones), sistémica (fiebre, exantema). Tiene una prevalencia de 60% en sexo femenino y es rara en menores de 6 meses. Apoyan el diagnóstico: La ecografía de rodilla con compromiso de membrana sinovial y ANA (+) que confiere un riesgo mayor de uveítis asintomática. Su tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario con reumatólogo pediatra, oftalmología, fisioterapia, psicoterapia, con aines, corticoides, metotrexate. Se considera inactiva la AIJ después de 1 año de remisión de síntomas sin medicamentos.

#### **OBJETIVO:**

Reporte de caso de femenina de 2 años con AIJ oligoarticular, ANA +, uveítis de difícil manejo y buena respuesta a metotrexate

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de 2 años con 4 meses de evolución de dolor, calor y limitación funcional rodilla izquierda, evaluada por traumatología que plantea artritis séptica e inician antibiótico, realizan Biopsia reportando infiltración linfoplasmocitario con PMN por persistencia de síntomas, asociando limitación funcional y dolor cervical y rodilla derecha es reevaluada por Pediatra que solicita exámenes encontrando: Hto 34,2% Hb 11,1, VHS 30 mm/h, PCR 49 mg/L y ANA +; Ecografía de rodilla con marcada sinovitis bursa subcuadrípital, deriva a reumatólogo quien inicia tratamiento con AINES y metotrexate, al oftalmólogo quien diagnostica uveítis crónica asintomática de difícil respuesta a corticoides tópico por periodo prolongado, logrando remisión de esta al aumento de metotrexate. Después de 6 meses de tratamiento realiza actividad normal.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Ficha clínica de femenina de 2 años, se realiza análisis de caso.

#### **DISCUSIÓN:**

Plantear como diagnóstico diferencial artritis de otras etiologías, mesenquimopatías, infecciosas, etc. Pero considerar edad, duración y presentación con parámetros de laboratorio no compatibles con enfermedades infecciosas.

#### **CONCLUSIÓN:**

La edad, tiempo de evolución, compromiso oligoarticular y ANA +, se debe plantear AIJ oligoarticular con **alto riesgo de uveítis**. Derivación urgente a reumatólogo y oftalmólogo para confirmar diagnóstica e iniciar tratamiento a la brevedad lo cual mejora pronóstico.



## USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA COHORTE DE NIÑOS NACIDOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA Y RESIDENTES EN LA COMUNA DE RANCAGUA.

**ANDREA VALENZUELA S.<sup>1</sup>, HEIDY LEIVA H.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Becado de Pediatría, Universidad de Santiago de Chile. HRLBO.

<sup>2</sup>Pediatra Universidad de Chile, Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Regional Rancagua

### OBJETIVO:

Definir la edad de inicio del uso de antibióticos en una cohorte de niños nacidos en la Maternidad del Hospital Regional de Rancagua (HRR) y residentes en la comuna de Rancagua.

### MÉTODO:

Se constituyó la cohorte de niños nacidos entre 30/07/2011 al 27/08/2011. Se efectúa revisión electrónica de sus fichas clínicas de Centros de Salud Familiar y las consultas en Urgencia de HRR durante los primeros 6 meses de vida. Las variables estudiadas fueron: edad gestacional, peso al nacer, hospitalización en neonatología, diagnósticos al egreso hospitalario, número de hijo, patologías maternas, asistencia a los primeros 3 controles sanos, vacunas, consultas espontáneas de morbilidad y diagnósticos, uso de antibióticos, edad en que se indica por primera vez antibiótico, estado nutricional a 3 meses, edad de la madre, estado civil, y atenciones de urgencia. Los datos fueron ingresados en una base de datos que es analizada con programa PASW.

### RESUMEN:

El uso de antibióticos es una práctica frecuente de encontrar en la consulta pediátrica de los distintos niveles de atención de salud. El inicio de dichos esquemas se ha transformado en una conducta generalizada y que es posible observar en etapas tempranas de la vida, pero existen fundamentos basados en experiencias clínicas que llevan a cuestionar la indicación y reformular las conductas, postergando el inicio de la antibioticoterapia.

### RESULTADOS:

De la población estudiada (114 lactantes) el 34% recibió antibióticos antes de los 6 meses de vida con la siguiente distribución: 13,2% durante la hospitalización en el período neonatal, 0,9% (n=1) en una consulta de urgencia de HRR y en el 19% de los casos la indicación fue hecha en los CESFAM. El 54,5% de los niños que recibieron AB en APS son pacientes de CESFAM N°6, el riesgo relativo es de 2,56(1,25–5,23) p=0,006 estadísticamente significativa. Es interesante mencionar que los lactantes inscritos en los CESFAM N° 1 y 5 no tuvieron su primer contacto con AB en la APS. Las enfermedades respiratorias son el principal diagnóstico y la amoxicilina es el AB más usado. No encontramos factores asociados a la indicación salvo la pertenencia a un CESFAM de un sector de mayor vulnerabilidad social.

### CONCLUSIÓN:

El uso inadecuado de antibióticos provoca riesgos para la salud de los pacientes y eleva los costos de la atención de salud. Las patologías por las que se indicaron antibióticos fueron similares en los casos estudiados por lo que es necesario revisar con los médicos de APS la pertinencia de la indicación de estos fármacos en forma concentrada en un centro de salud.

## EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPOS EXTRAÑOS: EXPERIENCIA PEDIÁTRICA EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA.

**ANDREA VALENZUELA S.<sup>1</sup>, EDUARDO MUÑOZ M.<sup>2</sup>, HEIDY LEIVA H.<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Becada Pediatría Universidad Santiago de Chile, HRLBO

<sup>2</sup>Gastroenterólogo Infantil HRLBO.

<sup>3</sup>Pediatra Universidad de Chile, Jefe servicio Pediatría Hospital Regional Rancagua.

### OBJETIVO:

Caracterizar las ingestas de cuerpos extraños intervenidos con endoscopia digestiva alta (EDA) en el Hospital Regional Rancagua (HRR).

### MÉTODO:

Revisión fichas clínicas en el periodo entre octubre 2013 a febrero 2016. Se tabula: edad, sexo, localidad de origen, comorbilidad, lugar de ingesta, tiempo de ingesta, tiempo desde ingesta a ingreso hospitalario, radiografías realizadas, tipo de objeto, síntomas asociados y al ingreso hospitalario, ubicación, hallazgos clínicos, intentos de extracción, material utilizado e incidentes. El análisis de datos se realiza con el programa SPSS.

### RESUMEN:



La ingesta de cuerpos extraños (CE) durante la infancia es un problema muy frecuente, siendo la segunda causa de endoscopia urgente en pediatría, después de la hemorragia digestiva. La ingesta es accidental en la mayoría de los casos y principalmente es impulsado por la curiosidad y querer reconocer objetos por los niños.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyen 20 pacientes, 13 masculino (65%) y 7 femenino (35%). Promedio de edad 3 años 8 meses en hombres y 2 años 5 meses en mujeres. El 95% de los niños eran sanos, no se registran comorbilidad neurológica ni psiquiátrica. Los tipos de cuerpo extraño fueron: 15 monedas (75%), 2 pilas de botón (10%), 1 broche metálico de cortaúñas, 1 medalla y 1 tornillo metálico. El 100% de los casos fue accidental y en sus hogares. Un 25% fue ingesta asintomática, 25% presentan tos, 25% vómitos, 15% evento asfíctico y 10% sialorrea. Al ingreso hospitalario el 95% se encontraba asintomático y sólo 1 paciente (5%) refiere tos de dos semanas de evolución. El 85% de los cuerpos extraños se extraen desde tercio superior de esófago, 5% desde fondo gástrico y el 10% restante no se encuentra. EL tiempo desde ingreso hasta EDA fue de 5 horas sin diferencias significativas entre grupo rural vs urbano.

#### **DISCUSIÓN:**

La ingesta de cuerpos extraños durante la infancia continúa siendo un problema de salud prevalente, reportando en nuestro estudio pacientes comprendidos entre 1 a 6 años, similar a lo descrito en la literatura. Un hecho a destacar es que un 25% de nuestros pacientes son asintomáticos y en estudios refieren hasta un 50%, por lo tanto, la sospecha clínica y la anamnesis con los padres es fundamental. Los dos casos complicados fueron por pilas de botón. La incidencia reportada de su ingesta ha aumentado por el creciente uso de dispositivos electrónicos, la literatura sugiere si el CE es una pila de botón y se ubica en el esófago se debe retirar antes de 2 horas.

#### **CONCLUSIÓN:**

La ingesta de cuerpos extraños es una causa prevenible de accidentes en la edad pediátrica que debe ser manejado desde los primeros controles sanos con el fin de lograr conciencia y sensibilización por parte de los padres.

### **USO DE CPAP BURBUJA PRECOZ EN INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA: EXPERIENCIA EN SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA.**

**ANDREA VALENZUELA S.<sup>1</sup>, PILAR BARRÍA N.<sup>2</sup>, MARCOS GONZALEZ M.<sup>3</sup>, HEIDY LEIVA H.<sup>4</sup> DANIELA CABRERA V.<sup>5</sup>, PAULINA NAVARRETE A.<sup>5</sup>, NICOLÁS MATELUNA F., MARÍA A. MONTOYA A.<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup>Becado de Pediatría, Universidad de Santiago de Chile. HRLBO

<sup>2</sup>Becado de Pediatría, Universidad Diego Portales. HRLBO

<sup>3</sup>Pediatra Intensivista, Jefe de Unidad Cuidados Intensivos. HRLBO

<sup>4</sup>Pediatra Salubrista, Jefe de Servicio de Pediatría. HRLBO

<sup>5</sup>Kinesiólogo(a) Servicio de Pediatría. HRLBO

#### **INTRODUCCIÓN:**

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son la principal causa de consulta pediátrica y constituye un problema de salud pública. La aplicación temprana y oportuna de CPAP precoz en IRAs ha demostrado ser un método eficaz y seguro, acorta los días de hospitalización y evita complicaciones asociadas a la ventilación mecánica convencional.

#### **OBJETIVO:**

Determinar eficacia y seguridad del CPAP burbuja (CPAPb) utilizado precozmente en sala de pediatría en lactantes menores de 2 años con IRAs.

#### **MÉTODO:**

Estudio de descriptivo, prospectivo y de asociación durante el periodo 28/06/2016 y 28/07/2016. En base a criterios de inclusión y exclusión ingresan a protocolo de CPAPb y se estudian siguientes variables: frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de O<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, FIO<sub>2</sub>, Score de tal, PaFi, SaFi, días de: O<sub>2</sub>, CPAPb, hospitalización y complicaciones. Análisis estadístico mediante SPSS.

#### **RESULTADOS:**

Se ingresaron 29 pacientes, 19(65,5%) conforman el grupo exitoso (No requirió ingreso a UTI) y 10 pacientes (34,5%) grupo fracaso (necesitó ingresar a UTI). La edad promedio fue 165,89 días. El análisis de edad por separado se obtiene el grupo exitoso 86,78 días y en el fracaso

308,3 días ( $p=0.001$ ). Los diagnósticos de ingreso: bronquiolitis 41,4% ( $n=12$ ) y neumonía 58,6% ( $n=17$ ). De los pacientes con bronquiolitis el 91,7% ( $n=11$ ) iniciaron CPAPb con respuesta favorable y el 3,4% ( $n=1$ ) fracasó. En el grupo con neumonía el 42,1% ( $n=8$ ) respuesta exitosa y 52,9% ( $n=9$ ) fracasó ( $p=0,016$ ). Analizando score de tal de los 29 pacientes la media al ingreso fue 7,45 y a las 2,5 horas de protocolo 5,07. En grupo exitoso la disminución del score fue significativa ( $p=0,03$ ) de 7,2 a 4,32. PCO<sub>2</sub> de ingreso y a las 2,5 horas en grupo exitoso obtuvo una media 51,4 y 39,7 y en grupo fracaso 43,9 y 34, siendo la disminución significativa sólo en grupo exitoso ( $p=0,024$ ). Se comparó PaFi a las 2,5 hrs. de CPAP en ambos grupos, media en grupo exitoso 276 y en grupo fracaso 181 ( $p=0,08$ ). Analizando grupo fracaso y las variables de traslado no se encontró una característica diferente al inicio del protocolo. Días de O<sub>2</sub> 4,1 en grupo exitoso y 8,8 en grupo fracaso ( $p=0,000$ ). Los días de CPAP, grupo exitoso 2,85 y grupo fracaso de 4,4 ( $p=0,048$ ). Los días de hospitalización en grupo exitoso la media fue 5,7 y en grupo fracaso 11,4 días ( $p=0,000$ ). No hubo complicaciones ni necesidad de intubación.

#### **CONCLUSIÓN:**

El estudio sugiere que el uso de CPAPb en pediatría es un tratamiento factible de realizar, seguro y eficaz; disminuyendo traslados a UTI y evitando el uso de ventilación mecánica invasiva.

### **BASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE SALUD (NANEAS)**

SYLVIA POBLETE C.<sup>1</sup>, HEYDI LEIVA H.<sup>2</sup>, NICOLLE VALENZUELA A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

<sup>2</sup>Pediatra, Jefe Servicio de Pediatría HRLBO

<sup>3</sup>Becada Pediatría USACH.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Chile ha presentado cambios importantes en los indicadores biodemográficos en las últimas décadas. La mortalidad infantil es comparable a la de países desarrollados y esta mayor sobrevivencia ha aumentado el número y complejidad de pacientes con enfermedades crónicas o con secuelas, lo que significa que la demanda de atención de salud cambia y exige una adecuación de la oferta del sistema de salud. La población a atender es definida todo niño ó adolescente que tiene o está en riesgo de presentar un enfermedad crónica de tipo físico, del desarrollo, conductual o emocional, y por tanto requiere atención de salud especial y en mayor cantidad. A nivel nacional no se conoce la prevalencia ni las características específicas de este grupo de pacientes.

#### **PROPÓSITO:**

Dimensionar el tamaño de la población de NANEAS de la Sexta Región beneficiarios del SdeS O'Higgins

#### **OBJETIVOS:**

Conocer la prevalencia de enfermedades que demandan atención especial de salud. Conocer las características clínicas, epidemiológicas y complejidad de estos pacientes. Aproximar las necesidades de atención de salud en calidad y frecuencia

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo y de asociación de pacientes crónicos consultantes en Policlínico Especialidades Infantiles HRR, años 2014 al 2016. Condición de NANEAS según criterios del Comité de NANEAS de la SOCHIPE. Análisis de datos mediante PASW 18 con variables: Diagnóstico (CIE-10), Edad, Sexo, Especialidad, Tipo de consulta (Nueva o repetida), Comuna de Residencia, tipo de comuna.

#### **RESULTADOS:**

Población de consultas analizada: 58.845, años 2014-2016. El 10,8% (6.327) corresponden a NANEAS (648 pacientes). El 56,3% varones (sin significancia estadística con población consultante no NANEAS). Edad promedio 4,42 años en NANEAS y 6,63 años no NANEAS ( $p<0,0001$ ). Especialidades más consultadas de NANEAS: Genética (26%), Fisiatría (21,6%), Endocrinología Infantil (10,9%), Hematología (9,9%), Neurología Infantil (9,2%). Policlínicos de prematuros extremos (2.844 consultas), Síndrome de Down (264 consultas) y ventilados crónicos en domicilio atienden a NANEAS en forma exclusiva. Consignaron comuna de residencia 16.047 consultas. El 51,8% de los NANEAS viven en comunas rurales, lo que no es diferente del resto de los pacientes, confirmando el predominio de ruralidad en nuestra región.





## CONCLUSIONES:

La prevalencia de NANEAS se puede aproximar con la población consultante en el Policlínico Especialidades del H. Regional Rancagua y población menor de 15 años estimada al 2016. La prevalencia, así calculada, es de NANEAS 3,2 por mil habitantes menores de 15 años. Tienen edad menor que los consultantes sin esta condición y provienen de comunas rurales en su mayoría, consistente con la característica regional. Esto implica considerar la dificultad en el acceso a la atención de salud al implementar el Policlínico de Atención de estos pacientes crónicos.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CASO CLÍNICO

**JAVIER VILLABLANCA M.**<sup>1</sup> **GABRIELA GUZMÁN F.**<sup>2</sup> **FERNANDA MORALES H.**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Hospital San Cruz,

<sup>2</sup>Médico Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

<sup>3</sup>Kloga. Hospital Santa Cruz

## RESUMEN

Definición de EK: Es una patología sin etiología demostrable hasta ahora, caracterizada por compromiso de arterias de mediano calibre con inflamación de la íntima y perivascular y sus principales alteraciones son arteritis coronaria, miocarditis, pericarditis, meningitis aséptica, inflamación de distintos órganos. La mayoría de los casos reportados son en niños de 1 año a 8 años. Sin embargo, existen casos en lactantes menores de 1 año, y con menor frecuencia en menores de 6 meses. En este grupo etario debe destacarse que su presentación es atípica o incompleta, resaltando que habitualmente cursan con mayor gravedad, mayor frecuencia de aneurismas coronarios y a menor tiempo de evolución.

## OBJETIVO:

Reportar enfermedad de Kawasaki en lactante menor de 4 meses de vida, con presentación atípica y presencia de complicaciones cardiovasculares precoces. **Caso clínico:** paciente de 4 meses, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos previos relevantes, que presenta al ingreso cuadro febril de 4 días de evolución, inyección conjuntival no infecciosa con hipertrofia folicular, lengua aframbuesada y exantema polimorfo de tronco y extremidades inferiores, irritabilidad marcada. En exámenes de laboratorio destaca elevación de PCR (80mgr/L) y VHS (60mm/hr), sin trombocitosis.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Paciente de 4 meses con síndrome febril cinco días de evolución, con hallazgos sugerentes de EK, con presentación atípica o incompleta. Se efectúa estudio prospectivo, donde se confirma hipótesis diagnóstica.

## CONCLUSIÓN:

Se plantea EK de lactante menor, con presentación incompleta (atípica), al quinto día de evolución se traslada a hospital de mayor complejidad donde se realiza Eco 2D con resultado de aneurismas en ambas arterias coronarias y trombos en una de ellas.

**Discusión:** En este caso clínico reportado nos interesa destacar la importancia de sospecha diagnóstica de EK en lactantes menores con presentación incompleta (atípica) por su mayor probabilidad de complicaciones cardiovasculares precoces y graves (aneurismas y trombosis coronarias)

## TERAPIA COMBINADA DE LABAS Y WEANING RESPIRATORIO EN PACIENTE CON DISPLASIA BRONCO PULMONAR CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO.

**JAVIER VILLABLANCA M.**<sup>1</sup>, **MICHAEL GUTIÉRREZ V.**<sup>2</sup> **VICTOR LAGOS R.**

<sup>1</sup>Médico, <sup>2</sup>Enfermero, <sup>3</sup>Kinesiólogo, Hospital de Santa Cruz<sup>3</sup>

## RESUMEN:

La displasia broncopulmonar (DPB) es la secuela más prevalente del recién nacido pretérmino, y una de las que más condiciona su pronóstico. Se asocia a una estancia hospitalaria más prolongada, mayor incidencia de problemas respiratorios y cardiovasculares en los dos primeros años de vida, y retraso del neurodesarrollo y del crecimiento. Los niños con DPB pueden mantener alteraciones en la función pulmonar durante la adolescencia y al alcanzar la edad adulta.

## OBJETIVO:

Reportar el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de DBP, dependiente de Ventilación Mecánica invasiva (VMI) hospitalaria de larga estadía que responde satisfactoriamente a terapia combinada inhalatoria, weaning ventilatorio.

**CASO CLÍNICO:**

Menor en edad escolar, antecedentes RN pre término, 28 semanas, membrana hialina severa, asfixia perinatal, DPB. Requiriendo rehabilitación pulmonar en centro de Larga Estadía especializado. En este centro inicia rehabilitación intentando weaning respiratorio, no siendo posible por exacerbaciones de enfermedades respiratorias. Durante los años evoluciona con mayores presiones ventilatorias, aumento del aporte de oxígeno y broncodilatadores. Se inicia entrenamiento para lograr destete de traqueostomía con varias terapias quedando solo con ventilación BIPAP nocturno por traqueostomía y en siestas con presiones PIM 15 y PEEP 8. Se deriva a Hospital Santa Cruz para continuar manejo e incorporación a Programa Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) luego de 8 años en Centro de Rehabilitación pulmonar. En este establecimiento se inicia tratamiento LABAS, antialérgicos y antileucotrienos, más weaning ventilatorio, que favorecen mejoría y condición del menor. En estas condiciones se propone la decanulación, la cual es bien tolerada, manteniendo aire por naricera para efecto PEEP, con buena respuesta gasométrica y ventilatoria. Se suspende ingreso a programa AVI. Se procede al egreso del paciente sin requerimientos de oxígeno adicional con tratamiento crónico, en proceso de cicatrización de traqueostomía.

**CONCLUSIÓN:**

El descenso graduado de los parámetros ventilatorios apoyado gasométricamente más el uso LABAS y la disminución de exacerbación en infecciones respiratorias permitieron el alta hospitalaria y evitó el ingreso a programa AVI de un paciente crónico que requería Ventilación Mecánica invasiva domiciliaria.

