



**SUPLEMENTO**

**REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA  
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Publicación Oficial de la  
**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA  
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**Suplemento – Diciembre 2006**



## **SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

### **DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PERIODO 2005-2007**

DRA. ISABEL LOPEZ SAFFIE  
Presidenta

DRA. MARCELA LARRAGUIBEL QUIROZ  
Vice-Presidenta

DRA. MARITZA CARVAJAL GAME  
Secretaria General

DRA. CECILIA RUIZ COGGIOLA  
Tesorera

#### **Directores**

DR. ANDRES BARRIOS REYES  
DRA. XIMENA CARRASCO CHAPARRO  
DRA. CARMEN QUIJADA GARRIDO  
DRA. BEGOÑA SAGASTI ALVAREZ  
DR. JUAN SALINAS VELIZ

DRA. VIRGINIA BOEHME KRIZWAN  
**Past-President**

#### **GRUPOS DE ESTUDIO**

Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo  
**Presidenta**  
Flga. Marcia Cabezas G.

Grupo de Estudios Psicopatológicos  
**Coordinador**  
Dr. Juan Enrique Sepúlveda

Grupo de Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia  
**Presidenta**  
Dra. Claudia Castiglioni

# REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DRA. FREYA FERNANDEZ K.

**Directora Revista**

Práctica Privada

DR. RICARDO GARCIA S.

**Director Asociado Psiquiatría**

Universidad de Chile

DRA. ISABEL LOPEZ S.

**Directora Asociada Neurología**

Clínica Las Condes

DRA. M. ANGELES AVARIA B.

**Asesora Resúmenes en Inglés (Neurología)**

Hospital Roberto del Río

DRA. VIVIANA HERSCOVIC

**Asesora Resúmenes en Inglés (Psiquiatría)**

Clínica Psiquiátrica Universitaria

## Comité Editorial

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Claudia Amarales O.	Hosp. Regional Punta Arenas
Dr. Cristian Amézquita G.	Práctica Privada, Concepción
Dra. María Eliana Birke L.	Hospital Militar de Antofagasta
Dra. Verónica Burón K.	Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago
Dr. Manuel Campos P.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dra. Marta Colombo C.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dra. Perla David G.	Clínica Dávila, Santiago
Dra. Flora De La Barra M.	Universidad de Chile, Santiago
Figo. Marcelo Díaz M.	Hospital Sótero del Río, Santiago
Dra. Alicia Espinoza A.	Hospital Félix Bulnes, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Pedro Menéndez G.	Hospital San Juan de Dios, Santiago
Dr. Tomás Mesa L.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago USACH, Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dr. Fernando Pinto L.	Hospital Coyhaique
Dra. Begoña Sagasti A.	Instituto Neuropsiquiatría IPSI, Viña del Mar
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	PhD. Universidad de Chile, Santiago
Dra. Ledia Troncoso A.	Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago
Dr. Mario Valdivia P.	Hospital Regional de Concepción
Dr. Julio Volenski B.	Hospital de Iquique

## Comité Editorial Internacional

### Neurología

Dr. Jaime Campos	Hosp. Clínico de San Carlos, Madrid, España
Dra. Patricia Campos	Universidad Cayetano Heredia, Perú
Dra. Lilian Czornyj	Hospital de Niños Garrahan, Argentina
Dr. Philip Evrard	Clinique Saint-Joseph, Francia
Dr. Agustin Leguido	Universidad de Philadelphia, Estados Unidos
Dr. Jorge Malagón	Academia Mexicana de Neurología, México
Dr. Joaquín Peña	Hosp. Clínico La Trinidad, Venezuela

### Psiquiatría

Dra. Susan Bradley	Universidad de Toronto, Canadá
Dr. Pablo Davanzo	Univ. de California UCLA, Estados Unidos
Dr. Gonzalo Morandé	Hospital Niño Jesús, España
Dr. Francisco de la Peña	Univ. Nacional Autónoma de México
Dr. Daniel Pilowsky	Universidad de Columbia, Estados Unidos

## INFORMACION GENERAL

---

### **Origen y Gestión**

La Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, es el órgano oficial de expresión científica de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un director de la Revista, un director asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, más un comité editorial quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

### **Misión y Objetivos**

La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubran las áreas de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y otros temas afines: Pediatría, Neurocirugía Infantil, Psicología y Educación de modo de favorecer la integración de miradas y el trabajo interdisciplinario.

Se considera además la relación de éstas especialidades con la ética, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos.

Las modalidades de presentación del material son: Trabajos de investigación, casos clínicos, revisiones de temas enfocados a la medicina basada en la evidencia, comentarios sobre artículos de revistas y libros, cartas, contribuciones y noticias.

### **Público**

Médicos especialistas, Psiquiatras y Neurólogos de Niños y Adolescentes, otros especialistas médicos, profesionales de salud afines, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre el material contenido en la revista.

### **Modalidad editorial**

Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (peer review) que cumplan con las instrucciones a los autores, señalados al final de cada número.

### **Resúmenes e Indexación**

La revista está indexada con Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. <http://www.bireme.org/abd/E/chomepage.htm>.) Índice bibliográfico Médico Chileno. Sitio WEB Ministerio de Salud.

Acceso libre a artículos completos en línea [www.sopnia.cl](http://www.sopnia.cl)

### **Abreviatura**

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. ISSN 0718-3798

### **Diseño**

Juan Silva: [jusilva2@gmail.com](mailto:jusilva2@gmail.com). Fono 635 2053.

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dra. Freya Fernández Kaempffer, Directora Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2ndo. Piso, Fonos: 632.9719 / 632.0884. Fax 632.0884. e.mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl)  
Pag. Web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com) Santiago, Chile.

## SUPLEMENTO

# REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

---

DICIEMBRE 2006

### CONTENIDO

EDITORIAL	6
RESUMENES CONGRESO 2006 – NEUROLOGIA	7
Presentaciones Poster	7
Comunicaciones Orales	50
RESUMENES CONGRESO 2006 – PSIQUIATRIA	53
Presentaciones Poster	53
Comunicaciones Orales	76
INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA	79
REUNIONES Y CONGRESOS	83
GRUPOS DE DESARROLLO	84
NOTICIAS	84
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	85

## Editorial

---

Los organizadores del XXIV Congreso de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia hemos querido dedicar los principales esfuerzos a debatir las ideas y aprender las experiencias que hoy existen en torno a la Psicopatología compleja, de tal forma de facilitar los diagnósticos y los tratamientos que en el quehacer cotidiano tenemos que atender. Pensamos que estos temas son los que invisten una mayor actualidad por su incidencia en los pacientes y por los hallazgos científicos y médicos en torno a ellos.

Consecuentes con nuestra inquietud, hemos conseguido el apoyo de algunos de los más destacados investigadores a nivel mundial, para que participen en nuestro Congreso, junto con destacados profesionales chilenos, esperando que todos ellos nos trasmitan en plenitud sus experiencias y nos entreguen sus sugerencias, de forma que, podamos adquirir mayores conocimientos y mejorar siempre nuestras capacidades individuales que nos permitan atender, con mayor eficacia, a nuestros pacientes, menores y adolescentes, ayudándoles a superar su patología de base.

Junto con las sesiones del Congreso, queremos entregarles por escrito en este Suplemento los trabajos desarrollados durante los tres días pasados en la ciudad de Viña del Mar, para que las enseñanzas aportadas por

nuestros expositores y las interrogantes solucionadas, queden registradas y disponibles para una segunda o quizás varias lecturas posteriores, ya sea en los momentos en que aparezcan nuevas inquietudes o cuando la tranquilidad nos permita profundizar más en los temas que presenten mayores intereses, junto a los naturales deseos de superación profesional.

En las páginas que siguen encontrarán los temas que fueron presentados durante el Congreso, en sus versiones originales, por lo que agradecemos a todos nuestros invitados su contribución e instamos a los asistentes a que recuerden estas ponencias junto con retener en la memoria los agradables momentos de camaradería vividos durante el desarrollo del XXIV Congreso de nuestras especialidades.

A ustedes lectores y colegas, con todo nuestro afecto y cordialidad, les dedicamos los esfuerzos que desplegamos para organizar y llevar a buen término el Congreso, que al transcurrir el tiempo y mirar en retrospectiva los registros plasmados en este texto, rememoren la reunión de Viña del Mar con agrado, que sus presentaciones resulten de utilidad para cada uno y sobretodo, que mantengan un cálido recuerdo de las vivencias experimentadas.

**Dra. Begoña Sagasti A.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Psiquiatra Infantil, Presidenta XXIV Congreso Anual-SOPNIA

## Resúmenes Congreso 2006

### TRABAJOS DE NEUROLOGIA

#### PN-1

#### ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN LA INFANCIA. ESTUDIO DE 15 CASOS EN LOS ANGELES

Wicki, Alvaro

CDT Los Angeles, Servicio de Salud, Bio Bio, Chile.

**Introducción:** En pediatría el Accidente Vascular Cerebral (ACV) todavía se percibe como un problema raro, aunque en los últimos años su frecuencia a aumentado de manera significativa y su incidencia rivalice con los tumores del SNC.

**Objetivo:** Identificar las alteraciones asociadas al AVC en la infancia en los pacientes del Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) de Los Angeles.

**Pacientes y Método:** Se revisan las historias de 15 pacientes con diagnóstico de AVC en control en Neurología Infantil del CDT de Los Angeles que cumplen con la definición de déficit focal de más de 24 hrs. de evolución con evidencia de infarto cerebral en TAC o Resonancia Magnética. Al ser un estudio retrospectivo no se siguieron protocolos preestablecidos.

**Resultados:** De los 15 pacientes 10 son hombres y 5 mujeres, edad media al momento del AVC 22 meses, rango de 1 día a 12 años, distribuidos en 6 pacientes (40%) menores de 1 mes, 4 (26%) entre 1 mes y 2 años y 5 (33%) mayores de 2 años. En todos afectó territorio carotideo (8 hemisferio derecho, 4 izquierdo y 3 bilaterales), 12 (80%) isquémico y 3 (20%) hemorrágico, manifestándose por crisis convulsivas en 8 pacientes (53%) (4 focales, 4 CTCG), hemiparesia y crisis en 3 (20%) y hemiparesia aislada 4 (26%). Se identificó etiología en 11 casos (73%) destacando 3 Moya Moya, 2 cardiopatías congénitas, 1 enfermedad Mitocondrial, 1 Sturge Weber, 1 con ruptura de cordón umbilical, 1 MAV, 1 sepsis y 1 aneuris-

ma, quedando 4 (26%) como idiopáticos. Los exámenes complementarios incluyeron TAC al 100% de los casos, EEG en 9, RM en 8, Angiografía en 5, estudio protrombótico (Proteína C y S, Factor V) en 4, ecocardiografía en 3. El tratamiento se orientó a medidas de soporte en todos los casos, anticonvulsivantes en 10 (66%) y anticoagulantes en 2 (13%).

**Discusión:** El AVC en la edad pediátrica es de gran trascendencia, sin embargo no se le ha prestado la necesaria atención en comparación al adulto. La gran diversidad de causas explican, por una parte su mayor complejidad en el diagnóstico etiológico y por otra, la ausencia de protocolos de tratamiento tanto para la fase aguda como de prevención secundaria.

#### PN-2

#### ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NEONATAL: ANALISIS DE 20 CASOS CLINICOS

Rojas, Ilsen; Hernández, Marta; Mesa, Tomás; Escobar, Raúl

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Pont. Universidad Católica, Santiago, Chile.  
e.mail: girojas@puc.cl.

La enfermedad tromboembólica neonatal comprende infarto, trombosis y hemorragias cerebrales. La incidencia en recién nacidos de término es de 25x100.000 (1 x 4000.) Las causas son múltiples, pero una gran cantidad corresponde a encefalopatía hipóxica. La sintomatología difiere de los adultos y niños mayores. Las convulsiones son muy frecuentes y hay ausencia de signos neurológicos focales.

**Pacientes y método:** Revisión retrospectiva de recién nacidos de término egresados del Servicio de neonatología del Hospital Clínico UC entre los años 2000-2005.

**Resultados:** Se detectan 20 recién nacidos con enfermedad cerebrovascular; La sintomatología inicial en todos los casos fueron convulsiones en las primeras 72 horas de vida.

Los factores de riesgo fueron: Encefalopatía hipóxica 70%(14) infección sepsis o meningitis 20%(4), cardiopatías 10%(2) y ECMO 2(10%) pacientes. El tipo de AVE fue 60%(12) isquémicos; 35%(7) hemorrágicos y 5%(1) trombosis de senos venosos. En 8 pacientes se realizó estudio de trombofilias, siendo anormal en 3 de ellos. Todos los pacientes tienen neuroimágenes (TAC y o RNM); en 85%(17) hay presencia de 1 solo infarto y en 15%(3) infartos múltiples.

**Conclusiones:** La enfermedad cerebrovascular neonatal es frecuente en los recién nacidos de término siendo la causa principal hipoxia isquemia, seguida de infección y cardiopatías. Cabe destacar la presencia de trombofilia en el 37% de los pacientes estudiados.

### PN-3

#### ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA: EXPERIENCIA EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Troncoso, Mónica; Lara, Susana; Velásquez, Álvaro; Barrios, Andrés, Zuleta, Arturo.

Servicio Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriaran, Hospital de Rancagua, Instituto de Neurocirugía.

e.mail: medicos@neuroinf.cl

**Introducción:** La enfermedad de moya-moya es una rara entidad oclusiva cerebrovascular crónica, de carácter progresivo, con desarrollo anormal de una red de vasos.

**Objetivos:** Seguimiento de pacientes con diagnóstico angiográfico de enfermedad de moya-moya.

**Método:** revisión de los pacientes que consultaron por patología cerebrovascular entre 2001-2006, se analizó aquellos que cumplían criterios para enfermedad de Moya-moya, hallazgos clínicos-imagenológicos, angiográficos, protocolos quirúrgicos, estado neurológico actual.

**Resultados:** 5 pacientes 1 niña/4 niños, edad actual 4-17 años. Edad inicio promedio 5 años. Seguimiento 5 meses-5 años. Síntomas inicio: signos focales 2/5, convulsiones 2/5, cefalea 1/5. Todos presentaron recurrencia de síntomas focales en tiempo variable en período prequirúrgico. RNM infartos múltiples 4/5. Tratamiento: 2 se realizó Encéfalo-duro-arteriosinangiosis, en 2 trepanaciones múltiples

en 1 sólo seguimiento. Todos evolucionaron favorablemente con adecuada revascularización, sin recurrencia de síntomas excepto uno que presentó signos focales el primer año postoperatorio. El examen neurológico es normal en 3, uno con síndrome piramidal leve izquierdo, uno en 3° mes postoperatorio con retraso psicomotor y tetraparesia.

**Conclusiones:** en nuestra casuística es más frecuente el sexo masculino, con inicio de los síntomas antes de los 5 años en la mayoría, con infartos cerebrales en las imágenes al momento de la consulta. A pesar de la presencia de lesiones cerebrales la evolución postquirúrgica ha sido satisfactoria, evitando la progresión del deterioro neurológico. Se insiste en la sospecha del cuadro evitando demoras al tratamiento.

### PN-4

#### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y COLITIS ULCEROSA, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE.

Zamora, José; Pavez, Ruth; Troncoso, Mónica.

Unidad de Neurología Infantil Hospital San Pablo de Coquimbo, Serv. Neurol. Infantil Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

e.mail: caro2003.jose@mail.com

**Introducción:** La enfermedad tromboembólica es una complicación conocida de la colitis ulcerosa (CU), ocurre en el 1,3 al 6,4 % de los pacientes portadores de esta enfermedad inflamatoria intestinal; principalmente afecta arterias y venas periféricas, pélvicas, pulmonares; la trombosis senos venosos cerebral es una complicación rara pero severa. Anormalidades de factores de la coagulación se han encontrado asociadas. El tratamiento es controversial especialmente en la población pediátrica.

**Objetivo:** reportar un niño con ACV recurrente y CU.

Caso Clínico: Varón de 8a. Sano hasta los 4a en que inicia un cuadro diarreico prolongado, confirmándose CU, tratamiento exitoso con azatioprina, sulfadiazina, prednisona. Luego de 3m inicia cefalea, trastorno de la motilidad ocular, compromiso de conciencia y apneas, concomitante con reactivación de CU. Presenta estatus epiléptico ingreso a UCI. La neuro-



imagen reveló infarto hemorrágico frontoparietal izquierdo, planteándose trombosis venosa cerebral. Permanece asintomático y con inactividad de CU hasta los 7a, cuando inicia nuevo episodio: cefalea mantenida, compromiso progresivo de conciencia y hemiparesia izquierda, asociada a reactivación de CU, la RM mostró infarto capsuloganglionar y frontal derecho. La angioresonancia fue normal. Un completo estudio para trombofilia resultó normal. Se planteó uso de Heparina de bajo peso molecular.

**Comentario:** En estos casos la mayor controversia se plantea en el manejo anticoagulante agudo y crónico, el que podría ser beneficioso considerando estados de hipercoagulabilidad asociados.

#### **PN-5 PRESENTACION Y MANEJO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA ESPONTANEO DE ARTERIA CALCARINA**

Bravo, Eduardo; Badilla, Lautaro; Sordo, Juan Gabriel; Rivera, Rodrigo; Peldoza, Marcelo; Okuma, Cecilia

Servicio de Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica / Inst. de Neurocirugía Dr. Asenjo, Santiago, Chile.

e-mail: cecilia\_okuma@yahoo.com

Los aneurismas intracraneanos son infrecuentes en la infancia y más aún los pseudoaneurismas. Estos se relacionan con eventos traumáticos o infecciosos y son usualmente sintomáticos por ruptura (precoz o tardía) lo que condiciona elevada mortalidad. Se presenta el caso de un niño de 14 años, sano y sin antecedentes traumáticos ni infecciosos, ingresado por cefalea de 2 semanas de duración acompañada de náuseas, fotofobia y sin déficit neurológico. La tomografía computada de encéfalo demuestra una lesión ovoídea e hiperdensa en la cisterna cuadrigeminal izquierda con efecto de masa sobre el acueducto cerebral produciendo hidrocefalia no comunicante. La resonancia magnética y angioresonancia comprueban una lesión hemorrágica con una zona vascularizada. La angiografía por sustracción digital con estudio 3D rotacional demuestra un pseudoaneurisma de la arteria calcarina izquierda. Éste constituye el único caso en nuestra serie de 3000 aneuris-

mas diagnosticados en los últimos 9 años. Se realiza terapia endovascular microcateterizando la arteria aferente e inyectando Histoacryl® al 25%, lográndose la oclusión del vaso portador y del tercio proximal del pseudoaneurisma. Se comprueba flujo distal satisfactorio por anastómosis leptomenígeas. El paciente evoluciona bien, recuperando sus síntomas y sin presentar trastorno de campo visual.

#### **PN-6 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV) EN NIÑOS: HETEROGENEIDAD CLINICA, COMPLEJIDAD EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

Solari, Francesca; López, Isabel; Castiglioni, Claudia; Kleinstauber, Karin; Rodillo, Eliana. Unidad de Neurol. de Niños y Adolescentes, Clínica Las Condes (CLC), Santiago, Chile  
e.mail: solarifrancesca@yahoo.fr

**Introducción:** La ECV en niños difiere del adulto en incidencia (2-6/100.000/año), en clínica y etiopatogenia, relacionada a diferencias maduracionales en sistemas de coagulación y vascular propias del cerebro en desarrollo. Es causa de mortalidad y morbilidad crónica, y su detección y caracterización han ido en aumento.

**Objetivo:** Revisar la experiencia, diagnóstico y manejo de pacientes con ECV controlados en nuestra Unidad, del 2000 a 2006.

**Pacientes y Método:** Análisis retrospectivo de 23 pacientes con ECV en control.

**Resultados:** El grupo fue dividido según edad de ocurrencia de ECV en período pre o perinatal (G1) (14) o >1mes (G2) (9). En G1 el ECV isquémico (9) fue el más frecuente y en G2 correspondió a 5/9. En G1 hubo episodio clínico identificable en 8/14, siendo las convulsiones (7) la manifestación más frecuente y en G2, déficit motor(7). En 5 casos el evento agudo se presume prenatal. Tanto en ECV isquémicos(14) como los ECV hemorrágicos (8) la etiología y factores de riesgo fueron variados. Tratamiento:3 con anticoagulante, 6 fueron intervenidos y 4 con procedimiento endovascular en agudo, Seguimiento: Ocho niños asintomáticos, 5 correspondieron a ECV hemorrágicos. Sin recurrencias.

**PN-7****ESTUDIO ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR INFANTIL: ANÁLISIS DE 55 CASOS**

Hernández, Marta; Mesa, Tomás, Escobar, Raúl, Zúñiga, Pamela; Huete, Isidro.

Departamento de Pediatría, Sección Neurología Infantil y Hematología, Departamento de Radiología. Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile.

e-mail: mhernand@med.puc.cl

**Introducción:** La enfermedad cerebrovascular infantil (ECVI) es una patología emergente que tiene un 10% de mortalidad y 75% morbilidad neurológica. La incidencia es de 6 por 100.000 con una tasa de recurrencia de 20-35%.

**Pacientes y método:** Seguimiento prospectivo de pacientes con diagnóstico reciente de ECVI,

**Resultados:** Se diagnostican 55 niños con ECVI; 33 hombres, edad 1mes-16años mediana 33 meses. El tipo de AVE fue isquémico en 49/55 y hemorrágico en 6/55. La presentación fue compromiso de conciencia y convulsiones en la mayoría de los casos. Los signos focales se presentaron en 20%. En la evolución neurológica 23 pacientes tenían un puntaje de 1-2 en la escala de Rankin (independientes en actividades vida diaria), 26 tenían un puntaje de 3-5 y 6 tenían un puntaje de 6 (fallecidos). La recurrencia fue de 25%, la mortalidad 10%

**Conclusiones:** La ECVI es causa frecuente de mortalidad y morbilidad neurológica. A diferencia de los adultos, los signos focales son escasos predominando la signología difusa. La recurrencia es alta.

**PN-8****ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO POST VARICELA EN NIÑO DE 6 AÑOS**

León, Pamela; Salazar, Mauricio; Retamales, Alvaro; Venegas, Camila; Jorquera, Sergio; Redel, Iván; Rivera, Gianni; Díaz, Carlos; Soza, Guillermo.

Servicio Pediatría / Hospital Hernán Henríquez Aravena. Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

**Objetivo:** describir caso de accidente cerebrovascular isquémico en niño de seis años un mes después de infección por virus varicela.

**Método:** revisión de historia clínica.

Caso clínico: Paciente presenta episodio de varicela en diciembre de 2005. El 09 enero 2006 presenta cuadro de disartria y hemiparesia derecha. TAC sin contraste al momento del ingreso mostraba imagen hipodensa a nivel de cápsula externa izquierda. Se realizan exámenes generales que resultan normales; Lactato plasmático, aminoacidemia, aminoaciduria, proteína C reactiva: todos negativos, análisis LCR: normal, IgM para virus varicela zoster: negativo. IgG positiva. Exámenes inmunológicos: negativos. Ecocardiografía y evaluación cardiovascular: normal. Se buscó mutaciones del factor V de Leiden y del gen de la protrombina, ambos no detectados. Resonancia Nuclear Magnética con estudio Angiográfico demuestra lesión isquémica en etapa aguda en territorio perforante de cerebral media izquierda y/o coroidea anterior.

**Conclusiones:** Con este estudio se descartan las causas cardiovasculares de ACV isquémico, las trombofilias, los desórdenes inmunológicos, errores congénitos del metabolismo de expresión más tardía en la infancia. La hipótesis etiológica de ACV post varicela encuentra fundamento por la negatividad de los estudios realizados y por las evidencias encontradas en la literatura.

**PN-9****EVALUACION DE LA FUNCION TIROIDEA EN NIÑOS CHILENOS EN TRATAMIENTO ANTIEPILEPTICO.**

Méndez, Felipe; Avaria, María de los Ángeles; Kleinsteuber, Karin; Gaete, Ximena

Servicio de Neurología Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e-mail:fmendezk@gmail.com

Hace tiempo se conoce la relación entre anticonvulsivantes y hormonas tiroideas. Dicha relación no esta fisiopatológicamente aclarada ni estudiada en niños. No existen trabajos al respecto en nuestra población. Esta realidad nos motivó a evaluar la relación entre fármacos y niveles hormonales en niños epilépticos de nuestro hospital. Seleccionamos niños entre 5 y 17 años en tratamiento anticonvulsivante por al menos 3 meses con epilepsia idiopática y sin disfunción tiroidea y evaluamos su función tiroidea clínica y de laboratorio. Dadas las limitaciones que pusimos para el ingreso



al trabajo sólo obtuvimos 19 pacientes en los 4 meses que abarcó el estudio y de ellos se excluyeron 6 por distintas razones, lo que nos deja 13 pacientes que cumplieron con el protocolo. De estos pacientes se detectaron niveles hormonales alterados compatibles con hipotiroidismo en 2 lo que equivale a un 15 %, ambos en tratamiento con carbamazepina, no se registraron alteraciones clínicas sugerentes de hipotiroidismo. Se concluye que pese a no ser estadísticamente demostrable por tener un número de casos limitado el resultado es compatible con la idea de que el tratamiento con determinados anticonvulsivantes puede producir hipotiroidismo subclínico. Este hecho debe ser estudiado con mayor acuciosidad en el futuro.

#### **PN-10 COMORBILIDAD EN NIÑOS CON EPILEPSIA**

Jeldres, Eliana; Peralta, Santiago; Gómez, Verónica; Devilat, Marcelo

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil. Hospital L. Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

e.mail: elianajeldres@gmail.com

**Introducción:** Comorbilidad (CMB) se refiere a la ocurrencia concomitante de más de una patología en el mismo individuo. En las personas con Epilepsia otras patologías pueden anteceder, diagnosticarse con la Epilepsia o desarrollarse una vez hecho el diagnóstico de ésta.

**Objetivo:** Determinar la Comorbilidad en niños con Epilepsia controlados en el Centro, según la oportunidad de presentación y el tipo de Epilepsia

**Material y Método:** Se revisaron 198 historias clínicas, con un nivel de confianza de 92%, obtenidas aleatoriamente de la base datos. La edad de diagnóstico fue de 42 meses (mediana) (0-176 meses). La edad de inicio del tratamiento fue de 48 meses (mediana) (0-176 meses). Hubo 30(15.2%) niños con Epilepsia criptogénica, 105 (53.0%) con Epilepsia idiopática y 63 (31.8%) con Epilepsia sintomática. Ciento diez y siete (59.1%) niños tenían crisis generalizadas, 73(36.9%), crisis parciales y 8 (4,0%) crisis mixtas.

**Resultados:** Ciento cincuenta y seis (78.79%)

niños Presentaron al menos una CMB, 42 (21.21%) no la tuvieron. Previo al diagnóstico, 112 pacientes (56,6%) presentaron al menos una CMB y posterior a él, 120 niños (60,6%) presentaron al menos una CMB.

Los 63 pacientes sintomáticos exhibieron una o más CMB. De los 30 enfermos criptogénicos, 23 (76.76%) tuvieron una o más CMB y 7 (23.33%) no la presentaron. Entre los pacientes idiopáticos, 70 (66.66%) tuvieron una o más CMB y 35 (33.33%) estaban sin CMB. Las CMB más frecuentes fueron: Déficit atencional (SDA) en 38 (19,2%), Parálisis cerebral (PC) en 32 (16,2%), Retardo mental (RM) en 31 (15,6%), Retardo del desarrollo psicomotor (RDSM) en 29 (14,6%)

**Conclusiones:** Alrededor del 80% de los niños presentó al menos una CMB. Más de la mitad de los pacientes tenían CMB previo al diagnóstico de epilepsia. Todos los niños con epilepsia sintomática presentaron CMB. Las CMB más frecuentes fueron SDA, PC, RM y RDSM.

#### **PN-12 UTILIDAD DE LEVETIRACETAM EN STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO: REPORTE DE UN CASO.**

Rivera, Gianni; Retamales, Alvaro; Venegas, Camila; León, Pamela; Salazar, M.

Servicio de Pediatría / Hospital Hernán Henríquez Aravena Temuco. Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

**Introducción:** Status epiléptico refractario (SER) es una emergencia médica, con una mortalidad cercana al 20% en los casos sintomáticos<sup>(1)</sup>.

**Objetivo:** Dado su mal pronóstico, es importante el diagnóstico y tratamiento precoces para evitar la elevada mortalidad y secuelas graves.

**Caso clínico:** escolar de 10 años que ingresa al servicio de pediatría del Hospital Hernán Henríquez Aravena, derivado por un cuadro febril aparentemente de etiología respiratoria, asociado a convulsiones parciales secundariamente generalizadas, compromiso de conciencia y refractariedad a tratamiento anticonvulsivante habitual en SER. Se traslada a UCI, conectándose a ventilación mecánica durante 18 días. Exámenes efectuados: TAC de encé-

falo con edema cerebral y posteriormente normal, RNM cerebro normal, LCR sin evidencias de infección bacteriana, viral ni parasitaria. EEG inicialmente normal, luego descargas irritativas generalizadas y posteriormente en hemisféalo derecho, con disminución gradual de ellos. Clínicamente cursa febril, con hemiparesia derecha inicial, persistencia de crisis parciales a pesar de tratamiento. Se agrega tratamiento con Levetiracetam vía enteral con disminución de frecuencia de crisis y mejoría progresiva de sintomatología neurológica.

**Conclusiones:** La severidad del cuadro y sus secuelas neurológicas pudieron ser minimizadas en gran parte utilizando Levetiracetam en asociación a tratamiento anticonvulsivante previo.

Palabras clave: Status, epilepsia refractaria, levetiracetam.

### PN-13 EPILEPSIA Y ANORMALIDADES ELECTROENCEFALOGRAFICAS EN NIÑOS CON AUTISMO

Heresi, Carolina; Schlatter, Andrea; Faúndez, Juan Carlos; Adlerstein, León.

Unidad de Neurología, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: caroheresi@yahoo.com

**Introducción:** Estudios previos muestran que aproximadamente uno de cada tres pacientes con autismo desarrollará epilepsia durante su vida, siendo más frecuentes las crisis parciales, y la actividad epileptiforme de origen temporal.

**Objetivo:** determinar la frecuencia de epilepsia y anormalidades electroencefalográficas en niños con diagnóstico de autismo que se atienden en nuestro centro.

**Método:** se revisaron las fichas de los niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) atendidos en las unidades de Neurología y Salud Mental del Hospital Roberto del Río durante el año 2005 (mar-dic). Se registró presencia y tipo de crisis, y los hallazgos electroencefalográficos. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de Sd. Asperger, Sd. Rett y Esclerosis Tuberosa.

**Resultados:** De un total de 120 niños clasificados como TGD, 61 fueron diagnosticados como Trastorno Autista (DSM IV). Se realiza-

ron electroencefalogramas sólo en 38 de estos pacientes. Cinco pacientes fueron evaluados por crisis convulsivas, todos de sexo masculino. Dos pacientes (3,3%) tuvieron crisis febriles en la época de lactantes, sin epilepsia posterior, uno de ellos con EEG normal, y el otro con EEG epileptiforme multifocal, de predominio temporal. Tres pacientes (4,9%) tienen diagnóstico de epilepsia: un paciente con antecedente de Sd. West tratado a los ocho meses de edad, posteriormente con EEG seriados con actividad epileptiforme occipital; un paciente con crisis parciales complejas a los 11 años, con EEG con aumento ondas theta posteriores (inespecífico); y un paciente con crisis focales secundariamente generalizadas frecuentes desde los 6 años, tratado con tres antiepilépticos, con EEG actividad epileptiforme tèmpero-occipital derecha. Se realizaron electroencefalogramas a 33 de los 56 niños sin crisis, encontrando cuatro niños (12,1%) con actividad epileptiforme (multifocal), uno (3%) con lentitud difusa, y 28 niños (84,8%) con electroencefalogramas normales.

**Conclusión:** La frecuencia de epilepsia en los niños con autismo en nuestro centro (4,9%) es muy inferior a lo previamente descrito, pero sigue siendo superior a la prevalencia de la población general. No se observó claro predominio de actividad epileptiforme temporal. Entre los niños con autismo sin crisis hay mayor frecuencia de EEG con actividad epileptiforme (12,1%) que en la población general.

### PN-14 EPILEPSIAS CON CRISIS PARCIALES COMPLEJAS (ECPC). ESTUDIO DESCRIPTIVO EN 40 PACIENTES

Pérez, Andrea; Devilat, Marcelo; Burón, Verónica; Gómez, Verónica

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago. Chile.

**Introducción.** Las ECPC en los niños se presentan con variadas características clínicas y pronósticas y constituyen un campo de difícil diagnóstico.

**Objetivos.** Describir algunas características clínicas de pacientes con ECPC, que tuvieran al menos 30 meses de control.

**Material y métodos.** Del banco de datos, se



seleccionaron al azar simple a 100 niños con ECPC de los cuales 40, 22 niñas y 18 niños, cumplían con el requisito de poseer clínicamente ECPC, tener menos de 15 años y al menos 30 meses de control. Todos los enfermos tenían EEG, 39 tomografía axial computada (TAC), en 16 se realizó una resonancia nuclear magnética cerebral (RNM) y en 34 se practicó una psicometría. Se excluyeron pacientes con enfermedades cerebrales progresivas. Se definió como enfermo refractario, a aquellos con más de 1 crisis mensual en los últimos 6 meses y tratados con al menos dos antiepilépticos (AE).

**Resultados.** Hubo 18 (45%) pacientes con etiología sintomática, 12 (30%) criptogénica y 10 (25%) idiopática. Nueve (22,5%) niños tenían crisis parciales complejas y el resto las presentaba con generalización secundaria. Once (61%) pacientes sintomáticos tenían malformaciones cerebrales.

Treinta y dos (80%) niños tenían comorbilidad neurológica siendo las más frecuentes el retardo mental en 15 (46,8%) y los trastornos del desarrollo (SDA en 13 pacientes 40%).

De los pacientes con comorbilidad neurológica 18 (56,3%) eran sintomáticos, 8 (25%) criptogénicos y 6 (18,8%) idiopáticos.

Once (27,5%) pacientes presentaron durante su evolución al menos 1 estado epiléptico, de éstos 8 eran pacientes sintomáticos, 2 idiopáticos y 1 criptogénico.

Al término del control, 14 pacientes estaban de alta, 26 seguían con medicamentos por continuar con crisis y 6 eran resistentes (15%)

**Conclusiones.** Se observó una alta proporción de epilepsias sintomáticas, activas y resistentes y con frecuente comorbilidad neurológica y estados epilépticos durante la evolución.

#### PN-15

##### **EVOLUCION CLINICA DE 6 PACIENTES CON ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO**

Retamales, Natalia; Mesa, Tomás, Andrade, Lucila Hernández, Marta.

Departamento de Pediatría, Sección Neurología Infantil Neurología Infantil Hospital Clínico Universidad Católica (UC), Santiago, Chile.  
e-mail: nataliarmail@gmail.com

**Introducción:** El Estado Epiléptico Refractario (EER) se define como la presencia de

actividad epiléptica por más de 60 minutos a pesar de una terapia médica y antiepiléptica adecuada. Corresponde al 26% de los EE en niños con una mortalidad entre 4 a 16%.

**Objetivo:** Presentar las características clínicas, tratamiento y evolución de 6 pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico UC entre Marzo de 2004 y Marzo de 2006.

**Resultados:** Se presentan 6 pacientes, 5 hombres, con edades entre 18 días y 12 años. Los EER fueron clasificados como de causa remota en 3 de ellos, de causa aguda en 2 y crónica progresiva en 1 paciente. La duración del estatus fue de 20 horas a 60 días. Según el tipo de crisis se clasificaron 3 como Tónico-clónico generalizado, 1 mioclónico y 1 parcial simple. Todos los pacientes con EER tónico-clónico generalizado requirieron anestesia y monitoreo eléctrico continuo (MEC). La evolución de los pacientes con EER de causa remota y crónica progresiva fue desfavorable, falleciendo uno de ellos sin lograr control de crisis. Los pacientes con EER de etiología aguda se recuperaron sin secuelas continuando su escolaridad, con apoyo pedagógico en un caso. Todos se mantienen con tratamiento antiepiléptico asociado.

**Conclusiones:** El pronóstico del Estado epiléptico está dado por la etiología mas que por su duración y tipo de crisis.

#### PN-16

##### **COSTO DIRECTO MEDICO DEL SINDROME DE AUSENCIAS**

Figueroa, Juan Pablo; Jeldres, Eliana; Gómez, Verónica; Devilat, Marcelo.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago. Chile.  
e.mail: comfarpich@123mail.cl

**Objetivo.** Cuantificar los costos directos médicos y su estructura en la atención a niños con Ausencias

**Método.** Cincuenta niños, 17 varones y 33 mujeres, se seleccionaron por muestreo aleatorio sencillo de un total de 545 pacientes atendidos entre los años 1992-2005. De estos pacientes uno, tenía el diagnóstico de ausencias juveniles y el resto presentaban ausencias infantiles.

Los pacientes estuvieron bajo control en pro-

medio 2,6 años (0,1 a 9.9), con 130,8 años acumulados

**Resultados.** El valor total de las unidades de costos fueron: consulta neuropediatra \$16.820, consulta enfermera \$5,6; consulta psicóloga \$7,5; EEG \$712,9; TAC de cerebro \$622,8; RM de cerebro \$420,3; hemograma \$35,3; pruebas hepáticas \$99; niveles plasmáticos de AE \$58,3; AE \$19.036,2.

El costo directo médico total fue de \$37.818. El costo directo médico promedio por paciente fue de \$756 y el costo médico directo mensual por paciente fue de \$24.

**Conclusión:** El costo directo médico total de USD 24 por paciente está constituido en un 95% por la consulta profesional y los AE.

#### PN-17

##### PROTOKOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DEL SINDROME DE WEST. ESQUEMA TERAPEUTICO CON ACTH SINTÉTICO

Ríos Loreto; Díaz, Alejandra; Rojas Carla; Troncoso Ledia

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** El síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica severa del lactante, refractaria a anticonvulsivantes habituales. Desde hace 50 años se emplean diferentes formas de tratamiento con corticotropina (ACTH), con una amplia variedad de resultados.

**Objetivo:** Evaluar y dar a conocer protocolo de tratamiento con ACTH sintético en portadores de SW.

**Pacientes y método:** 35 pacientes con SW evaluados entre Enero 2002 y Julio 2006, estudiados según protocolo de pesquisa etiológica y tratamiento elaborado en nuestro Servicio. Se aplicó ACTH sintético (*Synacthen depot*) en 33/35, evaluándose en 30 pacientes.

**Resultados:** 20 pacientes (57%) correspondían a SW sintomático y 15 criptogénicos. La dosis total utilizada fue 0,3 mg/kg, fraccionado en 6 aplicaciones día por medio. 19 niños (63%) presentaron respuesta completa, 8 (27%) respuesta parcial. Duración promedio de terapia: 11 días (rango 10 - 18). Efectos adversos: 8/33 pacientes presentaron irritabilidad; 14/33 hipertensión arterial de fácil manejo.

**Conclusión:** El alto porcentaje de éxito (90%)

obtenido con el esquema propuesto (cura breve y días alternos), sin producir efectos adversos severos, hacen de este protocolo, una valiosa herramienta en el manejo del SW.

#### PN-18

##### HETEROTOPIAS PERIVENTRICULARES BILATERALES Y EPILEPSIA: PRESENTACION DE 7 CASOS CON EVOLUCION FAVORABLE:

Ríos, Loreto; Galleguillos, Christian; Parra, Patricia; Pizarro, Lorena; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

e-mail: galleguillos08@yahoo.com

**Introducción:** Las Heterotopias Periventriculares corresponden a un grupo de trastornos de migración neuronal frecuentemente descrito en mujeres, secundario en su gran mayoría a la mutación del gen de la filamina 1, mapeado en el Cromosoma Xq28, de alta letalidad en sexo masculino. Constituye la causa más común de malformaciones del desarrollo cortical asociada a epilepsia.

**Objetivo:** Dar a conocer evolución neurológica de los pacientes con Heterotopias periventriculares vistos entre año 2002 y 2006 en nuestro servicio.

**Método:** Revisión del historial clínico de 7 pacientes con diagnóstico de heterotopia periventricular hecho por RNM cerebral.

**Resultados:** Sexo: 5 hombres y 2 mujeres. Edad de diagnóstico: 10 meses - 18 años. Inicio crisis: 6 meses y 13 años. Actividad Electroencefalográfica: focal: 5 y multifocal: 1. Cuatro pacientes normalizaron su EEG durante su evolución con un tiempo libre de crisis en promedio de 19 meses, los mismos se encuentran libre de crisis en monoterapia. Evaluación de desarrollo: 4 pacientes presentan nivel cognitivo normal y tres retraso leve.

**Conclusión:** La buena evolución de estos casos esporádicos no familiares, predominantemente de sexo masculino, con nivel cognitivo relativamente conservado, hacen pensar que nuestra población pudiese tener una mutación diferente a las clásicamente descritas.

#### PN-19

##### POLIMORFISMO DE FOCALIZACION FRON-

### TAL DURANTE REGISTROS DE SUEÑO EN EPILEPSIA DE DIFÍCIL MANEJO. VARIABLES FISIOPATOLÓGICAS.

Menéndez, Pedro (1,2); Treviño, Daniela (3); Castillo, José Luis (2); Solari, Francesca (1); Venegas, Viviana (1).

(1) Servicio Neuropediatría Hospital San Juan de Dios. (2) Clínica Santa María. Stgo. (3) Serv. Neurología Pediátrica Hosp. Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

**Objetivo:** Aporte de estudios de sueño EEG en epilepsia frontal de difícil manejo y evolución circadiana, en 9 pacientes portadores de epilepsia de lóbulo frontal de difícil manejo. El registro de crisis polimorfas en etapas de ciclo sueño vigilia revela según literatura posibles modalidades neurofisiológicas. La dificultad de localizar focos epileptomorfos, su correlación con la clínica y neuroradiología se vería disminuida durante el sueño. En nueve pacientes entre 3.5-14 años, se estudian 5 video-monitoreos de larga duración y 24 estudios EEG de sueño prolongado

**Resultados:** Se registran 11 crisis frontales de distinta semiología, y se analizan las características de la actividad uni o multifocal respecto a la clínica con parámetros preictales, ictales e interictales. A la luz de estos resultados se analizan los complejos EEG, respecto a etapas de sueño NREM, REM y reacciones de despertar en cada paciente.

Las crisis evolucionan con polimorfismo en vigilia y sueño: ausencias, ausencias complejas, crisis motoras frontales, crisis astáticas, crisis de tipo área motora suplementaria.

**Discusión:** Se discuten los mecanismos fisiopatológicos de tal polimorfismo en la ubicación de focos, la velocidad de generalización, los complejos de espiga onda a 2-2.4 cps. (54.%) y el silencio electrográfico ictal (18%), según tipo de crisis y etapa conductual sueño-vigilia. Se discuten aspectos electrográficos encontrados: Positividad interictal estrictamente focal; lateralización frontal paradójica, pseudo multiplicidad de focos, tipos de propagación y bisincronismo secundario, concluyendo que su manejo es indispensable para la asignación de valor de focalización epileptogénica y/o lesional.

### PN-20 GUÍA PRACTICA CLINICA SINDROME DE WEST DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: RESULTADOS

González, Juan Enrique; Pacheco, María Isabel; Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; Escobari, Javier

Unidad de Neurología Serv. de Pediatría Hosp. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.

**Introducción:** El Síndrome de West (SW) es una epilepsia generalizada sintomática o criptogénica, de difícil manejo, ya que no responde a los fármacos antiepilépticos convencionales.

Se realizó una guía práctica clínica basada en la evidencia, para el manejo farmacológico del SW en nuestro servicio en Febrero 2004, que se aplica hasta ahora en pacientes que cumplen los criterios de inclusión, evaluándose la respuesta a este esquema.

**Objetivo:** Mostrar la experiencia de dos años de la aplicación de esta guía, evaluando la respuesta a su uso a corto plazo, los efectos adversos y la factibilidad de su aplicación.

**Material y Método:** Se aplicó esta guía a todos los pacientes con SW que recibieron el esquema de tratamiento. La guía, define ACTH cura de 1 mes como primera línea (1 semana diaria, 2ª semana trisemanal, 3-4ª semana 1 vez/semana), asociado a ácido valproico. A los 15 días si persiste Espasmos o Hipsarritmia se da una dosis diaria de ACTH se reevalúa el día 30 del inicio esquema. Vigabatrina como fármaco de 2º línea.

**Resultados:** Se trataron 13 pacientes con SW: 10 Sintomáticos, 3 Criptogénicos.

Edad inicio de crisis promedio fue 9 meses. El 100% recibió como primer esquema ACTH asociado a Valproico que fue bien tolerado. Cinco pacientes tuvieron irritabilidad, y 2 hipertensión que respondió a uso de diuréticos. Resolución inicial de espasmos fue rápida (1-15 días) y ocurrió en 9/13. La resolución inicial de Hipsarritmia ocurrió en 9/13 casos al 15º día. Hubo recaída en 4/9 pacientes. En 2/4 pacientes que recibieron Vigabatrina como esquema de 2ª línea se logró control de espasmos e Hipsarritmia.

**Discusión:** El esquema farmacológico con ACTH planteado como fármaco de primera línea para SW es factible de realizar, con una



buena tasa respuesta inicial, bien tolerado, con una tasa de recaídas que depende básicamente de la etiología del SW sintomático.

#### PN-21

##### **POLITERAPIA EN NIÑOS CON EPILEPSIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN 14 CASOS**

Reinbach, Katya; Devilat, Marcelo; Tirado, Karina; Gómez, Verónica; Contreras, Andrés.

Servicio de Neurología/ Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

e-mail: katyavrh@yahoo.com

**Objetivos:** Describir la evolución en niños con epilepsia tratados con politerapia.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron al azar simple 14 niños con epilepsia y politerapia ingresados a nuestro servicio desde 1996. Se analizaron retrospectivamente con promedio de seguimiento de 5,4 años.

**Resultados:** La edad de inicio de la epilepsia fue de 22 meses, no existe predominio de sexo. El tipo de crisis más frecuente fue tónico-clónica y mioclónica. El tipo de epilepsia fue sintomática en 12 casos y criptogénica en 2. Los pacientes inician FAE en promedio a los 25 meses de edad. Todos recayeron en promedio 3,4 meses después.

Se agregó un segundo FAE en promedio 18 meses después de iniciada la monoterapia. Recayeron todos en promedio a los 3 meses de iniciada la biterapia.

La triterapia se consideró en 6 pacientes en promedio 24 meses después del inicio de biterapia, recayendo todos en promedio 1 mes después. De ellos 3 fueron sometidos a dieta cetogénica (DCG), (con buena respuesta) uno a callosotomía, uno inició suspensión de FAE y otro abandonó controles.

De los 8 pacientes que no recibieron triterapia: en 6 se disminuyeron los FAE, uno fue sometido a DCG con buena respuesta y otro abandonó controles,

**Conclusiones:** La mayoría de nuestros pacientes evolucionó favorablemente, aunque requirieron múltiples FAE y otros métodos terapéuticos.

#### PN-22

##### **IMPLEMENTACION DE CRITERIOS DE DERIVACION (IECH) A SALUD A PARTIR DE SCREENING DE RIESGO EN LA ESCUELA**

Guzmán, Ma. Paz; George, Myriam; Hartley Marcela.

Depto. Salud Estudiante: Progr. Habilidades para la Vida HPV, JUNAEB, Santiago, Chile.

e.mail: mpguzman@junaeb.cl

**Objetivos:** Pesquisar precozmente riesgo específico asociado a Síndrome de Déficit Atencional con Hiperkinesia (SDAH) en escolares de 1° básico, para optimizar oportunidad y acceso de la derivación a salud.

**Material y Método:** Seguimiento y evaluación cohorte niños de 1° básico con screening psicossocial en escuelas con HPV, que presentan riesgo crítico (IECH) de SDHA, derivados a salud para diagnóstico y tratamiento. Análisis de flujo y resultados de la derivación.

**Resultados:** Los IECH permiten pesquisar a niños de alto riesgo; su frecuencia y distribución por sexo coincide con las prevalencias esperadas en SDAH para el problema y edad de la población evaluada.

**Conclusiones:** Los índices especiales contruidos por el HPV demuestran ser una herramienta eficaz para derivación de niños con alta probabilidad de presentar SDAH; la experiencia ha permitido elaborar una intervención piloto Junaeb - Minsal que incorpora los IECH como "indicador" de derivación desde el HPV de la escuela, a Salud Mental.

#### PN-23

##### **EPILEPSIA EN LA IX REGION: COMPARACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA ENTRE POBLACION MAPUCHE Y NO MAPUCHE.**

Rivera, Gianni; Retamales, Álvaro; León, Pamela; Venegas, Camila; Salazar, Mauricio Neurología Infantil Hosp. HHA; Fac. de Medicina, Univ. de la Frontera, Temuco, Chile.

**Introducción:** Epilepsia es causa de consulta frecuente en edad pediátrica. No hay estudios comparativos de sus características entre población mapuche y no mapuche.

**Objetivo:** Comparar aspectos epidemiológicos y clínicos de epilepsia en población mapuche y no mapuche del hospital Hernán Henríquez Aravena (HHA) de Temuco.

**Pacientes y método:** Comparación de totalidad de pacientes del programa de epilepsia del hospital HHA. Estudio corte transversal, datos desde ficha clínica. Analizados median-

te Excel y Stata 8.0.

**Resultados:** 68 pacientes de etnia mapuche y 102 no mapuches. 51,47% mujeres en mapuches vs 45% no mapuches. 50% ruralidad en mapuches vs 8,8% no mapuches. Sin diferencias en antecedentes familiares y de asfixia perinatal. Comorbilidad neurológica: 32,3% mapuches vs 24,5% no mapuches. Retraso desarrollo psicomotor: 47% vs 46%. Epilepsia idiopática: 66% vs 64,7%. Predominio crisis generalizadas en ambos grupos (67 vs 69%). Actividad epilepsia: 33% mapuches vs 22%. Monoterapia: 85% vs 82%. Fármaco más usado: Ácido Valproico. Ningún paciente fallecido.

**Conclusiones:** Predominio sexo femenino en etnia mapuche en contraste a lo observado en no mapuches. Mayor comorbilidad neurológica en pacientes mapuches. Alto retraso desarrollo psicomotor y predominio crisis generalizadas en ambos grupos.

#### PN-24

##### ENCUESTA DE ASPECTOS ETICOS EN PACIENTES CON ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE (EVP) Y MUERTE ENCEFALICA (ME).

Muñoz, Marcelo; Suárez, Bernardita; Villanueva, Ximena; Cabello, Francisco; Novoa Fernando; Verscheure, Felipe; Córdova, Tamara Universidad de Valparaíso. Hospital Van Buren. Universidad de Valparaíso. e.mail: mjmunozr@gmail.com

**Objetivos:** Conocer opinión ética de pediatras en toma de decisiones frente a pacientes con EVP y ME.

**Material y Método:** Encuesta a pediatras que laboran en el Hospital Van Buren entre Junio y Julio del 2006.

**Resultados:** Se obtuvieron 22 encuestas. 52% consideró fallecido a pacientes con ME. 63,64% ingresaría a paciente con EVP a UCI. De ellos, 16,67% lo conectaría a ventilación mecánica. Entre quienes no aceptaron inicialmente al paciente en UCI, 54,55% lo ingresaría a petición de los padres. 13,64% retirarían la sonda de alimentación a petición de los padres para terminar con la vida del paciente.

**Conclusiones:** Llama la atención que en el grupo encuestado sólo la mitad considere fa-

llecido a un paciente con muerte encefálica. Se observa una tendencia a proporcionar terapias limitadas a estos pacientes, destacando que la solicitud de los padres haría cambiar la conducta del médico respecto a la complejidad de las intervenciones a realizar.

#### PN-25

##### COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN

Retamal, Eva; Retamal, Jaime; Mesa, Tomás; Santos, Manuel; Mellado, Cecilia; Hernández, Marta.

Departamento de Pediatría, Sección Neurología Infantil, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

e-mail: mhernand@med.puc.cl

**Introducción:** El síndrome de Down (SD) es una causa genética frecuente de retardo mental. La calidad y expectativa de vida de pacientes con SD ha mejorado, dada la pesquisa y manejo precoz de comorbilidades asociadas, principalmente cardiopatías. Asimismo, estos pacientes presentan frecuentemente complicaciones neurológicas (CN), cuya detección es importante para un tratamiento apropiado.

**Objetivos:** Evaluar frecuencia de CN en pacientes con SD. Comparar frecuencia de otras comorbilidades en pacientes con y sin CN.

**Pacientes y método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con SD evaluados en nuestra institución por Genética y/o Neurología Infantil, entre 1994-2006.

**Resultados:** En 95 pacientes, 52 de sexo masculino, se detectaron 17 con CN: 8 con epilepsia (7 síndrome de West, SW); 5 con trastornos oculomotores; 3 con accidentes cerebrovasculares recurrentes (2 secundarios a cardiopatía congénita, moyamoya y trombofilia), 2 con subluxación atlantoaxoidea sintomática, y 1 corea. No se encontraron diferencias significativas en otras comorbilidades comparando la frecuencia en pacientes con y sin CN.

**Conclusiones:** Las CN son frecuentes en pacientes con SD, de ellas la epilepsia fue la más frecuente, especialmente SW. Los accidentes cerebrovasculares fueron recurrentes y con alta morbimortalidad.

### PN-26 ESPASMOS INFANTILES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Hernández, Marta; Retamal, Eva; Retamal, Jaime; Escobar, Raúl; Mesa, Tomás  
Departamento de Pediatría / Sección Neurología Infantil / Facultad de Medicina / Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile  
e-mail: mhernand@med.puc.cl

**Introducción:** La incidencia de epilepsia en pacientes con Síndrome de Down (SD) es de 5-10%. En epilepsias de inicio precoz son frecuentes los espasmos infantiles (EI).

**Objetivos, pacientes y métodos:** Presentar 7 pacientes con trisomía 21 y EI, evaluados y tratados en nuestro centro entre 1999-2006. Describir hallazgos electroencefalográficos (EEG), neuroimágenes, comorbilidad, respuesta a tratamiento y desarrollo psicomotor (DSM).

**Resultados:** Todos los pacientes tenían trisomía 21; 4, sexo masculino; 3, cardiopatía congénita asociada. La edad de inicio de los EI fue entre 6 y 23 meses, (mediana: 7 meses). El EEG fue compatible con hipsarritmia en 6 pacientes. Las neuroimágenes mostraron atrofia cerebral en 3 pacientes, y en 3 fueron normales. Todos fueron tratados con ACTH y ácido valproico con buena respuesta. El seguimiento a largo plazo fue de 12 a 74 meses en 6 pacientes (mediana: 54 meses), sin recurrencia de crisis, con recuperación del DSM en 4 y deterioro predominantemente social en 2 pacientes.

**Conclusiones:** La respuesta a tratamiento, recuperación del DSM y control de crisis a largo plazo en pacientes con EI y SD es mejor que en pacientes de la población pediátrica general.

### PN-27 SÍNDROME DE MOYAMOYA ASOCIADO A SÍNDROME DE DOWN

Hernández, Marta; Retamal, Eva; Retamal, Jaime; Mesa, Tomás; Huete, Isidro  
Departamento de Pediatría / Sección Neurología Infantil / Departamento de Radiología / Facultad de Medicina / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.  
e-mail: mhernand@med.puc.cl

La enfermedad de moyamoya (EMM) es un trastorno cerebrovascular caracterizado por estenosis bilateral progresiva del polígono de Willis y red anormal de colaterales. Puede ser primaria, o asociada a otras patologías, como síndrome de Down (SD), describiéndose como síndrome moyamoya (SMM). Presentamos el caso de una niña de 5 años, con SD, que debutó con hemiparesia derecha, convulsiones y compromiso de conciencia. La resonancia magnética (RMI) cerebral y angiografía mostraron lesiones cerebrales bihemisféricas y estenosis proximal de arteria cerebral media (ACM) izquierda, sugerente de SMM. Se indicó profilaxis secundaria con aspirina. Al control del mes sólo persistía leve paresia facial. La RMI de control (4° mes) mostró progresión de estenosis y nuevos ACV silentes. El estudio de trombofilia evidenció déficit de antitrombina-III. Al 7° mes fue hospitalizada por neumonía con falla de tratamiento ambulatorio. Presentó crisis convulsivas en hemicuerpo izquierdo; la RMI mostró nuevos ACV bilaterales e infarto de ACM derecha. Evolucionó requiriendo ventilación mecánica, con neumonía nosocomial, decidiéndose manejo médico. El SMM debe considerarse en pacientes con SD que presentan déficit motor y convulsiones. El SMM progresa con ACV recurrentes y deterioro. La cirugía de revascularización cerebral debe plantearse precozmente.

### PN-28 SÍNDROME DE SOTOS: DESCRIPCIÓN DE DESARROLLO EN 2 CASOS CON CI NOR- MAL.

Díaz, Marcelo; Mellado, Cecilia; Guerrero, Alejandra; Ramos, M. José; Arriaza, Manuel; Margarit, Cynthia  
Servicio Neurología Infantil / Genética / Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.  
e.mail: malbertodiaz@gmail.com

El Síndrome de Sotos aparece en la literatura caracterizado por un fenotipo bien definido. En cuanto al desarrollo cognitivo la mayoría de estos pacientes presentan diversos grados de retardo mental. Se describe CI normal en un 15 % de los portadores, no hay descripciones detalladas del desarrollo de lenguaje, ni tampoco de su desempeño escolar. El objetivo de esta comunicación es comentar la evolución

de lenguaje y la evolución escolar de 2 pacientes con Síndrome de Sotos y CI normal.

**Evolución Lenguaje:** Los 2 pacientes presentan patrones de retraso en la adquisición del lenguaje, especialmente a nivel expresivo.

**Evolución escolar:** Ambos pacientes asisten a colegios normales. Uno de ellos cursa 3 básico y presenta un trastorno de déficit atencional e hiperactividad, asociado un trastorno de conducta que requiere medicamentos psicoestimulantes y terapia psiquiátrica, el segundo paciente ha presentado una inserción normal escolar hasta ahora, cursa 1 básico.

**Comentario:** Los problemas asociados a Síndrome de Sotos y retardo mental son conocidos, no así el perfil evolutivo y las alteraciones sutiles de lenguaje, aprendizaje y conducta de niños con CI Normal. Es importante reportar estos casos para delinear perfiles neuropsicológicos de evolución de estos pacientes y de esta forma crear guías de manejo anticipatorias que favorezcan la inserción social, escolar y laboral de estas personas.

#### PN-29

##### **SÍNDROME DE ANDERSEN-TAWIL: PRESENTACION DE CASO CLINICO.**

Culcay, Catalina; Dragnic, Yuri; Avaria, María de los Ángeles; Lopetegui, Bernardita  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hosp. San Juan de Dios y Hosp. Clínico Universidad de Chile. Hosp. Roberto del Río, Santiago, Chile.  
e.mail: ydragnic@gmail.com

**Introducción:** El Síndrome de Anderson-Tawil corresponde a una canalopatía de baja frecuencia (aproximadamente 100 casos descritos a la fecha) y que se caracteriza clínicamente por la presencia de episodios recurrentes de debilidad muscular (parálisis periódica), arritmia cardíaca y dismorfismo craneofacial característico. Recientemente se ha descrito un fenotipo neurocognitivo caracterizado por déficit en función ejecutiva y razonamiento abstracto. No se asocia a epilepsia. La anomalía genética se ubica en el gen KCNJ2 (70% casos) que se encuentra ubicado en cromosoma 17q23. Este gen codifica a una proteína reguladora del canal de potasio llamada Kir2.1. La herencia es autosómico dominante con expresión variable aunque también se describen casos esporádicos. En el 30% de

casos restantes se desconoce la anomalía genética subyacente.

**Caso Clínico:** Se describe el caso de escolar de 15 años de edad quien presenta dismorfia craneofacial característica: hipertelorismo, fisuras palpebrales pequeñas, frente amplia, hipoplasia mandibular); y que presenta historia de episodios recurrentes de debilidad muscular desde el primer año de vida. Estos episodios son autolimitados y de resolución espontánea con una duración promedio de 1-2 días y frecuencia de 0-4 al mes. Durante hospitalización para estudio se pesquiza arritmia: prolongación del intervalo QT, extrasístola ventricular frecuente (bigeminadas) y salvas de taquicardia ventricular no sostenida. Se indica tratamiento farmacológico con acetazolamida 200 mgs cada 8 hs describiéndose mejoría subjetiva con menor frecuencia de episodios de debilidad. Aún no se ha realizado estudio genético KCNJ2 en la paciente.

**Discusión:** El Síndrome de Andersen-Tawil ha de ser considerado en el diagnóstico diferencial de cuadros de parálisis periódicas y/o arritmias asociadas a dismorfias faciales.

#### PN-30

##### **RETARDO MENTAL DE CAUSA GENETICA Y EPILEPSIA. CARACTERISTICAS ELECTROCLINICAS**

Troncoso, Ledia; Rojas, Carla; Baltzer, Veronika; Troncoso, Mónica; Barrios, Andrés; Reyes, Pablo; Siebert, Alejandra; Witting, Scarlet; Guerra, Patricio, Rios Loreto.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil-Hospital San Borja Arriarán<sup>1</sup> Santiago de Chile; Hospital Antofagasta<sup>2</sup>; Hospital Puerto Montt<sup>3</sup>  
e.mail: veronika.baltzer@gmail.com

**Introducción:** El Retardo Mental (RM) moderado y severo se asocia a etiologías genéticas (80%), 59% desarrollan epilepsia y al sumarse malformaciones congénitas y alteraciones cromosómicas, 50% padecen epilepsia.

**Objetivos:** Evidenciar características electroclínicas en niños con retardo mental moderado-severo con malformaciones del desarrollo cortical (MDC), cromosomopatías y alteraciones de remodelación de cromatina.

**Material y Métodos:** se estudiaron 123 pacientes portadores de MDC, Sd.Rett, Angelman, Prader Willi, Down, Williams, 4p-, X-Frá-

gil.

**Resultados:** El grupo de MDC, se caracterizó por debut de crisis antes del año de vida, con predominio de crisis parciales con patrón eléctrico focal o multifocal. Los espasmos infantiles predominaron en el grupo de esclerosis tuberosa.

En el grupo de cromosomopatías destaca el debut de convulsiones febriles en pacientes con Prader Willi, Síndrome de Angelman y 4p. Los 4p- presentaron crisis tónico-clónicas generalizadas alrededor de los 3 meses de edad sin patrones eléctricos característicos.

Crisis rolándicas con espigas centrotemporales se observaron en todos los pacientes con X frágil incluidos. Los pacientes con Síndrome de Rett presentaron un predominio de crisis parciales y focalidad eléctrica centrotemporal.

Del total de pacientes con síndrome de Down, debutaron con espasmos infantiles y patrón hipsarrítmico en más de la mitad de los casos.

**Comentario:** Las características clinicoeléctricas son compatibles con lo descrito en la literatura.

### PN-31

#### **POLICLINICO DE NEUROGENETICA EN EL SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL DEL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.**

Barrios, Andrés; Troncoso, Mónica; Mannaerts, Miriam; Troncoso Ledia

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil / Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** Las afecciones neurogenéticas constituyen un grupo relevante dentro de la patología neurológica. El Servicio de Neuropsiquiatría HCSBA ha desarrollado un policlinico especializado en ello.

**Objetivo:** Mostrar la experiencia Neurogenética clínica entre marzo 2005-Julio 2006

**Material-Método:** análisis de datos de pacientes, se incluyen niños derivados con síndrome dismórfico, retardo mental, retraso psicomotor, o diagnósticos específicos, excluyendo enfermedades metabólicas y heredo-degenerativas.

**Resultados:** De 18.000 consultas en el período de evaluación de la atención externa,

700 correspondieron al policlinico de neurogenética (3.9 %). Diagnósticos: Síndromes monogénicos: 25 pacientes, 28% mujeres, 72% varones. Los diagnósticos principales son Sd. de Sotos (16%), Coffin Lowry (8%), Lujan Fryns (20%), Costello (8%), Shekel (8%). Trastornos cromosómicos: 14 pacientes, 64% mujeres, 36% varones; diagnósticos principales: Sd Down (36%), Turner (14%), 4p- (21%), Sd XXX mosaico (14%). Sd. Genéticos específicos etiología conocida: 28 pacientes, 68% mujeres, 32% varones; diagnósticos principales: Sd. Angelman (32%), Sd. Williams (18%), Sd. Del 22q (14%), Sd. Prader Willi (11%), Sd. X frágil (11%), Sd. Smith Magenis (11%). Síndromes genéticos específicos de etiología desconocida: 5 pacientes, 80% mujeres, 20% varones. Los diagnósticos fueron Sd. de Kabuki (3/5), Sd. de Ramón (1/5), Jarcho Levin (1/5). Afecciones teratogénicas: 4 pacientes, 1 mujer, 3 varones, diagnósticos: SAF (2/4), embriopatía por ácido retinoico (1/4), embriopatía por Barbitúricos (1/4).

**Conclusión:** los trastornos genéticos específicos de causa conocida fueron la principal consulta, seguidos por los trastornos monogénicos y cromosómicos. El contar, para estas afecciones, con una unidad especializada en un Servicio de Neurología Infantil, ha permitido ofrecer al paciente un estudio clínico y de laboratorio específico para definir pronóstico y consejo genético.

### PN-32

#### **LISENCEFALIA LIGADA AL SEXO Y GENITALES AMBIGUOS (XLAG): DESCRIPCION DE TRES CASOS**

Moreno, R.; Rivera, Gianni; Retamales, Alvaro; Venegas, Camila; Retamales N.

Servicio de Pediatría Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHA) Temuco, Universidad de La Frontera, Temuco, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El síndrome XLAG es una entidad poco frecuente, con pronóstico ominoso en la cual el gen ARX se ha implicado en el desarrollo cerebral y testicular, especialmente en la proliferación de precursores neurales, diferenciación y migración de interneuronas. Se caracteriza por presentar lisencefalia y genitales ambiguos, junto con otras manifestaciones





neurológicas.

**Objetivo:** Presentar tres pacientes de 2 familias de la IX Región, con fenotipo clínico y evolución similar, compatibles con diagnóstico de XLAG. Casos clínicos: 3 pacientes, 2 de etnia mapuche (primos entre sí), con macrocefalia y genitales ambiguos. Dos madres con retardo mental. TAC cerebral demuestra malformación cerebral, lisencefalia y agenesia cuerpo calloso, monoventrículo. 2 con hipotiroidismo y diarrea crónica. Evolucionan con convulsiones generalizadas. Cariograma 46,XY en 2 pacientes (otro fallece antes de obtenerlo). Dos fallecen (27 y 9 días de vida).

**Conclusiones:** XLAG es la forma menos frecuente y más severa de manifestación de mutación del gen ARX. A la inversa, el síndrome de retardo mental ligado al X corresponde al extremo de menor gravedad del espectro. Es importante considerar el consejo genético y diagnóstico prenatal.

Palabras clave: XLAG, lisencefalia, genitales ambiguos.

#### PN-33

#### SÍNDROME DE MARINESCO-SJOGREN (SMS) Y CCFDN. SOBREPOSICIÓN DE FENOTIPOS CON HETEROGENEIDAD GENÉTICA

Troncoso, Mónica; Siebert, Alejandra; Pizarro, Lorena; Parra, Patricia; Díaz, Alejandra  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** El SMS y CCFDN son dos enfermedades autosómicas recesivas que se producen por mutación de genes en diferentes cromosomas, con características clínicas que se superponen. Existen hallazgos característicos; en el caso de SMS: cataratas congénita, ataxia cerebelosa, y retraso del desarrollo psicomotor (RDSM), y CCFDN: cataratas congénitas, dismorfias faciales y neuropatía.

**Objetivos:** Describir nuestra casuística de estas dos patologías.

**Pacientes y Métodos:** 5 niños diagnosticados en los últimos dos años en nuestro servicio.

**Resultados:** 5 niños con edades entre 6 y 15 años. Todos con cataratas congénitas y RDSM. Una niña cumple criterios diagnósticos para SMS agregándose ataxia y atrofia cerebelosa, talla baja, retardo mental leve,

oftalmoparesia, dismorfias y ausencia de poli-neuropatía. Los otros 4 niños (3 niños y 1 niña) cumplen criterios diagnósticos para CCFDN, presentando dismorfias y polineuropatía. En un paciente con CCFDN se pesquió en la neuroimagen atrofia cerebelosa asintomática. Estudio genético en curso.

**Conclusión:** En nuestra serie, a pesar de la sobreposición de síntomas, clínicamente es posible diferenciar ambos cuadros. En el caso con SMS la ausencia de polineuropatía fue clave para el diagnóstico. En los casos con CCFDN un caso presentó atrofia cerebelosa pero no tuvo ataxia. La genética ha demostrado que se trata de dos enfermedades con fenotipo similar.

#### PN-34

#### SÍNDROME DE RETT: EXPERIENCIA EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO, DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES.

León, Carmen; Aldana, Pilar; López, Claudia.  
Servicio de Neurología Infantil. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.  
e.mail: paolaleon24@yahoo.com

**Introducción:** El Síndrome de Rett es una causa frecuente de retardo mental profundo en mujeres. Se manifiesta principalmente por regresión del desarrollo psicomotor, autismo, pérdida del uso de manos, del lenguaje y microcefalia adquirida. Además se asocia a complicaciones como epilepsia, escoliosis, desnutrición, trastornos del sueño y de conducta.

**Objetivo:** Analizar presentación clínica, oportunidad en el diagnóstico, estudio realizado, complicaciones asociadas y su repercusión en pacientes con Síndrome de Rett.

**Material y Método:** Revisión de fichas clínicas y encuesta a padres de pacientes controlados por Síndrome de Rett en HRR desde 1991 a la fecha.

**Resultados:** 6 pacientes entre 5 y 15 años. Todas cumplen con criterios de diagnóstico clínico y fenotipo para Rett. 2 casos con estudio MECP2, 1(+), el otro (-) y 3 con estudio solicitado que aún no se ha podido realizar. En 3 se descarta Sd. de Angelman. El inicio de síntomas fue entre el primer mes de vida y primer año. Demora promedio entre inicio

de síntomas y planteamiento del diagnóstico clínico fue entre 4 meses y 12 años. 4 cursan con epilepsia generalizada que debuta entre los 4 meses y los 11 años 4 tienen escoliosis que se inicia entre los 3 y 12 años, 3 con uso de corset con regular adherencia. 4 se encuentran totalmente dependientes para sus actividades de la vida diaria. 3 con desnutrición de los cuales 1 usa gastrostomía. 4 con severo trastorno de sueño y conducta que han requerido uso de múltiples fármacos afectando además la vida familiar.

**Conclusiones:** Aunque la mayoría no tiene diagnóstico molecular, estas niñas cumplen con el diagnóstico clínico de Sd. de Rett.

A pesar de lo homogéneo de nuestra serie existe tardanza en la sospecha diagnóstica.

El diagnóstico molecular sigue siendo un examen de difícil acceso por costo y envío a distancia.

El trastorno de sueño, de conducta y la dependencia en actividades de la vida diaria son parte importante de la clínica, afectan la vida familiar.

Regular adherencia al tratamiento nutricional y ortopédico.

La epilepsia fue prevalente estando todas actualmente asintomáticas.

#### PN-35

#### ENFERMEDAD DE MENKES Y ASOCIACION A SECUENCIA DE PIERRE ROBIN: DIFICULTAD EN EL DIAGNOSTICO.

Varela, Ximena; León, Carmen; Aldana, Pilar; Ávila, Ricardo.

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: paolaleon24@yahoo.com

**Introducción:** La enfermedad de Menkes es un trastorno ligado al cromosoma X, muy infrecuente, relacionada al metabolismo del cobre. Su prevalencia es de 1:50.000-100.000 nacidos vivos (NV). La Secuencia de Pierre Robin, de herencia autonómica recesiva, se observa con una prevalencia de 1: 10.000 NV. La proporción de individuos que podrían ser afectados por ambas enfermedades es de 1:500.000-1.000.000 NV.

**Objetivo:** Presentar un caso de asociación de estas dos enfermedades en relación a un lactante que se presenta con una Secuencia

de Pierre Robin, pero que por evolucionar con grave retraso y detención de su desarrollo, asociado a epilepsia de difícil manejo y alteraciones del pelo, hizo plantear el diagnóstico de Enfermedad de Menkes.

**Paciente:** Lactante de 4 meses que desde recién nacido presenta dismorfias caracterizadas por glosoptosis, retromicrognatia, fisura palatina e hipoplasia mandibular. A los 2 meses de edad, durante su hospitalización para resolución quirúrgica maxilofacial (distractores) debuta con un status convulsivo focal, asociado a retraso severo del desarrollo psicomotor, pelo ralo, hipopigmentado y ensortijado. Posteriormente las crisis se hacen polimorfas y de muy difícil manejo, persiste muy hipotónico y las alteraciones del pelo se hacen más evidentes, lo que motiva a estudiarlo bajo microscopía de luz constatándose el característico Pili torti. Se completa estudio con cupremia y ceruloplasmina que resultaron estar en rangos muy bajos. Se encuentra pendiente el estudio genético.

**Conclusiones:** La asociación de cuadros genéticos es poco frecuente y el fenotipo clásico de Pierre Robin, en nuestro caso, retrasó el diagnóstico de Enfermedad de Menkes, el cual fue planteado posteriormente por su evolución.

#### PN-36

#### INCONTINENCIA PIGMENTI: REPORTE DE 2 CASOS.

Villanueva, Ximena; Suárez, Bernardita; Muñoz, Marcelo; Rojas, Valeria.

Hospital van Buren, Hospital Gustavo Fricke.

**Objetivos:** Presentar una enfermedad genética ligada al X, infrecuente, para destacar la importancia del diagnóstico de enfermedades neurocutáneas a través de estigmas dermatológicos y el consejo genético concomitante.

**Pacientes y Método:** Se presentan dos casos. El primero de ellos con diagnóstico a los 4 años de edad por dermatólogo. El segundo caso se diagnosticó en el periodo neonatal.

Ambas pacientes presentaron las lesiones dermatológicas características asociadas a retraso del desarrollo psicomotor.

**Evolución:** Ambos casos en seguimiento permanente.

En el segundo de ellos se evidenció una ven-



trículomegalia. Concomitantemente en control oftalmológico por lesiones retineanas y microftalmia. Se realizó consejo genético a los padres.

**Discusión:** La incontinencia pigmenti es una enfermedad con herencia ligada al X de baja incidencia, cuyo diagnóstico precoz permite generar un apoyo multidisciplinario temprano a los pacientes y entregar un consejo genético adecuado, considerando la letalidad masculina subyacente

### PN-37 PSEUDOTUMOR CEREBRI: ANÁLISIS DE 6 CASOS

Hernández, Alejandra; Pizarro, Lorena; Lam, Gislaine; Pérez, Mauricio; Troncoso, Ledia. Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Servicio de Neurología, Hospital Clínico Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

El Pseudotumor Cerebri (PsC) se caracteriza por presentar signos y síntomas de hipertensión endocraneana sin evidencia de lesión estructural, con presión de apertura de Líquido cefalorraquídeo (LCR) aumentada y composición normal, sin dilatación ventricular. Se asocia a condiciones médicas (obesidad y diabetes) y se postulan distintos mecanismos fisiopatológicos.

Presentamos la caracterización y evolución clínica de 6 pacientes entre 7 y 45 años, 4 casos pediátricos, con distribución equitativa por sexo. Previo al diagnóstico evolucionan con cefalea entre 10 días y 3 años, 4 pacientes responden favorablemente a tratamiento, con remisión de síntomas antes de un mes; 2 pacientes fueron refractarios a tratamiento habitual (Acetazolamida y Prednisona), ambos con etiología subyacente, uno con drenaje venoso anómalo por estenosis del seno transversal izquierdo, (evidenciada en Angiorresonancia con fase venosa), y el segundo secundario a Linfoma de Hodgkin, diagnosticado en forma posterior. En el primero se evalúa terapia con drenaje ventricular quirúrgico y el otro recibió quimioterapia específica. Se concluye que PsC es una patología con tratamiento disponible efectivo, los casos refractarios, requieren una investigación etiológica exhaustiva.

### PN-38 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 10 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO.

Avila, Daniela; Margarit, Cynthia; Arriaza, Manuel  
Unid. de Neurol. Infantil, Hosp. Sótero del Río

**Introducción:** El Síndrome de Guillain Barré es una neuropatía inflamatoria, que puede ser conceptualizada como un espectro de subcategorías diagnósticas.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica y evolución de un grupo de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UTI) del Hospital Sótero del Río.

**Métodos:** Se revisaron los registros de los pacientes hospitalizados en UTI entre Enero de 1994 y Junio de 2006. Se encontraron 10 niños con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré. Se realizó una revisión de las fichas clínicas de estos niños. El tiempo de seguimiento fue de 7 meses en promedio con un rango de 0 a 29 meses. Todos fueron tratados con inmunoglobulinas intravenosas.

**Resultados:** Los meses de presentación correspondieron a otoño e invierno en 2 niños y a primavera y verano en 8. La edad de presentación de la enfermedad fue de 6 años en promedio. Hubo 6 pacientes que requirieron conexión a ventilación mecánica durante 22 días en promedio. Hubo 8 niños que presentaron complicaciones durante su hospitalización, todos ellos presentaron neumonía.

**Conclusiones:** El Síndrome de Guillain Barré en estos niños mostró una tendencia hacia la estacionalidad. La mayoría de estos niños requirió ventilación mecánica, a pesar de que todos fueron tratados con inmunoglobulinas intravenosas en dosis habituales. Las complicaciones respiratorias fueron frecuentes.

### PN-39 CEFALEA TENSIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE RELAJACION COMO APOYO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Olivares, Soledad; Bécar, Jacqueline.  
Servicio de Neuropsiq. Infantil, Complejo de Salud San Borja Arriarán, Santiago, Chile.  
e-mail: olivaresoledad@gmail.com

**Introducción:** En cefalea tensional en escolares y adolescentes se utilizan fármacos y técnicas de relajación con buenos resultados en la remisión de los síntomas. (\*)

**Objetivo:** Evaluar efectividad de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

**Materiales y Métodos:** 13(30) pacientes (9-16 años), derivados por neurólogos / psicólogos, con cefalea tensional y evaluación emocional, asisten al Taller de Relajación (1 sesión de 1.5 hrs.) y realizan posterior ejercitación semanal en casa. El taller se realiza en el policlínico del servicio de neuropsiquiatría infantil, con la supervisión de psicólogo y psicopedagoga, con musicoterapia, en una habitación acondicionada para tal efecto.

**Resultados:** 10(13) pacientes con evaluación emocional y diagnóstico de cefalea tensional; 3(13) otros diagnósticos. 8(10) cumplen todos los requisitos; 7(8) continúan el tratamiento más de tres meses, con disminución significativa o remisión de cefalea.

**Comentarios:** La efectividad de la técnica utilizada está en estrecha relación con cumplir estrictamente la selección de los pacientes de acuerdo a requisitos mencionados. En la literatura se describe el trabajo realizado en colegios a niños y adolescentes con cefalea tensional, llevado a cabo por enfermeras entrenadas en técnica de relajación, con esto se vio que las cefaleas disminuyen y los fármacos tienen más rápido efecto.

#### PN-40

##### **CARACTERIZACION CLINICA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR.**

Villanueva, Ximena; Suárez, Bernardita; Muñoz, Marcelo; Bahamondes, C; Rojas, Valeria. Unidad de Neuropsiquiatría Infantil / Hospital Van Buren. Consultorio Gómez Carreño. Viña del Mar. Hosp. Gustavo Fricke, Viña del Mar. e.mail: ximena.villanueva@gmail.com

**Objetivo:** Caracterizar a la población de pacientes con diagnóstico de TDAH del Centro de Salud Familiar Gómez Carreño.

**Material y Método:** Estudio descriptivo-retrospectivo de las fichas de pacientes con diagnóstico de TDAH.

**Resultados:** Se revisaron 28 pacientes: 10 mujeres (36%) y 18 hombres (64%). Promedio de edad de 8 años.

Las comorbilidades más frecuentes fueron trastornos neurológicos (35,7%) y psiquiátricos (25%). Antecedentes familiares de Déficit Atencional sólo dos pacientes (7%).

Tratamiento: farmacológico en 17 pacientes: 7 (41%) con anfetaminas y 10 (58,8%) con polivitamínicos. Psicoterapia en 8 (28,5%) de los 28 pacientes

**Discusión:** Destaca el tratamiento inefectivo (polivitamínicos) que se le administró a la mayoría de los pacientes, ante la disponibilidad de un fármaco de efectividad comprobada (anfetamina) en el centro de salud mencionado. Se resalta la importancia de la capacitación en TDAH a profesionales de atención primaria y a padres respecto a seguridad y eficacia de psicofármacos.

#### PN-41

##### **EPILEPSIA Y SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL (SDA): ANALISIS DESCRIPTIVO DE 23 PACIENTES**

Gaete, Raquel; Devilat, Marcelo; Carrasco, Ximena; Gómez, Verónica

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago de Chile

**Introducción:** El niño con epilepsia, ya estigmatizado y además con SDA, presenta mayores dificultades para obtener un rendimiento académico adecuado sin sentirse en desventaja frente al resto.

**Objetivo:** Describir algunas características de pacientes con epilepsia y SDA en control en nuestro Centro.

**Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 23 pacientes (16 hombres, 7 mujeres) con epilepsia y SDA. Los criterios de inclusión fueron: edad  $\leq$  18 años, en control al menos 2 años y tratados por SDA. Once pacientes (48%) tenían crisis generalizadas, 2 (8.6%) crisis parciales simples, 2 (8.6%) crisis parciales complejas y 8 (34.7%) presentaban crisis parciales complejas secundariamente generalizadas.

Veinte y dos pacientes tenían EEG. Cinco niños concurrían a Escuela Especial. La evaluación del SDA se realizó con el Test de Conners.

**Resultados:** La edad al diagnóstico de SDA fue de menos de 5 años en 2 (8.6%) pacientes, 19 (82.6%) entre los 5 y 10 años y 2 (8.6%) mayores de 10 años. La media de edad al inicio de tratamiento de 8 años (de 5 a 13 años). Diez (43%) tenían EEG normal, 4 (17%) con descargas epileptiformes y 8 (35%) inespecíficos.

Los fármacos antiepilépticos (FAE) utilizados fueron ácido valproico (AV) en 15 (65%) niños, 5 (22%) con Carbamazepina (CBZ), el resto recibió politerapia. Al corte 9 (39%) estaban sin FAE, 4 (17%) en etapa de suspensión y 10 (44%) continuaban en tratamiento. Dieciocho (78%) pacientes se trataron con anfetamina, el resto (22%) recibió metilfenidato. En 21 (91%) niños hubo buena respuesta y en 2 (9%) no. No hubo aumento de crisis al iniciar tratamiento. Sólo 6 (26%) pacientes no tenían otra comorbilidad, en tanto que 17 (74%) presentaban distintas patologías asociadas.

**Conclusiones.** A pesar de tener frecuentes comorbilidades este grupo de enfermos presentó una favorable evolución de su epilepsia y del SDA. La mayoría inició su tratamiento precozmente recibiendo monoterapia con AV y anfetamina.

#### PN-42

##### **DISPOSICION AL USO DE METILFENIDATO EN PADRES DE NIÑOS CON SOSPECHA DE DEFICIT ATENCIONAL (DA). ENCUESTA DE OPINION, PREVIA A PRIMERA CONSULTA EN NEUROLOGIA.**

Soto, Eugenio; Spuler Christian.

Clínica del Sueño, Enfermedades del Sistema nervioso y Neuropsicología, Neuroclinic.

**Objetivos:** Conocer opinión de padres, frente al uso de Metilfenidato.

**Método:** Se solicita responder encuesta (Likert) a padres de niños que consultan primera vez neurólogo, frente a sospecha de DA.

**Material:** Se aplicaron 150 encuestas (Marzo-2004 Mayo-2006) a padres de niños derivados por el colegio, por mal rendimiento escolar y/o dificultades conductuales sugerentes de DA. Se evalúan 100 cuestionarios completos.

**Resultados:** El 94% de los padres están de acuerdo en considerar el DA como un problema abordable desde el modelo médico. 45% ni acuerdo ni desacuerdo si hijo puede ser fa-

vorecido con Metilfenidato. La mayor dispersión fue en "está de acuerdo en administrar a hijo metilfenidato por DA", 13% muy en desacuerdo.

**Comentario:** Los padres reconocieron la importancia del tratamiento médico del DA. Hay divergencia de opiniones al momento de opinar sobre la decisión de usar el medicamento en su hijo.

**Resumen:** opiniones favorables en tratar concentración 88%, comportamiento 72%. Ayuda el metilfenidato 33%, no produce adicción 28%, administrarlo a hijo 48%.

#### PN-43

##### **DEFICIENCIA ATENCIONAL (DA) SEGUIMIENTO A 2 AÑOS.**

Soto, Eugenio; Spuler Christian.

Clínica del Sueño, Enfermedades del Sistema Nervioso y Neuropsicología, Neuroclinic.

**Objetivos:** conocer el número de pacientes diagnosticados, posteriores controles, tipo de medicamento, comorbilidad, seguimiento de indicaciones.

**Método:** Desde Marzo 2004 se apartaron las fichas de todos los pacientes diagnosticados como DA hasta Marzo 2006.

**Material:** 390 Fichas clínicas.

**Resultados:** Se diagnosticaron 390 pacientes, 287 hombres y 103 mujeres. 131 consultan solo una vez. Entre 3 y 27 años de edad. Mayor porcentaje fue entre 8 y 11 años (50%). La dispersión en número de consultas fue de 1 a 19. 182 tuvieron tratamiento con metilfenidato. 6 con atomoxetina, 2 con anfetamina. 132 con otros medicamentos (antidepresivos, anticonvulsivos, reconstituyentes cerebrales, ansiolíticos). Hubo comorbilidad en 81 casos (20%).

**Discusión:** de 390 pacientes con diagnóstico de deficiencia atencional, 131 no registran una segunda consulta (34%). 257 (66%) registran a lo menos 2 consultas y 35 (9%) 4 consultas

**Resumen:** El seguimiento a 2 años muestra que un alto porcentaje de pacientes no concurre a una segunda consulta y un bajo porcentaje sigue las indicaciones de controles periódicos, medicamento más indicado metilfenidato y la comorbilidad fue un 20%.

**PN-44**  
**CARACTERIZACION ELECTROFISIOLOGICA Y CONDUCTUAL DE RESPUESTA INHIBITORIA MOTORA EN DEFICIT ATENCIONAL (SDAH).**

Henríquez, Marcela; Rothhammer, Paula; López, Javier; Zamorano, Francisco; López, Vladimir; Rothhammer, Francisco; Aboitiz, Francisco.

Laboratorio de Neurociencias Cognitivas/ Departamento Psiquiatría/ Facultad de Medicina/ Pontificia Universidad Católica de Chile. Universidad de Tarapacá.

Numerosos estudios reportan alteraciones en la respuesta inhibitoria motora de pacientes con SDAH. Sin embargo, existe escasa información acerca de eventuales alteraciones en los procesos electrofisiológicos subyacentes a inhibición motora en el síndrome. Nuestro objetivo fue caracterizar la respuesta conductual y electrofisiológica de niños con SDAH frente a un paradigma de inhibición motora.

**Metodología:** Se aplicó el paradigma Go/Nogo a 15 niños con SDAH y 15 niños control entre 8 y 13 años, obteniendo simultáneamente un electroencefalograma digital de alta resolución. El diagnóstico de SDAH y la presencia de co-morbilidad fueron objetivados mediante MINI-KID. A partir del electroencefalograma, se obtuvo Potenciales Relacionados a Evento (ERPs) siguiendo el método descrito por Hillyard y col.

**Resultados:** El grupo SDAH cometió más errores de omisión y comisión ( $p < 0,001$ ). El análisis de ERPs en el grupo control muestra una negatividad fronto-central a los 240 ms, en la curva de diferencia Nogo-Go. Este componente (N200) se relacionaría con el proceso inhibitorio. La latencia de N200 fue mayor en el grupo SDAH (288 ms,  $p < 0,1$ ), sugiriendo que el proceso inhibitorio se gatilla más tarde. La latencia de N200 podría constituir un marcador para SDAH.

**PN-45**  
**PROYECTO PLAN PILOTO DE PESQUISA PARA FENILQUETONURIA EN MADRES DE NIÑOS CON CARACTERISTICAS DE EMBRIOPATIA POR HIPERFENILALANINEMIA.**

Quitral, Mireya; Colombo, Marta

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.  
 e-mail: mireya.quitral@gmail.com

**Introducción:** Los hijos de madres con alteraciones del metabolismo de la fenilalanina tienen riesgo de presentar retardo mental, lo que puede prevenirse con manejo adecuado. En Chile la pesquisa neonatal para fenilketonuria se realiza masivamente desde el año 1998. Las madres de nuestros niños son posibles portadoras de esta enfermedad.

**Objetivos:** Analizar factibilidad de pesquisa selectiva a madres de niños con características de embriopatía por hiperfenilalaninemia. Diseñar plan piloto de pesquisa selectiva de hiperfenilalaninemias en madres de recién nacidos de las maternidades de la V región. Evitar estudios innecesarios en pacientes con características de embriopatía por hiperfenilalaninemia.

**Métodos:** Se realizó estudio de cohorte, efectuándose medición cualitativa de aminoácidos mediante cromatografía en papel a tres grupos de madres cuyos hijos presentaban alguna característica de embriopatía por hiperfenilalaninemia sin etiología precisada.

**Resultados:** Policlínico Neurología Infantil HCVB: 64 pacientes seleccionados. 35 muestras. Todas las cromatografías fueron normales. Unidad de Recién Nacidos: 4 madres seleccionadas. Ninguna se toma muestra. Escuela Humberto Moatt: 36 madres aceptan realizarse el examen, 9 muestras recibidas. Se realizaron un total de 40 cromatografías, todos los perfiles de aminoácidos resultaron normales.

**Discusión:** Las mujeres en edad fértil que no se han sometido a pesquisa neonatal para PKU son potenciales portadoras de déficit de fenilalanina hidroxilasa.

La incidencia de embriopatía por fenilketonuria no diagnosticada es de 1:40.000 RNV. En Chile nacen 250.000 niños cada año, 6 de ellos tendrán esta patología, lo que se puede prevenir con adecuado diagnóstico y tratamiento.

El momento de tomar la muestra, es importante en el éxito y cobertura de un programa de pesquisa. Se propone realizar plan piloto de pesquisa selectiva para hiperfenilalaninemia en maternidades de hospitales de Valparaíso,



Viña del Mar, Quilpué y Quillota, cuya muestra se tome en conjunto con la del RN previo al alta.

**PN-46**  
**PRUEBA DE SOBRECARGA CON FENILALANINA EN ENFERMEDADES DE NEUROTRASMISORES EN PACIENTES CHILENOS CON SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL**

Troncoso, Mónica; Okuma, Cecilia.  
Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

**Introducción:** Muchas enfermedades de neurotransmisores aminérgicos se manifiestan con cuadros extrapiramidales; precozmente como encefalopatía progresiva o tardíamente como la enfermedad de Segawa, ambas condiciones pueden ser diagnosticadas y correctamente tratadas con la determinación de neurotransmisores en LCR. Sin embargo, esta técnica se restringe a pocos laboratorios en el mundo.

**Objetivo:** estudiar y caracterizar con la prueba de sobrecarga de fenilalanina un grupo de pacientes Chilenos con síndrome extrapiramidal.

**Métodos y Resultados:** se estudiaron prospectivamente 17 pacientes con síndrome extrapiramidal entre los años 2004-2006, edad promedio 10,8 años (1,7-20 años), 12 varones. Todos no relacionados, excepto dos parejas. Encontramos un cuadro compatible con enfermedad de Segawa en 3/17, en 2 de ellos herencia autonómica dominante. En los 3 demostramos alteraciones en la prueba de sobrecarga oral con fenilalanina sugerentes de deficiencia de GTPCH1, los confirmamos con la prueba de sobrecarga con tetrahidrobiopterina y el perfil de neurotransmisores en LCR. En un cuarto paciente el perfil de neurotransmisores en LCR fue compatible con deficiencia de Tirosina Hidroxilasa, en este caso la prueba de sobrecarga con fenilalanina fue normal, clínicamente esta paciente se presentó como una encefalopatía progresiva de inicio precoz.

**Conclusiones:** demostramos la utilidad de la prueba de sobrecarga oral con fenilalanina en el diagnóstico diferencial de los cuadros extrapiramidales y su factibilidad de aplicación en nuestro medio.

**PN-47**  
**DEFICIT DE FOLATO CEREBRAL, UNA ENCEFALOPATIA EXTRAPIRAMIDAL TRATABLE.**

Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Okuma, Cecilia.

Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El déficit de Folato Cerebral es un síndrome neurológico caracterizado por niveles bajos de 5-metiltetrahydrofolato en LCR, en presencia de metabolismo de folatos sistémico normal, potencialmente tratable.

**Objetivo:** dar a conocer y difundir el caso clínico de un paciente con déficit de folato cerebral tratado con ácido folínico oral.

**Caso:** Recién nacido de término, adecuado para la edad gestacional, masculino, con embarazo y parto fisiológico. Desde el primer mes de vida evoluciona con retardo del desarrollo psicomotor, irritabilidad, apneas centrales, síndrome hipotónico severo, mal incremento pontoestatural, a los cuatro meses de edad se constata cuadro predominantemente extrapiramidal, con distonías generalizadas que progresa hasta posturas de opistótono casi permanente, se hospitaliza múltiples veces por comorbilidad respiratoria. Al año 4 meses se hace el diagnóstico de Déficit de Folato Cerebral (5-metiltetrahydrofolato indetectable; aminas y pterinas normales en LCR), con posterioridad se inicia tratamiento con ácido folínico (0,5 mg/kg/día), evidenciándose mejoría parcial de su cuadro principalmente control del cuadro distónico y mejoría de los parámetros nutricionales. Actualmente 5 años con retraso del desarrollo psicomotor severo.

**Comentario:** Siendo la deficiencia de folato cerebral un cuadro potencialmente tratable debe sospecharse en todo niño con retraso psicomotor y movimientos anormales. En este caso el diagnóstico tardío y su tratamiento permitieron revertir parcialmente la sintomatología, lo que enfatiza la importancia de la sospecha y tratamiento precoz en este tipo de patología.

**PN-48**  
**COMORBILIDAD GALACTOSEMIA E HIPOTIROIDISMO CONGENITO: REPORTE DE UN CASO.**

Troncoso, Mónica; Okuma, Cecilia; Nilo, Karen; Fajardo, Carlos.

Servicios Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio Pediatría Hospital Regional de Copiapó.

**Introducción:** la Galactosemia es una enfermedad infrecuente (1:60000) y potencialmente letal, en la que se acumula galactosa y sus metabolitos que son responsables de la toxicidad. Por el contrario, el Hipotiroidismo Congénito es una de las afecciones más frecuentes (1:4000) causa de retardo mental tratable.

**Objetivo:** dar a conocer y difundir la comorbilidad de Galactosemia con Hipotiroidismo Congénito, asociación no descrita en la literatura médica.

**Caso:** niño hijo de padres no consanguíneos, con antecedentes de haber sido un RNTAEG, masculino, con embarazo y parto fisiológico. Desde los 8 días de vida con ictericia colestásica persistente, mal incremento ponderal, hepatomegalia, ascitis e hidrocele testicular, hernia umbilical, acidosis metabólica, insuficiencia hepática, deshidratación severa, en lo neurológico cursa hipoactivo, llanto ronco, somnoliento y con hipotonía generalizada. Al mes 15 días de vida se diagnostica Hipotiroidismo Congénito (tamizaje neonatal falso negativo) y se comienza sustitución hormonal tiroídeo con respuesta parcial al tratamiento, por lo cual, se sospecha enfermedad metabólica y se suspende la galactosa de la dieta (nan Soya). Actualmente a los 4 meses de vida persiste con leve retraso del desarrollo psicomotor y aparición de pequeña catarata capsular en ojo derecho. De los exámenes destaca azúcares en orina positivos para galactosa, mutación homocigota Q188R en gen GALT, TAC cerebral (realizada a los 2 meses de vida) y RM (4 meses) en el que se observa alteraciones difusas de la sustancia blanca.

**Comentario:** La comorbilidad de Galactosemia e Hipotiroidismo Congénito empobrecen el pronóstico neurológico, éste se puede correlacionar con las alteraciones de la sustancia blanca en la Galactosemia.

#### PN-50

#### SINDROME DE WEST ASOCIADO AL POLIMORFISMO 625G>A DE LA ACIL-COA-DEHIDROGENASA DE CADENA CORTA. CO-

#### MUNICACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Mabe, Paulina; Arriaza, Manuel; Acevedo, Keryma; Cornejo Verónica; Bali, D.; Gregeresen, N.

INTA-Universidad de Chile pmabe@inta.cl  
Unidad de Neurología, Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, Stgo. de Chile.

Unidad de Neurología, Hospital de Niños Dr. Sótero del Río, Stgo. de Chile

Departamento de Pediatría, Universidad de Duke, Durham, EE.UU.

Unidad de Medicina Molecular, Universidad de Aarhus, Aarhus, Dinamarca

El déficit de acil-CoA-dehidrogenasa de cadena corta (D-SCAD) es un desorden autosómico recesivo que compromete la  $\beta$ -oxidación mitocondrial de los ácidos grasos (BOMAG). La literatura reporta 29 casos, sin embargo, debido a la dificultad para establecer el diagnóstico, D-SCAD está probablemente subdiagnosticada. Se distinguen dos formas, según sea el defecto molecular asociado: 1) D-SCAD clásico, asociado a mutaciones patológicas de ambos alelos SCAD (9 pacientes) y 2) D-SCAD variante, asociada a la presencia en homocigosis o heterocigosis compuesta de los polimorfismos comunes 625 G>A y/o 511 C>T (9 pacientes). Siete pacientes presentan un genotipo mixto y otros cuatro no pudieron ser clasificados por falta de información con respecto al genotipo. Las manifestaciones clínicas de ambas formas de D-SCAD son similares, variando entre un cuadro crónico con retraso del desarrollo sicomotor, hipotonía, con o sin convulsiones, y un cuadro metabólico agudo con vómitos, acidosis metabólica y, menos frecuentemente, hipoglicemia. A diferencia de otros desórdenes BOMAG, la hipoglicemia es una característica infrecuente en D-SCAD. En este trabajo damos a conocer el caso de una niña chilena con un Síndrome de West que se inicia a las cuatro semanas de vida, asociado a homocigosis para 625 G>A. La presentación inusual de nuestra paciente amplía el espectro clínico de D-SCAD, en particular de la forma variante. Revisamos además las características clínicas y bioquímicas de los casos previos de D-SCAD.

**PN-51**  
**DEFICIT AGUDO DE TIAMINA Y SINDROME DE WERNICKE: PRESENTACION CASO CLINICO.**

Espinoza, Alex, Gonzalez, Juan Enrique.  
Unid. de Neurol. Infantil, Serv. de Pediatría,  
Hosp. Exequiel G. Cortés, Santiago, Chile.

**Introducción:** El síndrome de Wernicke es un trastorno agudo debido al déficit de la vitamina B1 (Tiamina). El síndrome incluye compromiso de conciencia, oftalmoparesia y ataxia de comienzo agudo. El diagnóstico es básicamente clínico, lo que implica un alto índice de sospecha.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de una paciente con Leucemia, con un cuadro agudo de encefalopatía aguda con características típicas de esta entidad.

Caso Clínico: Paciente 17 años, cursando leucemia linfocítica aguda, hospitalización prolongada, neutropenia febril, que recibe nutrición parenteral por más de un mes. Presenta aparición aguda de compromiso de conciencia (Glasgow 13), disminución de la agudeza visual con edema de papila ojo derecho, paresia de VI par bilateral, con nistagmus horizontal mayor a izquierda, Disartria, tetraparesia de predominio distal M3, ROT disminuidos junto parestesias y dolor tenebrante en extremidades inferiores, sin alteración al examen de la sensibilidad. Cerebelo poco evaluable con ataxia de extremidades.

Se realiza TAC cerebral normal, LCR normal (Citoquímico normal, cultivo, gram PCR y cultivo para TBC, PCR enterovirus y VHS 1 y 2, tinta china: todos negativos).

RNM cerebral revela lesiones hiperintensas en T2 de aspecto desmielinizante de VI par bilateral, colículos inferiores, cuerpos geniculados y cuerpos mamilares. Se conoce la ausencia de aporte reciente de vitamina B1, y se decide aporte parenteral 60 mg/día. Después de 3 semanas de aporte de tiamina tiene clara mejoría clínica con disminución del dolor neuropático y déficits neurológicos. RNM cerebral con espectroscopía control mostró regresión total de lesiones descritas, sin peak de lactato.

**Discusión:** El síndrome de déficit de vitamina B1 es básicamente clínico, los exámenes son de poca utilidad, pero destaca neuroimagen que en nuestro caso entregó información vital

para la sospecha diagnóstica. El tratamiento se basa en reposición de vitamina B1 50 – 100 mg/ día, que dada en forma oportuna cambia favorablemente el pronóstico, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

**PN-52**  
**EVALUACION DE NIÑOS CON CEFALEA ENVIADOS DESDE EL NIVEL PRIMARIO**

Tirado, Karina; Devilat, Marcelo; Reinbach, Katya; Gomés, Verónica; Contreras, Andrés.  
Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil  
Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

e-mail: tivurrtira@yahoo.com

**Objetivo:** Cotejar la correlación diagnóstica de niños con cefalea derivados desde el nivel primario (NP) al secundario (NS), evaluar el diagnóstico del NS, los exámenes y el seguimiento posterior.

**Pacientes y métodos:** En mayo-junio 2005 se derivaron 171 niños desde el NP. Se aisló una muestra aleatoria simple de 82 pacientes. La información se obtuvo de la ficha clínica.

**Resultados:** No hubo diferencias de género y la edad media fue 10,8 años.

El diagnóstico del NP fue de cefalea en 52(72%) niños. Quince niños se derivaron como migraña y el NS lo confirmó en 13. En otros 4 de 8 niños el diagnóstico de cefalea tensional del NP fue confirmado.

En el NS hubo 42(51%) niños con migraña, 24 con cefalea tensional, 11 con otro tipo de cefalea y 2 con cefalea secundaria.

Se solicitaron 38 EEG y 43 TAC de los cuales sólo 1 EEG resultó alterado. Se dio alta 29(35%) pacientes, 19(23%) no regresaron después del primer control y 24(29%) después de más de un control.

**Conclusión:** Existe adecuada correlación si la derivación determina el tipo de cefalea. EEG y TAC parecieran no ser útiles en estos niños. La mitad de los pacientes se pierden durante el control.

**PN-53**  
**EMBRIOPATIA POR ISOTRETINOINA (ACIDO RETINOICO) UN DAÑO EVITABLE.**

Troncoso, Mónica; Rojas, Carla; Bravo, Eduardo.

Serv. Neuropsiq. Infantil, Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Serv. de Neuroradiología Inst. de Neurocirugía "Asenjo", Santiago, Chile.  
e.mail: carlarojash@yahoo.com

**Introducción:** La isotretinoína, ampliamente usada en el tratamiento del acné quístico, es conocida por sus efectos teratogénicos dependiente del período gestacional durante el cual fue utilizado. Es responsable del desarrollo de malformaciones incluido el sistema nervioso central (SNC), con especial predilección de cerebelo.

**Caso Clínico:** Se describe el caso de una lactante cuya madre estuvo expuesta a isotretinoína durante periodo pregestacional/gestacional (a pesar de haber tenido información Médica) con retraso de desarrollo psicomotor, alteraciones de movimientos oculares y una anomalía del desarrollo de fosa posterior del cerebro con ausencia de vermis cerebeloso. Se descartaron otras etiologías.

**Conclusión:** La niña presenta claramente signos neurológicos teratogénicos causados por retinol, que pudieron ser evitados con la insistencia a la madre de prevenir el embarazo.

**Comentario:** Reportes de casos clínicos de madres de pacientes expuestas a isotretinoína asociado a los hallazgos en estudios experimentales en animales, son la base de la implementación de programas de prevención de embarazo en otros países, dando instrucción del riesgo teratogénico, obligación de tener test de embarazo negativo y un ciclo menstrual activo previo inicio terapia. Desde el año 2000 es obligatorio realizar encuestas de control a toda mujer potencialmente usuaria de retinol.

#### PN-54

#### **CRANEOSINOSTOSIS: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL, HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, ENTRE LOS AÑOS 1999-2006.**

Rojas, Carla; Arturo, Zuleta; López, Francisca; Pinto Fernando; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán; Instituto Neurocirugía Asenjo; Servicio Pediatría, Hospital de Coyaique, Santiago, Chile.

e-mail: mflopeza@hotmail.com

**Introducción:** Craneosinostosis es una anomalía congénita caracterizada por el cierre prematuro de una o más suturas del cráneo resultado de un defecto de osificación. Su frecuencia es de 1:2000 RNV (0,04-0,1 %) según distintas series.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de pacientes con craneosinostosis controlados en el Hospital San Borja Arriarán, tratamiento y evolución postquirúrgica.

**Material y Métodos:** pacientes controlados con este diagnóstico entre los años 1999 y 2006.

**Resultados:** 16 pacientes, 15 hombres y una mujer, antecedentes familiares (-). El diagnóstico se realizó antes de los 2 meses en 7/16, entre el 5-6 mes en 3/16 y a los 18 meses en 1/16.

El diagnóstico fue realizado mediante radiografía de cráneo y TAC cerebral.

Predominó la escafocefalia (6), plagiocefalia (3), braquicefalia (1), deformidad craneana trilobulada o Kleeblattschadel (2) y 4 pacientes en contexto de síndromes, Crouzon (2) y Apert (1), Pfeifer (1).

Desarrollo psicomotor normal previo a cirugía en 12 /16 (no Sindromáticos), retardo psicomotor leve a moderado en 4.

Craneoplastía en todos. Buena evolución postquirúrgica, 2 con retardo desarrollo psicomotor moderado y uno trastorno del lenguaje.

**Comentario:** La intervención precoz de la craneosinostosis garantiza un mejor pronóstico en su desarrollo posterior. Los síndromes se asociaron a mayor compromiso neurocognitivo.

#### PN-55

#### **TUMORES DEL SNC EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

Pizarro, Lorena; Troncoso, Mónica; Cabrera, Rodrigo; Ríos, Loreto; Troncoso, Ledia.

Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** Los tumores del Sistema Nervioso Central (TuSNC) corresponden a la segunda neoplasia infantil después de las leucemias.

**Objetivo:** Reportar la experiencia del Servicio





entre los años 1998-2006 de pacientes con TuSNC.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de historial clínico, protocolo quirúrgico y evolución.

**Resultados:** Total: 37 niños, 25 varones (67,5%) y 12 mujeres (32,5%).

Edad de presentación: 0-5 años: 18(48,6%) 5-10 años: 8(21,6%) 10-15 años: 11(29,7%).

Supratentoriales: 19 pacientes. 16/19 varones, 3/19 mujeres; 15/19 pacientes consultaron por Síndrome convulsivo 4/19 por Cefalea. Tratamiento quirúrgico: 9/19, médico: 8/16 sin tratamiento: 2/19. Evolución: 5/19 asintomático, 14/19 con secuelas neurológicas.

Infratentoriales: 14 pacientes, 9/14 varones, 5/14 mujeres, 9/14 debutaron con cefalea HIC, 3/14 trastornos motores, 1/14 convulsiones 1/14 trastorno conductual. Tratamiento quirúrgico 6/14, médico 5/14, sin tratamiento 3/14. Evolución: 3 Asintomáticos, 7 secuelas y 4 fallecieron.

Medulares: 4 pacientes. 2 varón 2 mujeres; todos debutaron con trastorno motor. Tratamiento quirúrgico 3/4. Biopsias: 2/4 Astrocitos 1/4 Schwannoma. 1/4 Linfoma No Hodgkin Evolución: 1 Asintomático 3 secuelas.

**Conclusiones:** La experiencia de esta muestra difiere de la literatura: la localización fue mayor Supratentorial y la edad de presentación (0-5 y 10-15 años).

Comentario: sin ser un centro de derivación quirúrgico, la oportunidad en la sospecha clínica permitió el diagnóstico etiológico.

#### PN-56

##### **CASO CLINICO: LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE.**

Margarit, Cynthia; Arriaza, Manuel; Ávila, Daniela; Claverie, Ximena; Becker, Ana Unidad de Neurología y Hemato Oncología Infantil. Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Sótero Del Río, Santiago, Chile.

**Introducción:** Las alteraciones hematológicas de tipo inmune son poco frecuentes en pediatría (2/1000000), su manejo contempla terapia inmunosupresora con Ciclosporina.

**Objetivos:** Descripción de las alteraciones neurológicas asociadas al uso de ciclosporina.

**Material y Métodos:** Revisión de fichas de

pacientes que recibieron tratamiento con ciclosporina.

**Resultados:** En el periodo entre los años 2004 y 2006 ingresaron 3 niños con alteraciones hematológicas de tipo inmune: 2 correspondieron a anemia aplásica y 1 a neutropenia inmune. De los pacientes con anemia aplásica 1 respondió favorablemente al tratamiento con ciclosporina, el segundo se mantiene en tratamiento, ambos no han presentado complicaciones neurológicas. La paciente con neutropenia inmune presentó temblor, crisis convulsiva tónico clónica generalizada y amaurosis de 48 horas de duración. Se realizó RNM cerebral que demostró leucoencefalopatía posterior, suspendiéndose el tratamiento con ciclosporina, evolucionando con regresión de su cuadro clínico, se controló con RNM dentro de límites normales.

**Comentario:** Aunque el uso de ciclosporina en pediatría es infrecuente, se realiza en pacientes con patología compleja, por lo que es importante estar atento a las complicaciones neurológicas y tener presente su diagnóstico.

#### PN-57

##### **TUMORES DEL SNC: SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN LA UNIDAD DE HEMATO ONCOLOGIA DEL HOSPITAL SOTERO DEL RIO**

Margarit, Cynthia; Becker, Ana; Claverie, Ximena; Pérez, Carlos; Váscquez, Vicente.

Unidades de Neurología, Hemato-Oncología y Neurocirugía Infantil, Hospital Dr. Sótero del Río Santiago, Chile.

**Introducción:** Los tumores cerebrales representan la segunda neoplasia en la población pediátrica.

**Objetivo:** Comunicar la experiencia en el seguimiento evaluando las necesidades de un manejo interdisciplinario.

**Material y métodos:** revisión de fichas de pacientes ingresados con el diagnóstico de Tumor del SNC.

**Resultados:** Se mantienen en Policlínico de seguimiento 16 pacientes realizándose evaluaciones con neurólogo, oncólogo y neurocirujano cada 4 meses. De los 16 niños fallecieron dos, un paciente presenta compromiso neurológico severo, 4 presentan epilepsia todos con politerapia. Requirieron 2ª cirugía 2 pacientes

por recaída. Dentro de las derivaciones que se realizaron destacan: fisiatría, fonoaudiología, nutrición, endocrinología y salud mental.

**Comentario:** Esta experiencia nos permitió darnos cuenta como equipo de la importancia de realizar un seguimiento integral del niño con tumor del SNC, buscando las complicaciones neurológicas propias de la enfermedad de base, de los tratamientos utilizados, y detectar precozmente la aparición de secuelas, lo cual ha contribuido a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

#### PN-58

##### CASO CLINICO: TEC Y DISFUNCION ADENOHIPOFISIARIA

Margarit, Cynthia; Arriaza, Manuel; Avila, Daniela; Vasconez, Vicente; Pérez, Carlos; Contreras, Marcel; Darras, Enrique; Wegner, Adriana; Mallea, Fernando

Unidades de Neurocirugía, Neurología y Unidad de Paciente Crítico Pediátrico.

Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

**Introducción:** La disfunción adenohipofisaria se puede presentar en un 7% de los TEC. Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de la disfunción hipofisaria asociada a TEC.

**Material y métodos:** revisión de la historia clínica de paciente ingresado a UCIP.

**Resultados:** Escolar de 12 años, previamente sano, quien sufre caída de altura (2mts), ingresa a Urgencia con compromiso de conciencia (glasgow 13), sin focalización al examen neurológico, con TAC cerebral que muestra hematoma extradural laminar. Se hospitaliza en UCIP evolucionando a las 72 hrs. con clínica de HTE, por lo que se realiza TAC que muestra edema cerebral severo y aumento del hematoma extradural, por lo que se ingresa a pabellón para realizar descompresiva bilateral, sin embargo en el intraoperatorio no se observa edema cerebral, se decide drenar el hematoma y colocar captor de PIC intraventricular. Durante la cirugía se pesquiza hiponatremia de 127. El paciente evoluciona presentando aumentos de PIC e HTA con TAC de control que demostraban mejoría imagenológica de su edema, sin embargo persistía presentando clínica de HTE. Al 5° día presenta hipoglicemia por lo que se decide realizar estudio endo-

crinológico en el que destacan alteración del cortisol y hormonas tiroideas, iniciándose de inmediato terapia de sustitución, mejorando su condición clínica (hemodinámica y neurológica), con un examen neurológico dentro de límites normales.

**Discusión:** Es importante tener la sospecha clínica de disfunción adenohipofisaria, ante toda alteración hidroelectrolítica y metabólica en pacientes que han sufrido un TEC.

#### PN-59

##### VIDEO-EEG MONITOREO PROLONGADO EN NIÑOS. ¿ES UNA HERRAMIENTA UTIL EN EL DIAGNOSTICO INICIAL DE EPILEPSIA?

Alvarez, Carolina; Lagae, Lieven

Departamento de Neurología Pediátrica, Hospital de Gasthuisberg, Universidad Católica de Lovaina, Lovaina, Bélgica.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del video-EEG monitoreo prolongado (VEMP) en el diagnóstico inicial de epilepsia.

**Material y método:** En forma prospectiva y consecutiva se incluyeron 61 niños entre 1 mes y 17 años derivados a nuestro hospital por sospecha de epilepsia. A todos los pacientes se les realizó historia clínica y EEG Standard (st) de acuerdo a lo cual fueron clasificados en baja y alta probabilidad de epilepsia, a éstos últimos además se los clasificó según los criterios sindromáticos de la ILAE.

En todos los pacientes se efectuó un VEMP de 24 horas y se evaluó si sus resultados fueron capaces de modificar el diagnóstico semiológico o sindromático de epilepsia o influir en su manejo clínico cuando se comparaba con el diagnóstico planteado mediante la anamnesis y el EEG st.

**Resultados:** 21 pacientes fueron clasificados como alta probabilidad y 40 como baja probabilidad de epilepsia de acuerdo a la historia clínica y al EEG st. En 13 (62%) pacientes del grupo de alta probabilidad de epilepsia el VEMP fue capaz de mejorar el diagnóstico o manejo clínico (por cambio en la semiología de las crisis, hallazgo de anomalías epilépticas focales no sospechadas, descarte de epilepsia etc.).

**Discusión:** En el presente estudio fue altamente valioso el aporte del VEMP en pacien-

tes nuevos con alta sospecha de epilepsia a pesar de una adecuada historia clínica y EEG. Si dado que resultó útil en más del 50% de estos pacientes, por lo que tal vez el alto costo de este examen podría ser compensado por la posibilidad de un diagnóstico inicial más certero.

**Conclusión:** El video-EEG monitoreo prolongado de 24 horas es una herramienta útil en el diagnóstico de epilepsia en pacientes con alta sospecha clínica.

#### PN-60

##### DIAGNOSTICO ANTENATAL FETAL DE MALFORMACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO POR RESONANCIA MAGNETICA.

Bravo, Eduardo; Gálvez, Marcelo; Rivera, Rodrigo; Okuma, Cecilia

Servicio Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica, Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo. www.neurorradiologia.cl, Santiago, Chile.

**Introducción:** El 20% de las malformaciones congénitas de los Recién Nacidos vivos compromete al SNC. La aparición de secuencias rápidas de Resonancia Magnética (RM) han permitido el estudio prenatal de estas patologías ayudando a un adecuado diagnóstico, manejo, evaluación y tratamiento de las complicaciones derivadas de éstas.

**Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia en el uso de la RM en el diagnóstico fetal de las malformaciones del sistema nervioso.

**Pacientes y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de 18 mujeres con 18 fetos, estudiadas con RM con diagnóstico ecográfico prenatal de diversas malformaciones del SNC. Se utilizaron secuencias HASTE y T1.

**Resultados.** La edad promedio materna fue de 26,2 años (rango 16-41 años), edad gestacional promedio 32,5 semanas (rango 24-36). Los diagnósticos por RM fetal más frecuentes fueron 4 pacientes con Hidrocefalia Supratentorial, tres agencias o hipoplasias del Cuerpo Caloso, tres quistes coroideos e interhemisféricos, dos estenosis acueductales, dos teratomas interhemisféricos, dos hidranencefalías, un meningoencefalocele, un encefalocele y una malformación de Chiari tipo II.

El diagnóstico prenatal con RM fue discordante con el de ecografía en 5/18 casos. En 2/18 estudios se descartó la sospecha de pa-

tología y se estableció la normalidad cerebral en la RM.

**Conclusiones:** La RM fetal permite una adecuada visualización de las estructuras del SNC contribuyendo al adecuado diagnóstico de malformaciones del SNC permitiendo la planificación de estrategias de tratamiento y manejo del recién nacido.

#### PN-61

##### PATRONES ELECTROENCEFALOGRAFICOS EN NEUROLOGIA INFANTIL.

Ríos, Loreto; Witting, Scarlet; Troncoso, Mónica; Gajewski, Carmen; Troncoso, Ledia  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil-Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** El conocimiento de patrones electroencefalográficos de ciertos síndromes neurológicos, juega un papel muy importante en su valoración, sospecha diagnóstica y seguimiento evolutivo. Estos patrones han permitido además, explicar la epileptogénesis de algunos síndromes, ya sea debido a la función anormal de un loci genético definido o secundario de un trastorno estructural del SNC. Las patologías neurológicas descritas con patrones electroencefalográficos específicos pueden dividirse en tres grupos. I. Cromosopatías II. Enfermedades metabólicas III. Enfermedades neurológicas no epilépticas con patrón EEG sugerente.

**Objetivo:** Describir los diferentes patrones EEG que han permitido en nuestro servicio orientar o apoyar diagnósticos neurológicos específicos.

**Material y método:** Se describen patrones específicos más frecuentes encontrados en pacientes de nuestro servicio que han permitido sospechar o definir etapa evolutiva diagnóstica I. Enfermedades cromosómicas: Síndrome de Angelman; Síndrome Wolf-Hirschhorn; Síndrome de Rett; Síndrome de X frágil; Síndrome Smith Mangelis; II. Enfermedades metabólicas: Hiperglicinemia no cetótica; lipofuccinosis Jansky Bielschowsky. 3. Enfermedades neurológicas no epilépticas: Distrofia neuroaxonal.

**Conclusión:** En la actualidad existen patrones eléctricos altamente específicos en ciertas patologías neurológicas, cuyo conocimiento permiten utilizarlos como herramienta de apoyo

en la orientación diagnóstica y evolutiva.

**PN-62**  
**MONITOREO EEG CONTINUO (EEGc) EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Mesa, Tomás; Solari, Francesca; Santín, Julia; Godoy, Jaime; Kuester, Gisela  
Departamento Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

**Objetivo:** el EEGc en pacientes críticos, ha estado poco desarrollada por inconvenientes técnicos y económicos. Con los avances computacionales, comunicacionales y costos menores, EEGc surge como técnica fundamental para pacientes con graves enfermedades neurológicas. Presentamos nuestra experiencia.

**Metodología:** estudio prospectivo de pacientes con indicación de EEGc, entre Febrero 2005 y Abril 2006. Se incluyen antecedentes clínicos, tratamiento y procedimientos. Cuatro electroencefalografista analizan al azar los trazados, en ficha diseñada, cada 8 hrs. Obtención datos mediante sistema digital Cadwell, transmitidos por banda ancha (internet) y reportados a médico tratante mediante Email y fono dentro de un plazo no mayor a tres horas.

**Resultado:** 13 pacientes y 14 EEGc. Promedio edad: 45 años (rango: 7m a 83a). 9 varones. Promedio de EEGc: 132,2 hrs (rango: 4 hrs a 400 hrs). Indicación: 11 EEGc para manejo de epilepsia y tres para diagnóstico. Todos con alteración de conciencia. En 11 se comprobó estado epiléptico (SE) y 9 tenían un SE subclínico. En tres pacientes no se consignaron crisis (X: 100 hrs de EEGc). 5 usaron anestésico. Etiología variada: 4 accidentes vasculares encefálicos (AVE) y 4 encefalitis. De 9 pacientes SE, en 5 se pudo revertir.

**Conclusión:** el EEGc digital, denota ser fundamental para buen diagnóstico y manejo de pacientes con alteración de conciencia y sospecha de descargas cerebrales, especialmente en AVE e infecciones SNC. También en el manejo del SE, ya que las crisis subclínicas, son más frecuentes de lo pensado. El EEGc es más económico que los EEG portátiles.

**PN-63**  
**UTILIDAD DEL MONITOREO ELECTROEN- CEFALOGRAFICO CONTINUO EN EL ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO GRAVE.**

Mesa, Tomás; Andrade, Lucila; Santín, Julia; Kuester, Gisela; Godoy, Jaime; Hernández, Marta.

Departamento de Pediatría, Sección Neurología Infantil, Unidad de Neurología Infantil, Hospital Carlos Van Buren, Departamento de Neurofisiología Universidad Católica de Chile.

El estado epiléptico refractario (EER) se define por la persistencia de actividad epiléptica por un periodo mayor de 60 minutos a pesar de una terapia médica y antiepiléptica adecuada. El EER grave es la reaparición de crisis después de un periodo de coma con estallido de supresión de profundidad y duración adecuada. La incidencia del EER grave se desconoce en cualquier grupo etario.

**Objetivos:** Presentar la utilidad del monitoreo eléctrico continuo en 3 pacientes con EER grave.

**Pacientes:** Durante Septiembre 2005-Febrero 2006 ingresan 3 niños entre 9m-12 años derivados de distintos centros con diagnóstico de EE.

**Resultados:** Los EE se hicieron refractarios y las crisis reaparecieron después de 48 horas de anestesia con un estallido de supresión de adecuada profundidad y duración. La duración del EER grave fue de 5 a 60 días, un paciente fallece al 5 día y en los restantes se logra yugular el EER grave entre 14 y 60 días. En el seguimiento ambos pacientes están con una epilepsia controlada con dos medicamentos, uno de ellos continuó su escolaridad con coeficiente intelectual normal.

**Conclusiones:** El monitoreo EEG es una herramienta de apoyo para el tratamiento de pacientes en EER ya que permite manejar en forma segura la profundidad y duración del estallido de supresión, detectar los estados no convulsivos o la evolución hacia estados subclínicos y monitorizar el término del tratamiento.

**PN-64**  
**EPILEPSIA Y PATRONES ELECTROEN- CEFALOGRAFICOS EN 161 NIÑOS CON ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO**

### DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA INFANTIL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.

Witting, Scarlet; Troncoso, Mónica; Díaz, Carolina; Ríos, Loreto; Troncoso, Ledia  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil-Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.  
e.mail : switting@vtr.net

**Introducción:** Las crisis epilépticas son un síntoma frecuente en un gran número de errores innatos del metabolismo (EIM), observándose en el 50 – 75% de los casos.

**Objetivo:** Evaluar características de las epilepsias y patrones EEG en niños con EIM.

**Método:** Se analizan fichas clínicas y estudios electroencefalográficos de 161 pacientes con EIM entre los años 1995 – 2006.

**Resultados:** De 161 pacientes con EIM, 78 presentaron epilepsia (48%).

EIM aminoácidos: 32 pacientes, 18 epilepsias (56%). EIM lisosomales: 36 pacientes, 17 epilepsias (47%). Enf. Peroxisomales: 17 pacientes, 4 epilepsias (23%). Enf. Mitocondriales: 40 pacientes, 21 epilepsias (52%). Enf. Neurotransmisores: 19 pacientes, 5 epilepsias (26%). EIM Metales: 5 pacientes, 3 epilepsias (60%). Distrofia Neuroaxonal: 6 pacientes, 3 epilepsias (50%). EIM hidratos de carbono: 5 pacientes, 4 epilepsias (80%). EIM lípidos: 1 paciente, sin epilepsia (0%).

En cada grupo se estudiaron la edad de inicio de las crisis, el tipo de crisis y patrón EEG.

**Conclusión:** La epilepsia es un síntoma frecuente en EIM, predominando las crisis mioclónicas, espasmos, tónico-clónicas generalizadas y parciales secundariamente generalizadas. No existen trazados EEG específicos, pero si EEG sugerentes: patrón estallido supresión, puntas occipitales con fotoestimulación a baja frecuencia, enlentecimiento o desorganización progresiva del patrón de base.

#### PN-65

### PROTOCOLO DE PESQUISA ECOGRAFICA DE ESPINA BIFIDA OCULTA (EBO).

Villegas, Víctor

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.  
e.mail: victor.ecovic@gmail.com

**Objetivos:** pesquisar en neonatos EBO para derivación oportuna y manejo precoz, consi-

derando síntomas tardíos de la médula anclada.

**Material y Método:** Ecógrafo Phillips (1550xe). Transductores lineal (7,5Mhz) para columna y de 5Mhz para encéfalo (descartar malformaciones). Se evaluaron 140 neonatos entre Enero de 1998 y Agosto de 2004. Se consideró normal cono medular móvil y libre en L2.

**Resultados:** De los 140 neonatos evaluados. Fosita pilonidal fue el diagnóstico más frecuente (56%). Ecografía normal en 121 RN (86,3%). Anormal en 19 (13,6%). Hubo 10 casos de médula anclada, 3 diastematomielia, 1 cavidad siringomiélica, 1 lipoma del canal raquídeo y 3 quistes del fillum terminal. Sospecha de Arnold-Chiari en 5 RN.

**Conclusiones:** examen si premedicación, aprovecha escasa osificación de la columna, realizable en cualquiera unidad de neonatología y permite derivar oportunamente los casos sospechosos para completar estudio y tratamiento.

#### PN-66

### SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE (SGB) EN NIÑOS. EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE:

Zepeda, Guillermo; Jofré, Leonor (1); Rojas, Antonio; Dragnic, Yuri; Culcay, Catalina. Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.  
e.mail: ydragnic@gmail.com

**Introducción:** El SGB, descrito por primera vez en 1916, es la causa más común de poli-neuropatía adquirida en niños y adolescentes, con una incidencia de 0,38 a 1,13 por 100.000. El mecanismo patogénico preciso permanece desconocido, sin embargo la respuesta al tratamiento inmunológico y las alteraciones anatomopatológicas sugieren un mecanismo autoinmune en su génesis, el cual puede ocurrir días o semanas después de una infección o inmunización.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, estudio diagnóstico, clasificación, tratamiento y evolución de los casos registrados en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universidad de Chile desde el año 2000 hasta el primer semestre del 2006.

**Método:** Revisión de la base general computacional de datos del Hospital Clínico y Servi-



cio de Pediatría. Recopilación de antecedentes registrados en fichas clínicas.

**Resultados:** Total de 11 casos (8 hombres); edad promedio 8 años; 9/11 presentaron una infección previa: 5/9 un síndrome diarreico agudo y 4/9 una infección respiratoria alta; la sintomatología del SGB ocurrió en promedio 10,1 días después del cuadro infeccioso; no existió un claro predominio estacional; forma de presentación: paresia de inicio progresivo fue la principal forma, con variabilidad en la intensidad y en la velocidad de progresión; 6/11 presentó mialgias; 1/11 presentó una forma fulminante requiriendo conexión a ventilación mecánica en el Servicio de Urgencia; 2/11 presentó compromiso de pares craneales compatibles con un Síndrome de Miller Fisher. En 4/10 el LCR mostró disociación albúmino citológica. La EMG y VCN mostró en 9/11 patrón desmielinizante, en 1/11 neuropatía axonal motora aguda (AMAN) y en 1/11 con neuropatía axonal sensitivo motora aguda (AMSAN). En 1/11 se obtuvo estudio viral positivo para VEB. Neuroimagen: RMN cerebral y medular se realizó en 3/11 con resultado normal. El promedio de días de hospitalización fue 13,5 (rango 1-64). Ventilación mecánica 1/11. El tratamiento incluyó inmunoglobulina en 9/11 pacientes. No se registró fallecimiento. Todos recibieron un apoyo médico multidisciplinario.

**Conclusiones:** 1. Claro predominio de sexo masculino. 2. Es habitual el antecedente de infección previa 3. La forma desmielinizante es la más frecuente. 4. Se requiere estandarizar estudio etiológico.

#### PN-67

##### SÍNDROME HIPOTÓNICO DEL RECIÉN NACIDO: FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN

Núñez, Alicia; Aránguiz, Juan Luis; Kattan, Javier; Escobar, Raúl

Departamento de Pediatría. P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

e.mail: rescobar@med.puc.cl

El Síndrome hipotónico del recién nacido (SHRN) es un cuadro clínico que se presenta hasta la semana 44 de edad postconcepción. Su síntoma definitorio es presencia de disminución significativa en tono muscular, pero su gravedad se relaciona a asociación a falta

de fuerzas. Cuadro aparentemente poco frecuente en este grupo etáreo, pero que plantea un problema diagnóstico importante. Existe escasa información en la literatura respecto a frecuencia real de éste. La presente comunicación muestra resultados de estudio retrospectivo, en período mayo 2000 a mayo 2006, incluyendo pacientes ingresados con diagnóstico de SHRN a Unidad de Intermedio-Intensivo de un Servicio de Recién-Nacidos de un Hospital Universitario (SRNU). El número total de RN ingresados a SRNU fue 2158, en 5,4% (117) el motivo de ingreso, principal o secundario, correspondió a SHRN. Del total de SHRN, 81% correspondió a causas centrales, destacando EHI (48%) y genotopatía (14%). Las causas periféricas correspondieron a 19 %, destacando hipermagnesemia (73%) y miopatías (18%). Con los datos obtenidos, es posible concluir: 1. El SHRN es una entidad clínica poco usual en SRNU; 2. Las causas centrales son las más frecuentes; 3. Es posible determinar etiología específica del SHRN.

#### PN-68

##### ELECTROMIOGRAFIA: CARACTERIZACIÓN EN PEDIATRÍA

Escobar, Raúl; Álvarez, Paola; Núñez, Alicia; Necochea, Cecilia

Departamento de Pediatría y Unidad Neuromuscular, P. Universidad Católica de Chile.

Santiago, Chile.

e.mail: rescobar@med.puc.cl

La electromiografía (EMG), esencial en evaluación del sistema nervioso periférico (SNP), se ha desarrollado relacionada al estudio del SNP adulto, por lo que su implementación y protocolos de estudio no necesariamente satisfacen necesidades de evaluación pediátrica. La presente comunicación muestra la experiencia en EMG-pediátrica y la caracterización de este procedimiento en el laboratorio de EMG de la Universidad Católica. Para lo anterior se analizó muestra de 296 EMG realizadas a menores de 18 años, entre enero 2001 y diciembre 2005. Durante ese período se realizaron 8006 EMG, de ellas 5,4% fueron pediátricas. La edad promedio fue 9,6 años (7 días a 18 años). Se efectuaron estudios de conducción, ondas-F, reflejos-H, exploración-muscular y estimulación-repetitiva. Los ner-

vios más estudiados fueron mediano, cubital, peroneo y tibial. Los músculos más explorados fueron deltoides, primer-interóseo-dorsal, vasto-lateral y tibial-anterior. Los diagnósticos electrofisiológicos más frecuentes fueron examen normal 52%, polineuropatía 15%, neuropatía-focal 12% y miopatía 11%. En 49% de EMG anormales hubo confirmación exacta del diagnóstico clínico planteado. Comparando con EMG-adultos, en todos los pacientes se logró realizar examen confiable, pero sí debió adecuarse el tipo de electrodos, modificar protocolos y extensión de exploración muscular y relativizar importancia de latencia en estudio de conducción.

#### PN-69

#### MIASTENIA GRAVIS (MG) EN NIÑOS. EXPERIENCIA CLINICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

Siebert, Alejandra; Pizarro, Lorena; Barrios, Andrés; Galleguillos, Christian.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago, Chile.

**Introducción:** La MG infantil difiere a la del adulto en presentación, evolución, respuesta al tratamiento y pronóstico.

**Objetivos:** Caracterizar clínica y laboratorio de pacientes con MG diagnosticados en nuestro servicio.

**Pacientes y Métodos:** Revisión retrospectiva de historial clínico de 30 pacientes diagnosticados con MG entre los años 1985-2006.

**Resultados:** Edad promedio al diagnóstico 6,5 años (1 a 17 años). Relación hombre: mujer 2:1,6. **Debut:** 40% etapa I Osserman, 53% generalizadas. 26% presentó crisis miasténica. 2/3 de los que debutaron con forma ocular generalizaron. El 6.6% remitió espontáneamente. En 18 se realizó test de estimulación repetitiva, siendo positivos 10 (55,5%), Los anticuerpos anti-AChR fueron realizados en 16, en 10 fueron positivos (62,5%) 13 recibieron corticoides. En 2 se logró remisión (1 ocular y 1 generalizada). Se timectomizaron 14 pacientes, remitieron 1 ocular y 3 generalizados

**Conclusión:** Hubo predominio sexo masculino. Forma de presentación más frecuente fue la generalizada, con un alto porcentaje de generalización para las formas oculares. La crisis miasténica fue una complicación frecuente.

Para el diagnóstico de laboratorio la mayor sensibilidad se obtuvo con test con inhibidores de colinesterasa y medición de anticuerpos. El tratamiento más efectivo para la remisión de la enfermedad fue la timectomía.

#### PN-70

#### TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN SINDROME PRADER WILLI Y MANEJO DE CRISIS EPILEPTICAS.

Menéndez, Pedro; Triviño, Daniela; Palomino, Angélica

Laboratorio de Sueño y Unidad de Broncopulmonar Pediátrico, Clínica Avansalud.

**Introducción:** El síndrome de Prader Willi es un trastorno genético caracterizado por delección del crom 15. En la infancia presentan somnolencia excesiva y tiempos totales de sueño que exceden 30% lo esperado. Presentan hipoapneas y cuadros respiratorios restrictivos severos. Algunos tienen epilepsia, la que se vincula al origen genético. El trastorno de sueño y respiratorio pueden contribuir a las crisis.

**Objetivo:** Presentar 3 pacientes con crisis epilépticas y/o EEG alterado, estudiados con Polisomnografía (PSG) y uso de CPAP.

1. Sexo femenino, 16 años. Desde los 13 a. apneas y multidespertares. Crisis generalizadas resistentes a tratamiento. EEG: descargas de espigas generalizadas durante sueño. PSG: Sd. apneico severo mixto. Índice global 54. Oximetría base 80%, desaturación 36%. Hipertensión arteria pulmonar leve. Titula con CPAP a 6 cm H<sub>2</sub>O con lo cual se controlan el 70% de las apneas. Se agrega CPAP y se reducen las crisis por 6 meses. Luego reaparecen, cambiando esquema terapéutico y subiendo presión de CPAP, sin éxito.

2. Sexo femenino, 20 años. Crisis generalizadas del despertar de baja frecuencia. Desde los 7 años, apneas con estudio respiratorio de predominio restrictivo. Índice global 29. Predominio hipoapneico (70%). PSG con titulación CPAP hasta 8 cm H<sub>2</sub>O, se controlan 100% de las crisis, mejora somnolencia. Mantiene lamotrigina, sin crisis. 8 meses después, abandona CPAP. Se postula retitular con BIPAP.

3. Sexo femenino, 10 años. Sueño fraccionado, Sd apneico predominio restrictivo. Índice global 31. 3.1. Desaturación severa menor a



50. EEG de base y PSG, muestran descargas onda aguda onda lenta frontocentrales bilaterales. Sin crisis. Por gravedad de cuadro respiratorio, con disautonomías, no se intenta titulación. Importante variación frecuencia cardíaca.

**Discusión:** La falla ventilatoria aparece como la causa más frecuente de muerte antes de los 30 años, el uso de CPAP permite revertir satisfactoriamente la falla respiratoria y las crisis convulsivas. El estudio de PSG en edades tempranas podría ser un elemento de decisión del manejo de estos pacientes antes de la falla cardíaca grave del final de la adolescencia.

#### PN-71 CORRELACION GENETICO-CLINICO DE ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN POBLACION CHILENA.

Troncoso, Mónica; Díaz, Fernando; Baltzer, Verónica; Gajewski, Carmen; Canales Pilar. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil-Hospital Clínico San Borja Arriarán, Dial Médica, Servicio Neurología Hospital de Talca  
e.mail: veronika.baltzer@gmail.com

**Introducción:** Enfermedad de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa de evolución progresiva, de herencia autosómica dominante, 10% "de novo". La edad de inicio es inversamente proporcional a las repeticiones del triplete CAG. A la fecha no existen reportes nacionales.

**Objetivo:** Dar a conocer las características clínico-epidemiológicas de 12 familias chilenas genéticamente comprobadas.

**Material y Método:** En 12 familias con enfermedad de Huntington confirmados genéticamente se confeccionó árbol genealógico, determinando el comportamiento genético en relación a las características clínicas de los miembros afectados: fenómeno de anticipación, número de tripletes CAG, edad y sintomatología de inicio, progresión y evolución.

**Resultados:** 12 familias, con un total de 48 individuos afectados.

La edad de inicio promedio fue 45 años (7-75 años), 6 pacientes con inicio juvenil 2 de ellos en la primera década. 58% hombres; la sintomatología de inicio más frecuente fue corea, seguido de demencia, distonía, parkinsonismo, sintomatología psiquiátrica en menor por-

centaje. La cantidad de repetición de tripletes CAG varió de 41 a 52.

**Conclusión:** El fenómeno de anticipación se observa en la mayoría de nuestras familias, la mayoría de los niños debutan con distonía, a diferencia de los adultos que lo hacen con corea. A pesar de la cantidad de miembros afectados estas familias siguen aumentando su descendencia. El análisis de éstas y otras familias chilenas nos permitirá a futuro conocer exactamente la epidemiología de esta enfermedad letal, pudiendo insistir en un adecuado consejo genético.

#### PN-72 CARACTERIZACION DE SINDROME HIPOTONICO NEONATAL Y LACTANTES MENORES DERIVADOS AL SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN DURANTE EL ULTIMO AÑO.

Pizarro, Lorena; Siebert, Alejandra; Troncoso, Mónica; Barrios, Andrés; Cerda, Sandra. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil-Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** La hipotonía es un signo de disfunción neurológica frecuente en recién nacido y lactante, no específico, resultado de injurias en el sistema nervioso central o periférico.

**Objetivos:** Caracterizar clínica y etiología de pacientes con diagnóstico de SH en RN y lactantes < 6 meses, derivados a nuestro servicio en el último año.

**Material y Métodos:** Se revisan registros de pacientes derivados entre Marzo 2005 - Marzo 2006 con diagnóstico de SH sin etiología identificada. Se excluyen encefalopatías hipóxico-isquémicas y cromosomopatías de sospecha inmediata.

**Resultados:** Total: 29 pacientes, 9 niñas y 20 niños, 13 corresponden a SH periférico: 9 atrofas espinales, 4 distrofias miotónicas, con sospecha EMG y estudio genético de certeza (90%); 16 SH central: 7 Prader Willi, 1 enfermedad peroxisomal, 1 hiperglicinemia no cetósica. 1 hiperlactatemia, 1 galactosemia con hipotiroidismo congénito, 1 TORCH por CMV, y 3 SH neonatales centrales sin etiología clara hasta el momento.

**Discusión:** Hipotonía fue el primer signo de

alerta, otros elementos clínicos orientan al diagnóstico en la evolución. En SH periférico se identificó etiología en 100%, por clínica y EMG característica, con alto porcentaje de correlato genético, siendo el más frecuente las atrofas espinales. En SH central se identificó etiología en 81,2% de los casos, destacando el Síndrome de Prader Willi, lo que apoya su estudio genético ante sospecha clínica. Excepcionalmente se presentan enfermedades infrecuentes, inicialmente con hipotonía cuya evolución clínica (crisis o alteraciones metabólicas) condujo al diagnóstico final.

### PN-73

#### MONONEUROPATIAS Y PLEXOPATIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Pizarro, Lorena; Troncoso, Mónica; Torres, Catalina; Carrera, Jorge; Guerra, Patricio; Zamora, José

Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital de Puerto Montt, Hospital Coquimbo.

**Introducción:** Mononeuropatías y plexopatías son infrecuentes en niños, corresponden a menos del 10% de pacientes referidos para estudios electromiográficos. Se diferencian de los adultos en etiología y distribución.

**Objetivo:** Caracterización clínica, electromiográfica e imagenológica de mononeuropatías/plexopatías en pacientes pediátricos vistos en nuestro servicio.

**Materiales y Métodos:** Entre Enero 2004 y Julio 2006, registramos los pacientes vistos en el servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja Arriarán, diagnosticados como mononeuropatía o plexopatía. Analizamos características clínicas, electromiográficas y estudio etiológico.

**Resultados** 30 pacientes

Grupo 1: 11 pacientes, H/M: 10 /1, edad inicio x: 9 años (5 – 15años), Distribución: nervio peroneo 3/11, plexo lumbar 3/11 nervio cubital 3/11 nervio radial 1/11, nervio ciático 1/11 Etiología: Viral: 5/11 compresiva: 1/11, tumoral 1/11; trauma: 4/11.

Grupo 2: Neonatología: 19 pacientes plexopatía braquial por traumatismo del parto, H/M: 11/8. Evolución: Un caso severo con avulsión de raíces y Sd. de Horner ipsilateral, 4 con limitación de flexión de codo al 6° mes, 14 con

resolución satisfactoria.

**Conclusión:** Los casos no neonatales muestran predominio masculino, en edad escolar, con nervios de extremidades inferiores más frecuentemente comprometidos, siendo las etiologías probablemente viral y traumática las más frecuentes. En neuropatías por compresión (1) de inicio precoz o recurrentes se debe sospechar posibilidad de Neuropatía hereditaria por delección del gen PMP 22, Cr 17p11.2

### PN-74

#### ALTERACIONES POLISOMNOGRAFICAS (PSG) EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD)

Hernández, Alejandra; Pizarro, Lorena; Montecinos, Lorena; Ríos, Loreto.

Servicio de Neurología Infantil / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

Los pacientes con DMD tienen alteraciones en la polisomnografía caracterizadas por fragmentación del sueño con microdespertares y privación del REM, esto, no necesariamente relacionado con las alteraciones ventilatorias que presentan. Pareciera que distrofinas neuronales estarían involucradas en la función del receptor GABA, que juegan un rol crucial en la organización del sueño.

Describimos las alteraciones encontradas en el estudio de sueño en un grupo de 13 pacientes con DMD controlados en nuestro Servicio.

De 60 pacientes con diagnóstico de DMD, 13 cuenta con estudio PSG (21%). Promedio de edad de 10,7 años (3 a 16). Dos pacientes presentan PSG normal, 6 pacientes presentan arquitectura de sueño alterada sin eventos respiratorios relacionados y 5 pacientes presentan eventos respiratorios anormales, uno de ellos sin repercusión en la arquitectura de sueño. Las alteraciones del patrón de sueño se caracterizan por eficiencia de sueño disminuida (X: 58,7%), latencia REM aumentada (X: 303,6 min), REM disminuido (X: 7,1%), y aumento de etapas I y II del sueño NO REM (X: 69%).

La mitad de los pacientes presentan alteraciones en la arquitectura de sueño sin eventos respiratorios asociados, esto es importante en la evaluación de su calidad de sueño y las repercusiones a nivel cognitivo.

**PN-76****AGENESIA DE CUERPO CALLOSO: ESTUDIO Y EVOLUCION DE 27 PACIENTES**

Gaedicke, Andrés; Mesa, Tomás; Escobar, Raúl; Mellado, Cecilia; Hernández, Marta  
Departamento de Pediatría, Sección Neurología Infantil. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.  
e.mail: mhernand@med.puc.cl

**Introducción:** La agenesia del cuerpo calloso (ACC) tiene una incidencia de 3-7/1000 en población general, y 2-3% en pacientes con discapacidad. Se asocia a alteraciones citogenéticas, trastornos metabólicos y síndromes genéticos.

**Objetivos:** Describir edad, forma de presentación y evolución de pacientes con ACC.

**Pacientes y método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con ACC controlados en Neurología Infantil de nuestra institución entre 2000-2006.

**Resultados:** Se identificaron 27 pacientes, 14 hombres. La ultrasonografía prenatal fue anormal en 12 pacientes (2 ACC; 10 quistes aracnoidales, ventriculomegalia o lipoma). El diagnóstico fue perinatal en 16 pacientes (dismorfias y convulsiones); 6 en período lactante; y 1 en preescolar (convulsiones). Las neuroimágenes y el cariograma permitieron describir 3 grupos: ACC aislada (10 pacientes); asociada a un síndrome específico (12 pacientes); asociada a otras malformaciones cerebrales (5 pacientes). Destacan 3 cariogramas alterados: Una trisomía 8, una trisomía parcial del 13, y una translocación balanceada (15-16)q22,q22. Tres de 18 pacientes tenían panhipopituitarismo. Cuatro pacientes evolucionaron con desarrollo cognitivo normal y 3 fallecieron.

**Conclusión:** La ACC tiene frecuencia similar en ambos sexos. Su presentación clínica y diagnóstico son predominantemente perinatales, y se asocia a elevada morbimortalidad.

**PN-77****VENTRICULITIS NEONATAL POR CITROBACTER FREUNDII TRATADO CON CEFATAZIDIMA. REPORTE DE UN CASO.**

Muñoz, Marcelo; Suárez, Bernardita; Villanueva, Ximena; Novoa, Fernando; Vergara, Rodrigo; Aravena, Miguel; Salazar, Cristian.  
Unidad de Neuropsiquiatría Infantil / Hospital

van Buren, Valparaíso, Chile.  
e-mail: mjmunozr@gmail.com

**Objetivos:** Reportar una etiología infrecuente de ventriculitis neonatal. Presentar el manejo realizado con altas dosis de cefalosporina parenteral.

**Paciente y Método:** Neonato con peso adecuado, portador de mielomeningocele lumbosacro abierto del cual fue intervenido precozmente. Ante hidrocefalia progresiva se instaló derivativa ventrículo peritoneal que debió retirarse al diagnosticarse una ventriculitis. Se instaló derivativa externa. Inició terapia antibiótica tri-asociada. Líquidos cefalorraquídeos alterados persistentemente. Cultivos de sangre y LCR positivos para *Citrobacter freundii*.

**Evolución:** Mejoría clínica y de laboratorio al aumentar Cefatazidima a 300 mg/kg. Completó 21 días de tratamiento. De alta en buenas condiciones con nueva derivativa ventrículo-peritoneal.

**Discusión:** El *Citrobacter freundii* es un germen infrecuente, asociado a infecciones nosocomiales y generadores de abscesos cerebrales. Ante la disyuntiva de iniciar terapia intratecal (controversial), se decidió aumentar la dosis de cefalosporina parenteral, con buenos resultados.

**PN-78****ENFERMEDAD DE HUNTINGTON JUVENIL: CASO CLINICO Y DESAFIOS**

López, M. Eugenia; Repetto, Gabriela; Margarit, Sonia

Unid. de Neurol. Infantil y Unid. de Genética, Hosp. P. Alberto Hurtado, Santiago, Chile.

Se presenta varón de 8 años y 9 meses de edad, que después de un desarrollo psicomotor normal y sin patologías de importancia, comenzó a los 4 años con pérdida insidiosa de destrezas previamente adquiridas. Estaban comprometidas principalmente el habla (dificultad articulatoria) y la marcha (arrastraba pies y era inestable). No se describía deterioro en su capacidad intelectual, sin embargo al momento de consultar, a los 7 años, tenía un rendimiento escolar bajo el promedio de su curso. Al examen no se evidenció compromiso cognitivo, destacaba bradilalia, dificultad en la movilidad lingual sin otro compromiso de



pares craneanos, bradiquinesia, rigidez de extremidades, pérdida de reflejos posturales, sin signos cerebelosos ni piramidales.

Se realizó Resonancia Magnética de cerebro que mostró atrofia y alteración de señal en ambos núcleos caudados y putámenes. El estudio metabólico básico fue normal. Se realizó análisis de mutación del gen HD, previo consejo genético. Uno de los alelos del gen tenía 86 repeticiones CAG (normal < 26), confirmando el diagnóstico de enfermedad de Huntington. No hay antecedentes familiares de la enfermedad.

El niño ha recibido kinesiterapia, terapia ocupacional y fonaudiológica con lo que ha evolucionado estable desde el punto de vista motor, incluso con mejoría en los reflejos posturales y de la movilidad lingual, sin embargo su rendimiento escolar ha descendido. Tiene coeficiente intelectual normal lento en su límite inferior en la escala verbal y normal promedio en la escala manual. Presenta severa dificultad en la atención y en el control de impulsos, y han aparecido conductas compulsivas. No ha presentado convulsiones ni compromiso nutricional.

Se comenta la presentación clínica, el proceso diagnóstico y las posibilidades terapéuticas, incluyendo terapias en estudio. Se analiza el proceso de consejería genética tanto en el proceso diagnóstico del paciente pre y post examen genético como en el estudio potencial de familiares asintomáticos, considerando las particularidades de la familia afectada.

#### PN-79

##### COMPLICACIONES NEUROLOGICAS PRECOSES EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERADAS.

Varela, Ximena; Schlatter, Andrea; Heresi, Carolina.

Unidad de Neurología. Hospital Roberto del Río, Santiago-Chile.

e.mail: aschlatt@gmail.com

**Introducción:** Los avances en el tratamiento quirúrgico de las Cardiopatías Congénitas han permitido aumentar la sobrevida y con ello las complicaciones neurológicas durante y después del procedimiento.

**Objetivo:** Describir las complicaciones postoperatorias precoces más frecuentes en los pa-

cientes sometidos a cirugía cardíaca, su distribución por sexo, edad, tipo de cardiopatía, tipo de cirugía, momento de presentación y etiologías más frecuentes.

**Materiales y métodos:** De 413 pacientes intervenidos por patología cardiovascular, en 18 pacientes se solicitó evaluación por neurólogo, en la Unidad Intensiva Cardioquirúrgica, desde noviembre del 2004 hasta junio del 2006.

**Resultados:** Un 4,3 % de los pacientes cardioperados durante este período presentaron complicaciones neurológicas. La edad en el momento de la intervención varió entre 15 días a 4 años. La distribución por sexo fue de H:M =2:1. Se clasificaron las cardiopatías en cianóticas (ventrículo único, tetralogía de fallot, TGA) y acianóticas (CIV, CIA, Co Ao, DAP). Fueron sometidos a circulación extracorpórea (CEC) 12 pacientes y a clampeo aórtico (CA) 3 pacientes. El promedio de CEC fue de 120 minutos (32-255) y de CA 57 min (120-25 MIN). El tiempo de aparición promedio de síntomas neurológicos fue de 27 horas (1-240). Estos síntomas neurológicos fueron: síndrome convulsivo en 9 casos más comúnmente atribuible a accidente vascular (3). El resto debutó con encefalopatía hipóxico isquémico posoperatoria inmediata atribuible a PCR que se complicó en 6 de 9 con AVE.

**Conclusiones:** La prevalencia de alteraciones neurológicas relacionadas con la cirugía cardiovascular es de 4,3 % en nuestra serie. Los hallazgos más frecuentes encontrados fueron encefalopatía hipóxico isquémica secundaria a PCR, complicada frecuentemente de AVE, y síndrome convulsivo de etiología miscelánea.

#### PN-80

##### PARÁLISIS CEREBRAL: ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Varela, Ximena; Brunel, Nicole; Beytía, María de los Ángeles; Kleinstauber, Karin; Avaria, María de Los Angeles

Unidad de Neurología. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: ximenavarela@vtr.net

**Objetivos:** Evaluar la adherencia a la rehabilitación, a través de la asistencia a terapia motora, cumplimiento de tratamiento ortopédico y escolaridad de nuestros pacientes con Pa-

rálisis Cerebral (PC), en control en el policlínico de Neurología.

**Material y métodos:** Encuesta materna y revisión de fichas de 50 pacientes mayores de 3 años que consultaron en Hospital Roberto del Río el año 2004. Se define como PC leve a aquellos pacientes que lograron marcha independiente y grave a aquellos que no lo hacían.

**Resultados:** 31 pacientes correspondían a PC leve, de los cuales 45% continúan en rehabilitación motora, 26 % abandonó tratamiento y el resto se había dado de alta. En las PC graves (19), un 53% continúa tratamiento y 42% abandonó terapia motora. Evaluando uso de férulas de extremidad superior, en PC leve se indicó en 17 pacientes y 12(70%) desistieron de usarlas. En PC grave, en 16 pacientes en que se indicaron, 10(63%) las rechazaron. En PC leve 7/31 usaron canaletas por indicación médica y todos las abandonaron. En PC grave, 17 de 19 pacientes en que se indicaron 53% las rechazó. En 26 pacientes con marcha en que se indicaron OTP, 34 % no las toleró y en PC grave un 36% las abandonó.

En PC leve, 27(87%) asiste a escuela. En PC grave 5(26%) continúan en la escuela, 5 (26 %) dejaron de ir y 9(47%) nunca asistieron.

**Conclusión:** La adherencia al tratamiento fue baja independientemente de la gravedad de la PC. La escolaridad fue notoriamente mayor en pacientes con PC leve ( $p=0,00005$ ). Para todas las demás variables incluidas, no hubo diferencia entre los grupos ( $p>0,05$ ). Entre las causas que justificarían los hallazgos negativos están: rechazo por parte del paciente, falta de resultados, dificultades económicas para el traslado y otras.

**Comentario:** Es aconsejable establecer objetivos claros y medibles en el programa de rehabilitación para favorecer la adherencia de los padres y los niños a su tratamiento.

#### PN-81

##### ¿ESTA RELACIONADO EL pH ESOFAGICO CON LAS VARIABLES POLISOMNOGRAFICAS EN LA APNEA DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE MENOR?

Menéndez, Pedro; Castillo, J. L.; Triviño, Daniela; Segovia, L.

Laboratorio de Estudios de Sueño, Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Estudio retrospectivo a fin de comparar en el recién nacido y lactante menor las relaciones entre apneas, episodios cianóticos, respiración periódica con reflujo gastroesofágico, medido a través de la monitorización pH esofágico.

**Método:** Un grupo I ( $n=16$ ) de recién nacidos (32-42 semanas e.g.) y grupo II ( $n=21$ ) de niños entre 42 semanas +1-3 meses, con diagnóstico clínico de apneas, sometidos a polisomnograma nocturno (PSG) y pHmetría concomitante. Las variables de pH se comparan con edad gestacional, tratamiento con teofilina, cuantía y tipo de apneas, respiración periódica y desaturación oxígeno arterial.

1. El número de episodios ácidos  $<4.0$  en 24 hs. fue mayor en el grupo II respecto a los recién nacidos, y entre éstos, menor en el subgrupo de prematuros.

2. El análisis de regresión fue negativo para detectar entre eventos ácidos y apneas, pausas en racimo mayor a 3% del TTS, desaturación de oxígeno arterial y respiración periódica.

3. En los niños tratados con teofilina ( $n=4$ ) la curva de pH no tuvo variabilidad significativa respecto a los demás subgrupos.

4. Los niveles de respiración periódica son dependientes de edad gestacional y de la desaturación, independientes de número y cuantía de eventos apneicos.

Esta serie confirma la escasa correlación entre reflujo gastroesofágico y apnea, al menos en estos grupos etarios.

#### PN-82

##### DESARROLLO DE EPILEPSIA EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO CON ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA (EHI) GII Y GIII. SEGUIMIENTO HASTA LOS 3 AÑOS DE VIDA.

Arriaza, Manuel; Arredondo, Fernando; Aránguiz, Juan

Serv. de Neonatología, Unid. de Neurol. Infantil. Hosp. Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

e mail: manuel-arriaza@vtr.net

**Introducción y Objetivo:** La EHI es una causa importante de convulsiones en el periodo neonatal y algunos de estos pacientes desarrollarán epilepsia en etapas posteriores de la vida, existe escasa información local al respecto. El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia de Epilepsia en recién nacidos de término



que presentaron EHI GII y GIII y su evolución en el seguimiento hasta los 3 años de vida.

**Material y Métodos:** En el Hospital Dr. Sótero del Río, los años 2001-2002 se registran 16.927 recién nacidos, 32 cumplen criterios de Encefalopatía Hipóxico Isquémica moderada y severa (EHI GII y GIII de Sarnat).

28 sobreviven el periodo neonatal. Se realiza un seguimiento prospectivo de estos pacientes en el CDT Juan Pefaur, a cargo de Neonatólogo y Neurólogo Infantil.

**Resultados:** Los 32 pacientes se desglosan en EHI GII 81 % (26/32) y EHI GIII 19% (6/32).

El 69 % (22/32) presenta convulsiones durante el periodo neonatal, en las EHI GII 69 % (18/26) convulsiona y las EHI GIII lo hace el 67 % (4/6).

El 12,5 % (4/32) fallece en el periodo neonatal, todos del grupo EHI GIII.

El seguimiento de los 28 pacientes que sobreviven el periodo neonatal muestra:

Primer año: 2 fallecen, 1 pérdida de seguimiento, 16% (4/25) presenta Epilepsia, (2 S. de West, 1 generalizada, 1 parcial). 4% (1/25) convulsión febril simple.

Segundo año: 3 pérdida de seguimiento, mantienen epilepsia los 4 pacientes. No hay mortalidad.

Tercer año: 7 pérdida de seguimiento, 2 pacientes con epilepsia, 2 pacientes completan tratamiento y se suspenden anticonvulsivantes. No hay mortalidad.

**Comentario:** El seguimiento muestra que la Epilepsia, en este grupo, se desarrolla durante el primer año de vida, posteriormente no se presentan nuevos casos, hasta los 3 años de seguimiento. La incidencia de convulsión febril fue igual a la de la población general.

Las pérdidas en el seguimiento mayoritariamente ocurrieron en pacientes que se encontraban normales.

#### PN-83

##### RECIEN NACIDOS A TERMINO PEG: PATOLOGÍA NEUROLOGICA DURANTE EL PERIODO NEONATAL

Parra Patricia; Troncoso, Ledia; Peña, Verónica; Barrios, Andrés; Guzmán, Guillermo; López, Francisca.

Servicio de Neurología, Hospital San Borja Arriarán; Servicio de Neonatología Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción:** Se define recién nacido PEG como aquél que está bajo el p10 de crecimiento. Su incidencia varía entre 8 y 15 % de los RN vivos en los distintos hospitales de Chile. Su pesquisa se basa en el mayor riesgo de morbilidad y secuelas que presentan.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de un grupo de RNTPEG nacidos durante el año 2005 en el HCSBA y compararlos con RNTAEG durante el mismo periodo.

**Resultados:** Durante el año 2005, hubo un total de 5934 partos, 5925 recién nacidos vivos y 55 mortinatos. De 4383 RNTAEG, 543 (12,3 %) y de 416 RNT PEG, 145 (34,8%) requirieron hospitalización en neonatología. Al analizar los motivos de hospitalización encontramos que las principales causas para el grupo PEG fueron: Poliglobulia (15,8%), Hiperbilirrubinemia (13,1%), Hipoglicemia más poliglobulia (12,4%). Destaca que cardiopatía, genopatía y malformaciones, comprenden el 21,2% de las causas de hospitalización, versus el 6,4% para el grupo RNTAEG. En particular, el diagnóstico de genopatía, fue planteado en el 8,2% en RNT PEG y en ningún RNTAEG.

**Comentario:** Nuestros resultados concuerdan con lo descrito en la literatura, destacando la alta prevalencia de malformaciones encontradas en el grupo RNTPEG, lo que obliga a realizar una evaluación detallada neurológica y por sistemas a este grupo de recién nacidos en busca de patologías asociadas.

#### PN-84

##### TRASTORNOS DE COORDINACION CENTRAL EN PREMATUROS EXTREMOS CON ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA INTRACRANEANA INGRESADOS AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y ATENCION NEUROKINESICA TEMPRANA, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR: INCIDENCIA Y EVOLUCION PSICOMOTRIZ.

Barra, Liseth

Docente Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

**Introducción:** La hemorragia intracranéica (HIC), patología frecuente en el prematuro extremo (RNP), puede causar parálisis cerebral. La valoración neurokinesiológica permite pesquisar trastornos de la coordinación central (TCC), expresados en alteraciones del desa-

rollo psicomotor.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de HIC y TCC en RNPs ingresados al programa de atención neurokinésica temprana. Describir evolución psicomotriz a los 12m de Edad Corregida (EC).

**Metodología:** Estudio descriptivo de revisión de casos clínicos de Septiembre/2004 hasta Julio/2006. Criterios de inclusión: prematuro extremo, con antecedente de HIC. Intervención kinésica desde las 44 sem hasta 12 m EC. La evolución de los TCC es descrita utilizando una clasificación clínica del desarrollo psicomotor.

**Resultados:** De 182 pacientes, el 16% presentaba antecedentes de HIC. Seleccionados 15 casos, el 100 % presentó algún grado de TCC a las 44 sem: a) El 73% con HIC grado I-II. Al cumplir 12m EC, post-intervención, el desarrollo psicomotor fue: normal 82% (n=9); disarmónico 9% (n=1), anormal 9% (n=1). b) El 27% con HIC grado III-IV alcanzó a los 12m EC, post-intervención, desarrollo motor: normal 50% (n=2); disarmónico 25% (n=1); anormal 25% (n=1).

**Conclusión:** El 74% evolucionó favorablemente. El seguimiento neurokinesiológico permitiría identificar e iniciar una habilitación temprana en RNPs que presentan algún TCC.

**Palabras claves:** HIC, RNP, TCC, Desarrollo psicomotor.

#### PN-85

##### CONVULSIONES NEONATALES Y FACTORES PRONOSTICOS

Solari, Francesca; Zamora, Claudia; Peralta, Santiago; Venegas, Viviana; Manríquez, Marcos; Vicencio, Claudia

Serv. de Neuropsiq. Infantil, Hospital San Juan de Dios y Dr. Félix Bulnes, Santiago, Chile.

e.mail: solarifrancesca@yahoo.fr

Las convulsiones neonatales son la emergencia neurológica más común en el período neonatal y existe evidencia que provocan un efecto adverso en el desarrollo neurológico (DN) posterior del niño. Entre Enero 2003 y Julio 2004, se realizó la primera parte de este trabajo que fue diagnosticar, tratar y comenzar el seguimiento de recién nacidos (RN) que habrían presentado convulsiones neonatales en nuestros Hospitales.

**Objetivo:** Aplicar escala de evaluación del DN y determinar posibles factores pronósticos que predigan una evolución negativa del desarrollo psicomotor

**Método:** Se aplicó Test de Bayley(TB) a 29 niños, Su resultado fue correlacionado con variables de RN La significancia estadística fue calculada por método Fisher.

**Resultado:** La evaluación del DN fue: normal en 13(44,8%) niños, retraso armónico en 14 y disarmónico 2. Resultaron tener significancia estadística ( $p < 0,05$ ) como predictores negativos del DN: ser prematuro  $< 1500$ gr, y tener neuroimagen y examen físico alterado al momento del alta. El ser RN de término y adecuado a la edad gestacional resultaron factores protectores.

**Conclusión y Discusión:** Es importante conocer los factores de riesgo de alteración del DN en RN que han sufrido un episodio convulsivo y poder dirigir los esfuerzos terapéuticos y de rehabilitación a este grupo.

#### PN-87

##### EFFECTO DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR GRADO III EN RN MUY BAJO PESO AL NACER: CONSIDERACIONES A PARTIR DE UN CASO CLINICO

Díaz, Marcelo; Guerrero, Alejandra; Ramos, M. José; Briones, Claudio; Förster, Jorge; Schlack, Luis; Arriaza, Manuel; Margarit, Cynthia

Unidad de Neurología Infantil, Hospital Dr. Sotero del Río

e.mail: malbertodiaz@gmail.com

Dentro de los cuidados del R.N.M.B.P.N., es reconocida la Hemorragia Intraventricular como una causa de secuelas significativas. Los Grados III y IV, son los que plantean mayor preocupación a los equipos que siguen a este grupo de niños, ya que dejan secuelas tanto motoras como cognitivas, dejando tras de sí una dramática huella de dificultades de difícil manejo en el tiempo. En un policlínico de gran volumen, sin embargo existen hallazgos como el que se reporta en este trabajo y que demuestra el valor de ver cada caso como una individualidad más allá de lo que habitualmente indican las cifras. Este enfoque valida el principio de seguimiento y la necesidad de cubrir de la mejor forma las necesidades de

estos complejos pacientes, en los que habitualmente es posible perder la pista o peor aun perder la perspectiva de por qué se los estudia con tanto detalle: nuevamente la respuesta es el trabajo en equipo lo que proporcionará la mejor visión integral, dando en ocasiones como ésta, una reflexión positiva de un Diagnóstico que generalmente parece negativo.

**PN-88****FENOBARBITAL 40MG /KG, 1 DOSIS COMO NEUROPROTECCION EN RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA NEONATAL Y ENCEFALOPATIA HIPOXICA ISQUEMICA.**

Arriaza, Manuel; Arredondo, Fernando.

Serv. de Neonatología. Unid. de Neurol. Infantil. Hosp. Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

**Introducción:** La EHI es una causa importante de morbilidad neonatal y de secuelas neurológicas posteriores. Las estrategias de Neuroprotección utilizando diversos medicamentos no han demostrado ser útiles en humanos. Existe un reporte que utiliza Fenobarbital con resultados positivos (Hall, 1998).

**Material y Métodos:** Durante los años 2001 y 2002 son atendidos 16.927 recién nacidos en el Hospital Dr. Sótero del Río. De ellos 32 presentan criterios de Encefalopatía Hipóxico Isquémica moderada y severa (EHI GII y GIII de Sarnat), 10 de estos pacientes reciben aleatoriamente Fenobarbital 40 mg/kg. como Neuroprotección. Se compara su evolución neurológica con el grupo no tratado.

**Resultados:** La Incidencia de EHI moderada y severa fue de 2 por cada 1.000 RNT vivos.

EHI GII 81,3 (26/32) y EHI GIII 18,7% (6/32).

Reciben Fenobarbital 8/26 EHI GII y 2/6 EHI GIII

Convulsiones neonatales

EHI GII: Grupo control 83,3% (15/18) Grupo FNB: 37,5% (3/8).

EHI GIII: Grupo control 75,0% (3/4) Grupo FNB: 50% (1/2).

Mortalidad Neonatal

EHI GII: Grupo control 0/18 Grupo FNB: 0/8.

EHI GIII: Grupo control 25%(1/4) Grupo FNB: 50%(1/2).

Desarrollo normal 3 años

EHI GII: Grupo control 67% (12/18) Grupo FNB: 62,5% (5/8).

EHI GIII: Grupo control 0/4 Grupo FNB: 0/2.

**Comentario:** Se observa una disminución en las convulsiones neonatales en los niños tratados con Fenobarbital, no hay diferencias en cuanto a mortalidad y secuelas neurológicas.

**PN-89****CONVULSIONES FEBRILES: PRESENTACION CLINICA Y MANEJO EN LA UNIDAD DE NEUROLOGIA INFANTIL, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

Andrade, Lucila; Bustos, Alberto; Quinteros, Fernando.

Neurología Infantil, Hospital Carlos Van Buren, Fac. Medicina U. Valparaíso, Valparaíso, Chile

Las convulsiones febriles se presentan en el 5% de los niños, entre los tres meses y 5 años, sin evidencia de infección intracraneana o causa definida para las convulsiones. Esto excluye convulsiones afebriles, o neonatales. Es un cuadro benigno, sin embargo puede ser la primera manifestación de epilepsia, siendo la principal causa de estado epiléptico del niño. Existe consenso de manejo conservador, en su estudio como su tratamiento, a pesar de la gran preocupación familiar que provoca.

**Objetivo:** Evaluar la presentación clínica y el manejo de los consultantes en un período 3 años en la unidad de neurología infantil.

Revisión retrospectiva en 80 niños derivados entre 2001-2004.

**Resultados:** Edad de presentación fue 20 meses, con 75% de recurrencia, antecedentes familiares de epilepsia y crisis febriles en 41%. La mitad de los niños tuvo más de dos episodios y se indicó tratamiento anticonvulsivante, en 47. Fueron hospitalizados 35 niños y 10 es decir 14% debutaron como estatus convulsivo. Evolucionaron con crisis afebriles 7 niños, todos con TAC cerebro normal y electroencefalogramas alterados. Promedio seguimiento 18 meses.

**Discusión:** Estos datos muestran derivación a neurólogo de los casos más complejos, requiriendo períodos de seguimiento más prolongados para definir alta sin secuelas.

**PN-90****SINDROME DE BINDER, IMPLICANCIAS LINGÜÍSTICAS TEMPRANAS Y COGNITIVAS: ESTUDIO DE CASO CLINICO.**

Díaz, Marcelo; León, Alexis

Unidad de Neurología Infantil/ Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.  
e-mail: malbertodiaz@gmail.com; alexisleongodoy@gmail.com

### Objetivos

- Describir, a partir de un caso, las implicancias de este síndrome en el quehacer Fonoaudiológico.
- Dar a conocer el caso desde la perspectiva cognitivo lingüística, más que de la visión fonoestomatológica

**Método y material:** Se presenta un paciente de 4 años 8 meses de edad diagnosticado por genetista como síndrome de Binder, una displasia maxilonasal con diversos grados de severidad. Se aportan datos pre y perinatales y de su desarrollo psicomotor. Se realiza un seguimiento fonoaudiológico, con evaluaciones periódicas entre los 20 meses y los 3 años 7 meses, usando la Escala de Hitos Tempranos de Coplan. Se detecta un retraso del desarrollo del lenguaje, que es global a los 3 años 7 meses y sugiere un déficit intelectual. Al cumplir 4 años 6 meses se realiza una evaluación Fonoaudiológica completa, la que se describe.

**Discusión:** El síndrome de Binder es una patología que forma parte generalmente del quehacer del odontopediatra y el cirujano máxilo-facial, quienes se preocupan del aspecto estético y de las anomalías dentomaxilares. Dada su frecuente asociación con retraso psicomotor y retardo mental, se requiere una evaluación temprana de aspectos generales del desarrollo, lenguaje y cognición, para lograr un abordaje integral y multidisciplinario de esta patología.

En este caso, se confirma el valor predictivo de la escala de Coplan en cuanto a diagnóstico temprano de déficit cognitivo.

## COMUNICACIONES ORALES

### CON-1 ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA (EHI) EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO (RNT). SEGUIMIENTO NEUROLOGICO. RESULTADOS A LOS 3 AÑOS DE VIDA.

Arriaza, Manuel; Arredondo, Fernando; Margarit, Cynthia; Ramos, M.J.; Guerrero, A.; Diaz, Marcelo; Cunazza, Angélica

Servicio de Neonatología, Unidad de Neurología Infantil.

Hosp. Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.  
e mail: manuel-arriaza@vtr.net

**Introducción y Objetivo:** La EHI es una causa importante de morbilidad neonatal y de secuelas neurológicas posteriores. Debe diferenciarse de otras etiologías de Encefalopatía Neonatal.

El objetivo de este trabajo es describir el seguimiento de una cohorte de RNT que presentaron una EHI GII y GIII de Sarnat, considerando su estado hasta los 3 años de vida, en el hospital Dr. Sótero del Río.

**Material y Métodos:** Durante los años 2001 y 2002 son atendidos 16.927 recién nacidos en el Hospital Dr. Sótero del Río. De ellos 32 presentan criterios de Encefalopatía Hipóxico Isquémica moderada y severa (EHI GII y GIII de Sarnat). 28 sobreviven el periodo neonatal. Se realiza un seguimiento prospectivo de estos pacientes en el CDT Juan Pefaur, a cargo de un equipo interdisciplinario. Se describe el estado neurológico a los 3 años de vida.

**Resultados:** La Incidencia de EHI moderada y severa fue de 2 por cada 1.000 RNT vivos.

EHI GII 81,3 (26/32) y EHI GIII 18,7% (6/32). La mortalidad en neonatología fue 12,5 % (4/32). De los sobrevivientes, el 93 % (26/28) presentó EHI GII y el 17 % (2/28) EHI GIII de Sarnat.

A los 3 años de vida se registra:

5 (17,8%) abandonan seguimiento a los 2 años con examen neurológico normal.

2 (7%) no registran seguimiento.

Mortalidad acumulada: 7,7% (2/26); 1 con EHI GII y 1 del grupo EHI GIII.

Desarrollo Psicomotor normal 65,4 % (17/26)

Retraso Global del Desarrollo Psicomotor: 11,5 % (3/26)

Parálisis cerebral: 23,1 % (6/26). Trastorno lenguaje: 26,9 % (7/26). Epilepsia: 7,7 % (2/26).

Alteración sensorial: 7,7 % (2/26)

De los pacientes con EHI GIII, el 50 % fallece y el sobreviviente presenta secuelas neurológicas severas en todas las áreas del desarrollo.

**Conclusiones:** Un porcentaje importante de pacientes que presentaron EHI GII evoluciona con desarrollo psicomotor normal, el grupo de EHI GIII presenta alta mortalidad y secuelas neurológicas.



**CON-2****GUIA DE PRACTICA CLINICA EN CRISIS FEBRILES, CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA.**

Espinoza, Alex; Escobari, Javier; Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; González, Juan Enrique; Mori, Vicky.

Hosp. Exequiel González Cortés, Serv. de Pediatría, Unidad de Neurología, Santiago, Chile  
e.mail: escobaricardozo@yahoo.com

**Introducción:** El 2 – 4% de la población infantil tendrá a lo menos una crisis febril constituyendo una alta demanda a la especialidad. El año 2003 se confecciona GPC crisis febriles con metodología de medicina basada en evidencia, El año 2004 se inicia su aplicación.

**Objetivo:** Evaluar las características epidemiológicas de la población a la cual se aplicó la guía.

**Material y método:** Aplicación prospectiva de GPC a 270 pacientes, en policlínico especialmente diseñado para ello, por neuropediatras, entre enero 2004 - julio 2006.

**Resultados:** En relación a los factores de recurrencia: Edad menor de 1 año, 10% de los pacientes. Historia de CF en la familia 34%. Temperatura axilar bajo 38,5° axilar en 22%. Tiempo transcurrido antes de la crisis: 79% sucedió en las primeras seis horas, 98% convulsionó el primer día.

En relación los factores de riesgo de epilepsia: Examen neurológico alterado se encontró en un 3%, crisis complejas en 35%, antecedentes familiares en 43%, no hubo pacientes con status.

Se indicó diazepam rectal al 82% de los casos y solo información sin medicación al 11%. EEG fue solicitado al 31 % de los niños y fueron enviados en contrarreferencia el 81% a APS.

**Conclusiones:** Las cifras de nuestra población son similares a las publicadas en trabajos epidemiológicos categorizados con nivel de evidencia A y B en literatura de Medicina basada en evidencia. Descongestionamos nuestra Unidad al devolver al nivel primario el 81% de los consultantes. Disminuimos los costos al no optar por profilaxis diaria permanente. Indicamos diazepam rectal a una proporción mayor a lo esperado, por una proporción inesperadamente alta de precocidad de la crisis

respecto al inicio de la fiebre.

**CON-3****CONTROL DE INTERFERENCIA MOTORA EN DEFICIT ATENCIONAL (SDAH): CARACTERIZACION CONDUCTUAL Y ELECTROFISIOLOGICA**

Henríquez, Marcela; Rothhammer, Paula; López, Javier; Zamorano, Francisco; López, Vladimir; Rothhammer, Francisco; Aboitiz, Francisco.

Laboratorio de Neurociencias Cognitivas/ Departamento Psiquiatría/ Facultad de Medicina/ Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Universidad de Tarapacá

Control de Interferencia Motora es la supresión de respuestas automáticas que compiten con la ejecución efectiva de una respuesta primaria. Esta función es objetivada mediante la prueba Stroop. Numerosos estudios reportan mal rendimiento de pacientes con SDAH en esta prueba. Sin embargo, se desconocen los procesos electrofisiológicos subyacentes al Control de Interferencia en niños con SDAH. Nuestro objetivo fue caracterizar la respuesta conductual y electrofisiológica asociada al paradigma Stroop en estos niños.

**Metodología:** Se aplicó el paradigma Stroop a 15 niños con SDAH y 15 niños control entre 8 y 13 años, obteniendo simultáneamente un electroencefalograma digital de alta resolución. El diagnóstico de SDAH y la presencia de co-morbilidad fueron objetivados mediante MINI-KID. A partir del electroencefalograma, se obtuvo Potenciales Relacionados a Evento (ERPs) siguiendo el método descrito por Hilliard y col.

**Resultados:** El grupo SDAH presentó mayor Latencia de Respuesta y Efecto Interferencia ( $p < 0,001$ ), pero en promedio cometió menos errores en la prueba (23% SDAH, 36% controles,  $p < 0,001$ ). El análisis de ERPs demostró menor amplitud del componente P300 asociado al estímulo congruente ( $p < 0,02$ ) e incongruente ( $p = 0,16$ ) en SDAH. No hubo diferencias significativas en la latencia de P300.

**CON-4****DEFECTO DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA: CARACTERISTICAS CLINICAS Y BIOQUIMICAS DE OCHO.**

Mabe, Paulina

Unidad de Neurología, Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés.

e.mail: pmabe@neuroinfanto.cl o pymabe@yahoo.de

El defecto de ornitina transcarbamilasa (DOTC) es un error innato del metabolismo que compromete la metabolización del amonio en urea. La presentación clínica demuestra un amplio espectro, que puede variar entre la grave hiperamonemia neonatal precoz y la crisis de hiperamonemia en un adulto previamente sano. En este trabajo se dan a conocer las características clínicas y bioquímicas de ocho pacientes afectados por un DOTC, que demuestran la variabilidad fenotípica de esta patología. Se trata de 7 niñas y 1 niño, con una forma tardía no neonatal, con edad de presentación entre 1 semana y 2 años 2 meses, cuyos síntomas iniciales fueron la anorexia y el mal incremento ponderal (4/8), los vómitos cíclicos o en relación con la alimentación (4/8), la apnea central (1/8), el retraso global del desarrollo sicomotor (1/8) y la encefalopatía aguda (1/8). El diagnóstico fue confirmado entre 1 y 13 meses después de iniciados los síntomas. Al momento del diagnóstico, la amonemia fue entre 71 – 260  $\mu\text{g/dl}$  ( $160,3 \pm 76,7 \mu\text{g/dl}$ , VN hasta 80), con una amonemia normal en un paciente. El ácido orótico en orina de 24 horas estaba aumentado 1,1 – 6,4 veces los valores normales para la edad ( $3,1 \pm 2$ ) y después de la sobrecarga con alopurinol los niveles aumentaron entre 8,4 y 79,4 veces los valores normales ( $21,9 \pm 25,3$ ). En todos los pacientes se indicó una dieta vegetariana, con proteínas de alto valor restringidas y aportadas a través de productos lácteos, L-Arginina 250 mg/Kg/día, L-Carnitina 100 mg/Kg/día y suplementación del hierro, zinc y complejo vitamínico B. El tiempo de seguimiento ha sido entre 6 meses y 8 años y la evolución ha correspondido a una forma leve en 6/8 pacientes y a una forma moderada o severa en 2/8. Estos últimos requirieron una gastrostomía y el reemplazo de parte de las proteínas naturales por la fórmula especial Cyclinex 1 o 2. En uno de ellos fue necesario el trasplante hepático por una crisis de hiperamonemia que no respondió con las medidas habituales. Actualmente, todos los pacientes están eutróficos, 4/8 presentan un desarrollo

sicomotor normal, 2/8 presentan un retraso leve del desarrollo motor, en 1/8 se observa un retraso leve del lenguaje y en la paciente transplantada se observa un coeficiente intelectual normal lento. En conclusión, 1) el estudio bioquímico inicial del DOTC debe incluir la medición del ácido orótico en orina de 24 horas, pues la amonemia podría estar normal en los períodos intercríticos de la enfermedad; 2) el trasplante hepático debe ser considerado oportunamente dentro de las medidas terapéuticas de las formas severas; y 3) la evolución a largo plazo podría demostrar signos de compromiso neurológico motor y/o cognitivo aún en pacientes con formas leves del DOTC.

**CON-5****¿QUE SABEN NUESTROS PACIENTES EPILEPTICOS DE SU ENFERMEDAD?**

Suárez, Bernardita; Villanueva, Ximena; Muñoz, Marcelo; Cabello, Francisco; Novoa, Fernando; Colombo, Marta.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.  
e.mail: bernarditasuarez@gmail.com

**Introducción:** La epilepsia es una enfermedad crónica, que tiene una incidencia de 114 por 100.000 hab/año. Es importante conocer la información que manejan los pacientes y familiares de la enfermedad, ya que cerca del 75 % de los pacientes controla las crisis con fármacos antiepilépticos, siendo el incumplimiento del mismo una causa frecuente de descompensación.

**Objetivos:** Conocer información que manejan madres de epilépticos de dicha enfermedad.

**Pacientes y Método:** Confección y aplicación de encuesta con información general y específica acerca de la epilepsia, a madres de epilépticos en control en policlínico de neurología infantil del HCVB, comparado con grupo control (abril 2006).

**Resultados:** 58 encuestas aplicadas (29 epilépticos y 29 no epilépticos). Un 82.7 % cree que la epilepsia tiene un origen genético y que tanto el EEG como TAC no son dañinos. Cerca de un 10% no sabe los efectos de una crisis convulsiva corta (1 min), y cerca de la mitad cree que ésta tiene secuelas graves (41 % epilépticos y 51% no epilépticos). El mejor tratamiento son los antiepilépticos (según ambos



grupos), sin embargo un 58 % de los epilépticos no conoce las RAMs de éstos. Frente a una crisis epiléptica un 10% de los epilépticos y un 17% de los controles, no saben qué medidas adoptar frente a una crisis epiléptica, y cerca del 40 % en ambos grupos le introducen un paño en la boca. Un 62% de la información es proporcionada por el médico, sin embargo hasta un 25% se informa través de TV, revista o Internet.

**Conclusiones:** No hubo diferencias en la información que manejan madres de epilépticos y controles, en las preguntas aplicadas. Existe falta de información principalmente en el manejo y consecuencias de una crisis convulsiva, y efectos adversos de los antiepilépticos. El equipo de salud debe reforzar la información manejada por los padres de niños epilépticos, ya que ésta proviene en un 25 % por fuentes no médicas.

#### **CON-6 EXPERIENCIA COMPARATIVA EN UTILIZACION NEONATAL DE ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) DIGITAL Y MONITOR EEG DE AMPLITUD INTEGRADA.**

Solari, Francesca; Mesa, Tomás; Toso, Paulina; González, Hernán; Santín, Julia; Godoy, Jaime; Kuester, Gisela.

Departamento Pediatría. Departamento Neurología, Red de salud UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile  
E mail: solarifrancesca@yahoo.fr

La monitorización de variables fisiológicas incluido el monitoreo de actividad eléctrica cerebral en neonatos graves, es fundamental.

**Objetivo** Realizar estudio simultáneo en recién nacidos (RN) de alto riesgo de crisis epilépticas con MAI y EEGd. Consignar nuestra experiencia al comparar ambas técnicas.

**Metodología:** Entre Febrero y Abril del 2006, en forma prospectiva, se monitorizaron con MAI, cuatro RN de término con Encefalopatía hipóxico isquémica grave RN en nuestro Hospital. Frente a patrones anormales del MAI, se obtuvieron EEGd. Estos resultados fueron analizados y comparados con MAI. Total: 984 horas.

**Resultado:** En 6 oportunidades se sospechó patrón de crisis en MAI, comprobándose 5 en EEGd, Hubo buena correlación del trazado de

fondo entre EEGd (12) y MAI, no así para actividad interictal. En un niño no hubo patrón ictal en MAI, ni en EEGd

**Conclusión:** El MAI es una buena técnica de monitoreo para actividad basal, patrón ictal y anormalidades gruesas interictales. No requiere gran entrenamiento para identificar grafoelementos sospechosos y favorable relación costo beneficio. Para analizar actividad interictal, foco convulsivo, caracterizar crisis o detectar eventos cortos, es fundamental la complementación con EEGd.

### **TRABAJOS DE PSIQUIATRIA**

#### **PP-1**

#### **¿ES POSIBLE MEJORAR LA ASISTENCIA DE NUESTROS PACIENTES?**

Maida, A.Margarita; Lino, I.; Sommer, Katerina; Herskovic, Viviana; Contreras, C.

Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Unidad de Terapia Familiar del Hospital Luis Calvo Mackenna, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Unidad de Terapia Familiar.

Realizado en Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

e.mail: mmaida@med.uchile.cl

La pérdida de horas en la Unidad de terapia familiar del Hospital Luis Calvo Mackenna ocurría en forma endémica desde hace años, al igual que lo descrito en las consultas médicas y en particular en salud mental.

**Objetivo:** Evaluar asistencia a terapia familiar antes y después de realizar intervención psicoeducativa al momento de derivación.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio las 177 familias derivadas a terapia familiar de enero a diciembre 2005, analizándose su asistencia y adherencia a terapia. Se aplicó encuesta para conocer información sobre derivación y creencias previas a la consulta. Se realizó intervención psicoeducativa a familias consultantes desde agosto 2005 comparando en los grupos pre y post intervención asistencia a primera sesión y adherencia a terapia. Análisis estadístico mediante STATA 8.1

**Resultados:** La intervención psicoeducativa y conocer el motivo de derivación a terapia familiar hacía significativamente más probable la asistencia a primera sesión (OR 3,2 y 2,6

respectivamente), pero no mejoraba la adherencia al cabo de 4 meses.

**Conclusiones:** A través de una intervención psicoeducativa en el momento de derivación a terapia familiar se logra mejorar la asistencia a una primera sesión. Es necesario estudiar otras variables que pueden influir en la adherencia a largo plazo en terapia familiar.

#### PP-2

##### **ANALISIS COMPARATIVO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ANIMO HOSPITALIZADOS EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSIDAD DE CHILE, ANALISIS PRELIMINAR.**

Herskovic, Viviana; Arab, Elías; Sommer, Katerina; Sandoval, Cecilia; Poblete, Catalina.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. Universidad de Chile. Hospital Luis Calvo Mackenna Clínica Los Tiempos. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: viviherskovic@gmail.com

Los trastornos del Ánimo (TA) son un motivo frecuente de hospitalización, presentan alto riesgo suicida y difícil manejo. El presentar TA durante la infancia o adolescencia tienen 2 a 4 veces más riesgo de desarrollar depresión (TD) en la adultez y un 30% de riesgo de desarrollar un trastorno bipolar (TB) en 5 años. Entre 40 a 70% de los adolescentes con TA tiene comorbilidad.

**Objetivos:** análisis comparativo de los factores asociados al diagnóstico de Trastorno depresivo v/s trastorno bipolar.

**Método:** Se revisaron las fichas clínicas de los egresos de menores de 20 años hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria entre Mayo de 2003 y Abril de 2005. Se evaluó edad, sexo, motivo de hospitalización, comorbilidades, utilización de psicofármacos y otros aspectos relacionados. Se realizó análisis estadístico con Stata® 8.1.

**Resultados:** Los 60 pacientes hospitalizados con Diagnóstico de TA correspondieron al 35,1% del total del los ingresos, de los cuales 32 egresaron con diagnóstico de TD y 28 con diagnóstico de TB.

Al realizar análisis univariado se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas patologías: los varones presentaron más TB y las mujeres depresión, Bipolares

ingresaron mayormente por fracaso del tratamiento y para diagnóstico y en los depresivos se encontró mayor asociación con intentos de suicidio y Trastorno de personalidad.

**Conclusiones:** En nuestro trabajo encontramos diferencias significativas entre ambos trastornos del ánimo, lo cual sería importante replicar ya que podrían ayudar a realizar diagnóstico diferencial

#### PP-3

##### **ANALISIS COMPARATIVO DE LOS ADOLESCENTES CON PSICOSIS HOSPITALIZADOS EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSIDAD DE CHILE, ANALISIS PRELIMINAR.**

Sommer, Katerina; Herskovic, Viviana; Arab, Elías; Sandoval, Cecilia; Poblete, Catalina.

Universidad de Chile. Hospital Luis Calvo Mackenna. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. Clínica Los Tiempos. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: katerinasommer@gmail.com

Las psicosis de cualquier tipo son extremadamente raras en la infancia. Su importancia gravita en el curso potencialmente deteriorante, difícil manejo y alto grado de discapacidad es 2 a 3 veces más común en el sexo masculino y la prevalencia 0.5-1.5% población general disminuyendo a menor edad.

**Objetivos:** análisis comparativo de los factores asociados al diagnóstico de psicosis en relación a los adolescentes hospitalizados por otros diagnósticos.

**Método:** Se revisaron las fichas clínicas de los egresos de menores de 20 años hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria entre Mayo de 2003 y Abril de 2005. Se evaluó edad, sexo, motivo de hospitalización, comorbilidades, utilización de psicofármacos y otros aspectos relacionados. Se realizó análisis estadístico con Stata® 8.1.

**Resultados:** fueron hospitalizados 19 pacientes con diagnóstico de psicosis, 8 mujeres (42,1%) y 11 hombres (57,9%). Se encontró diferencias estadísticamente significativa en el análisis uni y multivariado en que los pacientes con psicosis ingresaron más para estudio diagnóstico, se usaron más antipsicóticos atípicos, había una mayor proporción de pacientes adoptados.

**Conclusiones:** Las diferencias encontradas



permiten suponer que la psicosis es un diagnóstico difícil de realizar en la adolescencia, requiriendo para ello la hospitalización. Siendo interesante completar el estudio con un análisis psicopatológico que permita más fácilmente definir cuadros clínicos y diagnósticos diferenciales.

**PP-4  
FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTIPICOTICOS ATIPICOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA, RESULTADOS PRELIMINARES.**

Arab, Elías; Sommer, Katerina; Herskovic, Viviana; Poblete, Catalina; Sandoval, Cecilia. Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile. Hospital Luis Calvo Mackenna. Hospital Roberto del Río. Clínica Los Tiempos, Santiago, Chile. e.mail: eliasarab@gmail.com

Los antipsicóticos atípicos (AA) son comúnmente utilizados en niños y adolescentes para el tratamiento de múltiples patologías psiquiátricas. Estos fármacos han aumentado su uso debido a la menor cantidad de efectos adversos especialmente a nivel extrapiramidal en comparación a los neurolepticos clásicos.

**Objetivo:** determinar los factores asociados al uso de AA en la población estudiada.

**Método:** Se revisaron las fichas clínicas de los egresos de menores de 20 años hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre Mayo de 2003 y Abril de 2005. Se evaluó motivo de hospitalización, diagnósticos de egreso, utilización de otros psicofármacos y otros aspectos relacionados. Se realizó análisis estadístico con Stata® 8.1.

**Resultados:** 112 pacientes recibieron AA correspondientes al 65.5% del total de egresos de ese período. Los AA fueron usados en el 84% de los pacientes psicóticos, 76,9% de los Trastornos de conducta, 75,9% de los TCA y en un 71% de los pacientes con Trastorno de personalidad. Al realizar análisis multivariado, los factores que se asocian significativamente al uso de AA son los diagnósticos de psicosis y de trastorno de personalidad, haber ingresado por fracaso de tratamiento previo y no estar usando neurolepticos clásicos.

**Conclusión:** Los antipsicóticos atípicos son

frecuentemente utilizados en la población estudiada, siendo principalmente indicados en pacientes de alta complejidad como cuadros psicóticos y trastornos de personalidad y en tratamiento de segunda línea en múltiples patologías psiquiátricas.

**PP-5  
ANSIEDADES TEMPRANAS E IMAGEN MATERNA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO.**

Fernández, Olga María.

Unidad de Salud Mental /Hospital Base de Linares, Linares, Chile. e.mail: mofernandez@ust.cl

**Objetivo:** describir las ansiedades tempranas y la imagen materna de los adolescentes con Intento de Suicidio atendidos en el Programa de Salud Mental del Hospital de Linares, entre Abril y Septiembre de 2004 (N = 24 adolescentes entre 10 y 18 años).

Los instrumentos utilizados fueron el Test de Rorschach (láminas VII y IX) y el Test de Relaciones Objetales de Phillipson (Serie A).

Las ansiedades más frecuente son: 1.-Las ansiedades persecutorias ("otros" obstaculizan; "otros" impiden la realización de deseos; "otros" vienen a castigar). 2.-Las ansiedades destructivas (agresión directa, de gran intensidad y destructividad; no atingente, sorpresa y desproporcionada; actitud aniquiladora, con aspectos sádicos-persecutorios, y omnipotentes-castigadores). 3.-Las ansiedades depresivas: desamor, tristeza y desesperanza, e indirectamente, a través de aspectos hipomaníacos; también se observan ansiedades depresivas con características analíticas: sentimientos de soledad, abandono, vacío, con una actitud pasiva y apática.

Se pueden caracterizar dos tipos de imagen materna. Una imagen infantil, egocéntrica, con escasa capacidad de "sostenimiento", que falla en la capacidad empática. Y otra, con las características de una "bruja", dura, fría, fálica, punitiva, punzante, invasora e incluso agresiva y atemorizadora.

Se concluye que en estos adolescentes es central la conflictiva de separación individuación de una imagen materna muy ambivalente y atrapadora, que genera ansiedades muy primitivas y desestructurantes, que obstaculizan

el proceso terapéutico, y un desarrollo autónomo del Yo.

#### PP-6

### EVALUACION ANTROPOLOGICA EN EL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE UN JOVEN CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS CON COMPROMISO BIOPSIKOSOCIAL SEVERO.

Véliz, Lorenzo; Garcés, Gabriela; Müller, Hardy

Centro Rehabilitador de Adicciones, Programa infantojuvenil, Temuco, Chile.

**Objetivos:** La evaluación antropológica incorpora información relevante al diagnóstico integral del paciente.

**Material y métodos:** Entrevista en profundidad y etnografía en contextos de socialización de joven consumidor

**Antecedentes:** Varón de 19 años, segundo de cinco hermanos. Maltrato infantil, madre alcohólica, institucionalización en hogares de menores desde los 9 años como medida de protección. Consumo temprano de alcohol y sustancias, conductas delictivas, ingresa a Programa de Adicciones en octubre de 2004, derivado de tribunales. Disminuye consumo, pero presenta dificultades para tratamiento y rehabilitación (recaídas, crisis emocionales, falta de adherencia, desconfianza). Durante dos meses se realiza acercamiento conjunto (paciente y equipo terapéutico) a los distintos contextos de socialización (familia, instituciones, pares). Se produce un cambio significativo en la relación interpersonal, aporta mayor información de sus conflictos internos, percepción del consumo, mayor adherencia y vínculo, disminuye recaídas. Se activa red sociofamiliar funcional, se adaptan actividades de psicoterapia (foco en conflicto con el género femenino, reparación de maltrato y autoestima).

**Discusión y conclusión:** El aporte antropológico permitió conocer el mundo relacional y de significados del paciente y su red, mejoró vinculación con el equipo tratante y facilitó la implementación de un tratamiento integral.

#### PP-7

### LA AUTOREGULACION DE LA ATENCION VISUAL, DE LA EXPRESION FACIAL Y DEL

### RENDIMIENTO INTELECTUAL EN NIÑOS CON DEFICIT ATENCIONAL (TDAH)

Külhe, Hans

Giessen - Alemania

**Objetivo:** Estudiar la relación entre la dosis de metilfenidato (MF), atención visual, expresión facial y el rendimiento intelectual en niños con TDAH, al aumentar la dosis en etapas de sólo 2.5mg de metilfenidato.

**Método:** Una muestra clínica de 25 niños de edad promedio de 10 años y 4 meses fue filmada durante un juego de naipes de dos minutos con sus madres sin y con MF. Se aumentó la dosis de MF en 2.5mg por día para cada toma. Las cintas fueron copiadas en orden randomizado y revisadas por cuatro personas quienes no conocían ni dosis ni niños. Ellas registraron las pérdidas del foco visual y determinaron la variabilidad de la expresión facial en una escala de cinco puntos. Se compararon estos resultados con los resultados correctos de cálculos aritméticos grabados con la misma dosis de MF, con nuestra calificación de las dosis de antemano, con los resultados clínicos y los cambios de conducta estimados por los padres. (Kühle et al., Journal of Attention Disorders, in press).

**Resultados:** Existe una relación curvilínea entre la dosis de MF y la fijación del foco visual, la variabilidad mímica y las soluciones correctas en cálculos aritméticos. La terapia con la dosis de MF determinada por este procedimiento coincide con un mejoramiento altamente significativo de la conducta y brinda buenos resultados clínicos al largo plazo.

**Conclusiones:** El mejoramiento de los procesos de autoregulación puede ser utilizado para encontrar una dosis óptima de MF para niños con TDAH. Este procedimiento puede ser aplicado en la consulta médica.

#### PP-8

### ¿QUE SUCEDE CON LOS PACIENTES QUE NO ACUDEN A LA PRIMERA SESION DE TERAPIA FAMILIAR?

Esquivel, Claudia; Berthet, Catalina; Maida, Margarita

Depto. de Pediatría Oriente, Terapia Familiar, Hosp. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile  
e.mail: csibila@gmail.com

La inasistencia a tratamientos médicos, es un tema preocupante, que consume recursos. En Psiquiatría dobla los índices de otras especialidades.

**Objetivo:** Describir los motivos de inasistencia a terapia familiar.

**Material y Métodos:** Se registraron las familias inasistentes a la primera sesión de terapia familiar durante 2005 recolectándose información sobre derivación, conocimientos sobre terapia familiar, motivos de inasistencia y situación actual del niño. Las familias inasistentes fueron 69. De ellas sólo se logró contactar telefónicamente a 29 a pesar de esfuerzos realizados.

**Resultados:** La derivación a terapia familiar fue realizada por Psiquiatras (53.7%), atención primaria (24.7%) y otros (21.6%). Las familias reportaron no haber tenido explicación sobre terapia familiar en 62%. Los motivos de inasistencia fueron: algún integrante no quiere asistir (31%), falta de tiempo (27,3%), no haber sido contactado (17,2%), pérdida de hora (3,5%), horario incompatible(3,5%), recibe otra ayuda (3,5%), vive en Cauquenes (3,5%), problema económico (3,5%), otros motivos (7%). Reportaron que el paciente índice estaba mejor en 65,5%.

**Conclusiones:** Escasa información y exploración de realidad familiar realizada por derivante, unido a baja responsabilidad frente al problema que aqueja a la familia, parecieran ser factores importantes en inasistencia a terapia.

#### PP-9

##### EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO MEJORA EL PERFIL DIAGNOSTICO DE NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Berthet, Catalina; Esquivel, Claudia; Maida, Margarita

Depto. de Pediatría Oriente, Terapia Familiar/Hosp. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.  
e.mail: catalina.berthet@gmail.com

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado significativamente en los últimos años. Hace tres años se constituyó un grupo multidisciplinario constituido por nutriólogos, psicólogos, psiquiatras y terapeutas familiares en atención a estas nuevas

demandas.

**Objetivo:** Describir y comparar el perfil de pacientes con TCA cuyas familias fueron atendidas antes y después de la formación del grupo de trabajo.

**Material y Métodos:** Se estudió el universo de pacientes (n=35) atendidos en Terapia Familiar los últimos 11 años. Se revisaron las 28 fichas disponibles.

**Resultados:** Se estudiaron 13 fichas entre 1995 y 2003, todos con diagnóstico de anorexia nerviosa; y 15 fichas en los últimos dos años, donde se observa un cambio de perfil en pacientes atendidos. Aparece el diagnóstico de TCA como entidad, siendo 40% de ellos menores de 10 años (grupo anterior 7,6%). Se detectó importante aumento de violencia intrafamiliar entre ambos grupos (7,6% vs 66,6%). No hubo diferencias significativas con respecto a estructura familiar.

**Comentarios:** La formación del grupo multidisciplinario ha permitido pesquisar más ampliamente y a menor edad pacientes con TCA, logrando un trabajo más coordinado en el tema.

#### PP-10

##### FACTORES DE BUEN PRONOSTICO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Herskovic, Viviana; Aguirre, María Luisa; Silva, Pamela

SERJOVEN, Centro de Salud del Adolescente, Lo Barnechea, Santiago, Chile.  
e.mail: viviherskovic@gmail.com

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cada vez más frecuentes, afectando especialmente a mujeres jóvenes. La mayoría de estos cuadros se inicia en la adolescencia, siendo importante identificar cuáles son los factores de riesgo y de buen pronóstico al momento de la presentación del cuadro, ya que podría influir en la toma de decisiones con respecto al tratamiento.

**Objetivo:** determinar cuáles son los factores de buen pronóstico con TCA en nuestra población.

**Métodos:** Se incluyeron prospectivamente en el protocolo todos los pacientes atendidos en SERJOVEN con diagnóstico de TCA, registrando motivo de consulta, tiempo transcurrido



desde inicio de los síntomas, sintomatología, comorbilidad, recaídas, y se siguieron hasta el alta. Se realizó análisis uni y multivariado de los datos usando STATA 8.1.

**Resultados:** De 93 pacientes con TCA atendidos en SERJOVEN, se encontraron 3 (3,2%) con Anorexia Nerviosa, 16 (17,2%) con Bulimia Nerviosa, 3 (3,2%) con Trastorno por Atracónes y 71 (76,3%) con TCA no especificado. Los factores de buen pronóstico en el análisis estadístico fueron: no tener tratamientos anteriores, no fumar, familia funcional y estar asintomática en el último control.

**Conclusiones:** existen factores de buen pronóstico que pueden ser identificados en los pacientes con TCA de nuestra población, que se podrían usar para diseñar planes de tratamiento específicos para cada paciente.

#### PP-11

##### ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

Valdivia, Mario; Silva, Daniel; San Martín, Luis; Flores, Maritza; Torres, Silverio.  
Facultad de Medicina. Univ. de Concepción.  
e-mail: mariovaldivia@yahoo.com

**Introducción:** La desesperanza ha sido relacionada estrechamente con intento de suicidio. **OBJETIVO:** Caracterizar el comportamiento de la Escala de Desesperanza de Beck respecto a intento de suicidio.

**Método:** Estudio descriptivo de corte transversal en 195 adolescentes del Liceo Nueva Zelanda, Santa Juana (N=731, Error 0.0445), separados en intentadores y no intentadores, aplicando escala de desesperanza de Beck y comparando con pruebas de  $\chi^2$ , U de Mann-Whitney y regresión logística.

**Resultados:** 25,6% presentaron intentos de suicidio, sin haber diferencias significativas al compararlos con la condición de desesperanzado utilizando punto de corte sugerido, pero sí al analizar el puntaje promedio de la escala ( $p < 0.01$ ). Al aplicar regresión logística binaria a las distintas variables, sólo tiene un nivel significativo para predecir intento el puntaje total de la escala ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** El punto de corte para catalogar la condición de Desesperanzado podría no ser el más adecuado para la población es-

tudiada, teniendo el puntaje total de la escala valor predictivo y capacidad para discriminar intentadores de no intentadores.

#### PP-12

##### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO ADOLESCENTE EN LA COMUNA DE SANTA JUANA.

Valdivia, Mario; Silva, Daniel; San Martín, Luis; Flores, Maritza; Torres, Silverio.  
Facultad de Medicina. Univ. de Concepción.  
e-mail: mariovaldivia@yahoo.com

**Objetivo:** Establecer la asociación entre intento de suicidio adolescente y distintos factores de riesgo.

**Material Y Método:** Estudio cohorte transversal. Una muestra de 195 individuos representativa del universo de 731 adolescentes de enseñanza media de la comuna de Santa Juana (95% de confianza, error de muestreo = 0.0447) se dividió en grupo intentador (25,6%, n=50) y no intentador (n=145 grupo control). Se efectuaron pruebas estadísticas para comparar el efecto de distintos factores en ambos grupos.

**Resultados:** Al comparar el grupo de intentadores con el grupo control estaban estadísticamente relacionados con la presencia de intento: sexo femenino, no vivir con la madre, consumo de tabaco, consumo de drogas, no vivir con sus padres en año escolar, alta disfuncionalidad familiar, niveles elevados de depresión; todos con  $p < 0.01$ . No demostraron estar estadísticamente relacionados con el intento de suicidio: consumo de alcohol, la edad ni el curso.

**Conclusión:** Los resultados, muestran una alta prevalencia de intento de suicidio (25,6%) y revelan ciertas características particulares de este grupo de composición mixta urbano/rural.

#### PP-13

##### IDEACION SUICIDA CONSTANTE COMO FACTOR DE RIESGO DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES NO CONSULTANTES.

Valdivia, Mario; Silva, Daniel; San Martín, Luis; Flores, Maritza; Torres, Silverio.  
Facultad de Medicina. Univ. de Concepción.  
e-mail: mariovaldivia@yahoo.com

**Objetivo:** Establecer la asociación entre ideación suicida constante (ISC), intento de suicidio y distintos factores de riesgo.

**Método:** Estudio analítico de corte transversal. Se encuestó 195 adolescentes del Liceo Nueva Zelanda (Santa Juana) (N=731), sobre distintos factores de riesgo suicida e Ideación suicida severa durante 3 periodos: "Antes de los últimos 12 meses", "Durante los últimos 12 meses" y "Durante las últimas 2 semanas". Se ocupó  $D^2$  y Odd Ratio.

**Resultados:** 54.4% (105) de los encuestados presentó ideación suicida al menos una vez en la vida y de ellos, el 45.7% (48) en los 3 momentos. Al analizar, la ISC se comporta de manera diferente en relación a sexo, alcoholismo familiar, ( $p<0.05$ ), edad, curso, intento suicida, funcionamiento familiar, depresión y desesperanza ( $p<0.01$ ). Siendo notable la asociación con intento suicida (OR=6.223) y con cursar 3° Medio (OR=5.456).

**Conclusión:** La ISC se asocia estrechamente a intento suicida comparándolo al grupo en que esta ideación fue esporádica. Estas diferencias también surgen estudiando otros factores de riesgo.

#### PP-14

##### **ADOLESCENTES MARGINALES: SIGNIFICADOS EN TORNO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU VINCULACION A PROGRAMAS DE TRATAMIENTO**

Véliz, Lorenzo; Garcés, Gabriela; Müller, Ardí; Gedda, Marieta; Miranda, Estefanía; Berho, Marcelo.

Centro Rehabilitador de Adicciones Temuco, Chile.

e.mail: lorenzoveliz@hotmail.com

**Objetivos:** Conocer socioculturalmente a adolescentes marginales consumidores de sustancias, su relación con la sustancia y el tratamiento.

**Material y métodos:** Etnografía, entrevista a profesionales y adolescentes, revisión de ficha clínica y observación de actividades terapéuticas de 30 adolescentes ingresados a un programa de tratamiento ambulatorio-comunitario de adicciones durante el año 2005.

**Resultados:** La sustancia es integrada a la biografía de los jóvenes en procesos de socialización. El consumo debe comprenderse en

contextos de vida. Conductas transgresoras aprendidas en procesos de interacción social. El ambiente influye en la expresión conductual y emocional. Ingreso involuntario, desconfiados, vinculación difícil. Necesidad de generar estrategias de acercamiento y vinculación entre profesionales y adolescentes, integración bio-psico-sociocultural, incorporando la visión del joven al tratamiento, necesidad de conocimiento integral e individual de los adolescentes y de brindar apoyo emocional. Jóvenes disminuyen consumo, adoptan discurso y conducta esperable institucionalmente.

Tratamiento: Diagnóstico integrativo, discurso y manejo con criterios biomédicos asistenciales (DSM-IV, manejo farmacológico de intoxicación y abstinencia). Psicoterapia y reinserción psicosocial trabajando en redes socio sanitarias y comunitarias protectoras.

**Conclusión:** El conocimiento sociocultural del mundo relacional y de significados del adolescente marginal con consumo de sustancias, es necesario para un programa de tratamiento integral y efectivo.

#### PP-15

##### **IMPLEMENTACION DE ATENCION DE SALUD MENTAL INFANTO- JUVENIL EN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL FAMILIAR (COSAM) ÑUÑO A SANTIAGO; DESCRIPCION DE MORBILIDADES DE INGRESO DURANTE PRIMER AÑO.**

Tamara Rivera; Sonia Oyarzún

Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) Ñuñoa, Santiago, Chile.

e mail: [tachamara@yahoo.com](mailto:tachamara@yahoo.com)

Se describe el proceso de implementación de la atención en salud mental infanto-juvenil en el COSAM de Ñuñoa, Santiago, que se inició en febrero del 2005 contándose con 11 horas psiquiatra infantil y 22 horas de psicóloga. Se describe además la morbilidad psiquiátrica de ingreso durante el primer año.

La población comprendió a 91 niños de ambos sexos, 62 varones (68,1%) y 29 mujeres (31,9%), de edades entre 4 a 15 años, vistos entre febrero 2005 y febrero 2006.

La mayor parte corresponde a adolescentes (50,5%), luego escolares (44 %) y preescolares (5,5%).

Los diagnósticos se ordenaron acorde clasifi-

cación CIE 10. Las patologías más prevalentes son: trastorno hiperactivo (39,6%), trastorno disocial (18,7%), trastornos emocionales de inicio específico en la infancia (11%) y trastornos disociales y de las emociones mixtos (7,7%).

Los grupos de pacientes de ambos sexos eran homogéneos en edad y escolaridad. En cuanto a la incidencia de las patologías diagnosticadas, sólo se observó una diferencia en trastorno hiperactivo que fue significativamente mayor en los varones (46,8%) que en mujeres (24,1%).

#### PP-16 MUTISMO SELECTIVO: UNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Lecaros, M. Sofía (1); Araya, Cecilia (1)  
Consulta Particular. Santiago, Chile.  
e.mail: sofialecaros@hotmail.com

La literatura sobre Mutismo Selectivo plantea que este síndrome se presenta en el 1% de la población consultante en servicios de salud mental, a nivel mundial. Aunque la prevalencia es escasa, este cuadro es muy limitante para el desarrollo afectivo y social del niño y no existen estudios sistematizados sobre su tratamiento. Lo único que se conoce, es que algunas técnicas conductuales son exitosas en ciertos casos y que en general, es refractario al tratamiento. Dado lo anterior, consideramos interesante probar distintas técnicas e intervenciones en el tratamiento de pacientes mutistas, con el fin de formar una modalidad de tratamiento para dicho trastorno y replicarlo. Esto nos permitió lograr la supresión del síntoma en nuestros pacientes y observar los resultados en cada uno de ellos. A partir de esto último, se analizó el funcionamiento de este modelo de tratamiento integrativo, en 16 pacientes mutistas, que terminaron su tratamiento – de un año y medio de duración como promedio – 13 mujeres y 3 varones, de nivel socioeconómico medio alto, que consultaron entre los 4 y 7 años de edad, durante los últimos 10 años, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo. Los resultados obtenidos, muestran que el tratamiento fue exitoso en cuanto a la supresión del síntoma, en el 100% de los casos. Concluimos que el tratamiento es exitoso, pero requiere replicarse y perfec-

cionarse, con el fin de lograr resultados en menor tiempo y con menor costo. Por otra parte, es necesario abordar el problema del desarrollo de personalidad de los pacientes mutistas, puesto que podría verse afectado en aquellos más graves.

#### PP-17 VALIDACION PRELIMINAR DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARACTER PARA NIÑOS

Rothhammer, Paula; Henríquez, Marcela; Claudia, Andrade; Villaruel, Luis; Rothhammer, Francisco; Abotiz, Francisco  
Laboratorio Neurociencia Cognitiva, Depto. de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. Universidad de Tarapacá.  
e-mail: paular@med.puc.cl

El modelo biogenético de personalidad planteado por Cloninger identifica siete dimensiones, cuatro de temperamento y tres de carácter. Las dimensiones de temperamento tendrían contribución genética. Las de carácter tendrían influencia sociocultural y evolucionarían paralelamente al desarrollo. Para medir estas dimensiones en adultos, Cloninger diseñó el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI), ampliamente validado. Debido a la importancia de estudiar estas variables en niños, Luby y cols. adaptan el TCI para población angloparlante entre 9 y 12 años (JTCI). Dada la necesidad de una versión para niños hispano-parlantes validamos el JTCI en población urbana chilena

**Metodología:** La versión original fue traducida y aplicada a 280 escolares. Se obtuvo alfa de Cronbach, Análisis Factorial y correlación de Spearman entre dimensiones.

**Resultados:** Las dimensiones presentaron consistencia moderada (alfa 0,5-0,7). La solución de 4 factores para temperamento identificó 3 de las 4 dimensiones descritas por Cloninger. La solución de 3 factores para carácter no fue coherente con las dimensiones teóricas. Estos resultados concuerdan con estudios previos. Pese a las dificultades inherentes al estudio de personalidad en niños, nuestra versión del JTCI demostró niveles de consistencia adecuados para recomendar su

aplicación en la población estudiada.

**PP-18**  
**DEFICIT ATENCIONAL, TEMPERAMENTO Y ACTIVIDAD ELECTRICA CORTICAL**

Rothhammer, Paula; Henríquez, Marcela; Carrasco, Ximena; Lopez, Javier; Zamorano, Francisco; Rothhammer, Francisco; Abotiz, Francisco.

Laboratorio Neurociencia Cognitiva, Depto. de Psiquiatría, Fac. de Medicina, P. Univ. Católica. Serv. de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hosp. Luis Calvo Mackenna. Instituto de Ciencias Biomédicas, Fac. de Medicina, Univ. de Chile, Santiago, Chile. Univ. de Tarapacá. e-mail: paular@med.puc.cl

El Déficit Atencional (SDA), ha sido relacionado con un tipo de temperamento llamado Búsqueda de Novedad (BN). En adultos, se han establecido asociaciones entre BN y SDA, como también entre BN y actividad electroencefalográfica.

**Objetivos:** Determinar si una muestra de niños entre 10 y 13 años con SDA presenta mayores puntajes en la dimensión BN, respecto de controles, medido a través del Inventario de Temperamento y Carácter para Niños (JTIC). Realizar registros electroencefalográficos para determinar el comportamiento de la muestra frente a la obtención de P300.

**Metodología:** Se aplicó el Inventario JTIC y se diseñó una prueba tipo oddball para medir P300 en tres tipos de estímulos. Respectivamente, cada estímulo evocó una situación de alto, medio y bajo riesgo. Resultados: Los niños con SDA presentaron mayores puntajes en BN que los controles. El grupo SDA presentó para los tres estímulos menor amplitud y mayor latencia en los P300 respecto de los controles. Estos resultados concuerdan con trabajos previos. De estos datos se puede discutir que probablemente no solo se hereda la posibilidad de presentar SDA sino que también puede heredarse un tipo particular de temperamento y que dicho temperamento tendría un correlato electroencefalográfico.

**PP-19**  
**DESCRIPCION DE LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DEL HUASCO:**

**ATENCION PRIMARIA, ATENCION SECUNDARIA Y ENLACE.**

Briceño, Ana M; Campos, Gabriel; Lobos, Víctor; Garrido, Tania; Toledo, Sandra; Zambra, Tamara.

Unidad de Salud Mental Hospital de Vallenar, I. Municipalidad de Vallenar, I. Municipalidad de Freirina, I. Municipalidad de Alto del Carmen, Hospital de Huasco, Vallenar, Chile. e.mail: saludmental@hospitalvallenar.cl

**Objetivo:** Describir la población atendida en Salud Mental en la Provincia del Huasco menores de 18 años el año 2005, tanto en Atención Primaria (APS) como en Atención Secundaria-Hospital de Vallenar (HV).

**Método:** Descriptivo. Análisis de base de datos REM en HV y de Tarjeteros de Salud Mental en APS.

**Resultados:** Se analiza el total de la población menor de 18 años atendida por morbilidad psiquiátrica en la Provincia el año 2005, con un total de 304 pacientes en HV y 406 pacientes en APS. Se evalúan variables demográficas y su diagnóstico principal y se compara la prevalencia de las diversas patologías en ambos sistemas. Se analizan variables como pacientes nuevos, egresos y la interrelación entre APS y HV. En HV, se analiza el flujo de ingreso, destacando que un 32% del total de pacientes nuevos ingresa por Enlace, siendo el principal diagnóstico el intento de suicidio, que se describe separadamente en sus variables demográficas.

**Discusión y Conclusiones:** Se comparan los resultados con las publicaciones nacionales: Hospital Roberto del Río-1998 (Almonte, cols.) y estudios en población general (De la Barra, cols.).

**PP-20**  
**PERCEPCION DE EMOCIONES EN ADOLESCENTES CON ORGANIZACION LIMITE DE PERSONALIDAD**

Campos, Ana; Ruiz, Yasna; Urrutia, Patricia. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil /Hospital San Borja-Arriarán, Santiago, Chile.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de los adolescentes con organización límite de personalidad para reconocer e interpretar estados emocionales. Esta variable ha sido estudiada

en otras patologías psiquiátricas, especialmente en esquizofrenia. Una posible falla en esta capacidad podría explicar algunas dificultades observadas en el desempeño social de este tipo de pacientes.

**Método y Material:** Se efectúa un estudio descriptivo y prospectivo de 13 pacientes con diagnóstico de organización límite de personalidad, 7 hombres y 6 mujeres, con edades entre los 12 y 17 años. Todos evaluados mediante entrevista psiquiátrica y el test de Rorschach. Se excluyen pacientes con CI inferior al rango normal lento, evaluado a través del WISC-R o el test de Matrices Progresivas de Raven. A los integrantes de la muestra se les aplica el test "Reading the Mind in the Eyes", desarrollado por Simón Barón-Cohen, versión infantil.

**Conclusiones:** Al considerar el conjunto de casos, se observa un porcentaje de aciertos inferior al 70%, sugerente de una dificultad en el reconocimiento de emociones. Como hallazgo significativo, se aprecia que el desempeño de pacientes con rasgos antisociales es significativamente inferior al de pacientes con otros rasgos de personalidad, lo que podría relacionarse con la ausencia de empatía observada en ellos.

#### PP-21

##### HOSPITALIZACIONES POR INTENTO DE SUICIDIO HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA (HLCM)

Jeldres, Eliana; Valenzuela, Paz; Figueroa, Juan; Decebal-Cuza, Francisca  
Servicio Neurología y Psiquiatría Infantil Hosp. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

**Introducción:** Intento de Suicidio (IS) es un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica (OMS).

**Objetivos:** Determinar el N° de hospitalizaciones por IS durante el año 2005 en HLCM e identificar las características del evento y de la población afectada

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 48 fichas de pacientes hospitalizados por IS en HLCM. Información ingresa-

da a base de datos Epi-info 2000 para análisis estadístico.

**Resultados:** 43 (89,6%) pacientes de sexo femenino, 5 (10,4%) sexo masculino, edad entre 7 a 15 años, 69% de los pacientes entre 13 y 14 años; 31,3% ocurre en meses de Septiembre y Octubre. En el 75% el acto fue impulsivo, 25% habría tenido un IS previo. El método utilizado fue la ingestión de medicamentos en el 100% de los casos. Requieren hospitalización en UCI-UTI 28%. Factores de riesgo: 12 (30%) pacientes con antecedentes psiquiátricos previos, 8 (16%) con antecedentes de algún familiar suicidado; 10% declara consumo de alguna sustancia ilícita; la disfunción familiar está presente en el 79,1% de los casos. Todos los pacientes fueron evaluados dentro de las 24 hrs. del ingreso por Psiquiatría Infantil

**Conclusiones:** IS es motivo frecuentes de Interconsultas al Servicio de Psiquiatría del HLCM. La mayor proporción de los casos corresponden al sexo femenino, en período de adolescencia. La mayoría de las veces el intento es un acto impulsivo generalmente en respuesta a un evento desencadenante (mal rendimiento escolar, discusión con padres, etc). La mayoría de los pacientes no tiene un diagnóstico psiquiátrico en el eje I, cuando éstos existen predominan: Trastorno depresivo, T. De desarrollo de la personalidad y T. Ansioso. El factor de riesgo predominante en el grupo estudiado es la presencia de Disfunción familiar.

#### PP-22

##### EXPLORACION DE LAS TEMATICAS DE LOS TITULARES PRINCIPALES Y SECUNDARIOS DE PRIMERA PLANA DE LOS DIARIOS LOCALES, QUE VAN PERFILANDO LA OPINION PUBLICA DE NUESTRA CIUDAD.

Haquin, Carlos; Torres, Rodrigo; Contreras Viana; Cruz, Marcelo  
Hospital de Calama, Comisión por la Vida Calama, Chile.

**Objetivos:** establecer la frecuencia y clasificación de los temas mencionados en primera plana de diarios locales de Calama y generar discusión pública sobre los hallazgos con énfasis en temas de salud mental

**Metodología:** Se revisaron titulares principales y secundarios primera plana de diarios



locales El Mercurio de Calama y Estrella del Loa, del 1 de Enero al 31 de Agosto de 2005, agrupándolos en categorías operacionales y estableciendo sus aspectos cualitativos y frecuencias de aparición.

**Resultados:** variables del área de salud mental ocupan el 42,38%. Problemáticas negativas tales como suicidio, abuso sexual y maltrato infantil, generalmente ocupan grandes titulares. No ocurre así con la variable deporte, que solo en ciertas situaciones se destacan en grandes titulares a pesar de obtener la más alta recurrencia (29.82%). Relación entre suicidios concretados y menciones: 17 / 66. Cada suicidio tiene 3,9 titulares.

**Discusión:** los titulares de los diarios de Calama, dan cuenta principalmente de una realidad social negativa que aquellos que trabajamos en el área social hemos observado de cerca; de igual manera los medios de comunicación, refuerzan la falta de iniciativas, de financiamiento o de promoción de organismos que contribuyan a la superación de estas problemáticas.

#### PP-23

##### ALUCINACIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES NO PSICOTICOS

Santibáñez, María Paz; Salinas, Juan  
Servicio Psiquiatría Infantil/ Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.  
e-mail:psicomary@yahoo.com.

**Objetivo:** Describir alucinaciones en niños y adolescentes no psicóticos

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo en 41 niños y adolescentes no psicóticos. Se analizaron tipos de alucinaciones y diagnósticos asociados según sexo y edad en 22 < 15 años (10/12:M/F) y en 19 ≥15 años (12/7:M/ F).

**Resultados:** En < 15 años un 40,9% presentó alucinaciones auditivas+visuales (41.6% F y 40% M), 27.2% visuales (33.3% F y 20% M) y 18.1% auditivas (16.6% F y 20% M). En ≥15 años, el 47,3% presentó alucinaciones auditivas+ visuales (85.7%F y 25%M), auditivas 21% (14%F y25% M), visuales 15.7% (0%F y 25%M). En ambos grupos, el diagnóstico de interconsulta más frecuente fue esquizofrenia (58%). El diagnóstico de choque más frecuente en <15 años fue T. ansioso (31.8%);

en ≥15 años fue desarrollo anormal de la personalidad (15,7%) y T. conductual (15,7%).

**Discusión;** La mayoría de niños y adolescentes con alucinaciones son derivados con diagnóstico de psicosis, que es descartada cuando el especialista evalúa el caso.

**Conclusión:** demostramos alta frecuencia de fenómenos alucinatorios en niños y adolescentes no psicóticos, lo cual debe considerarse en la evaluación de psicosis en este grupo etéreo.

#### PP-24

##### GRUPO DE REFLEXION DE CASOS CLINICOS EN UNA UNIDAD NEONATAL

Alster, Selma; Díaz, María Soledad  
Psicóloga U.C., Psiquiatra infantil  
Grupo CETI (Centro de Estudios de la Temprana Infancia), Santiago, Chile.

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en una Unidad Neonatal del área Norte de Santiago.

**Objetivo:** Favorecer el establecimiento de vínculos afectivos tempranos en prematuros y sus madres a través de la reflexión con el equipo médico .

**Material y Método:** Método de observación de bebés de E.Bick. Se aplicó una modalidad de trabajo de reflexión sobre casos con 12 personas de los diferentes estamentos del equipo . En cada sesión, el grupo presentó un caso clínico. Dos observadoras asistieron a estas sesiones registrando lo sucedido por escrito. Este material era revisado semanalmente en un grupo de supervisión. Se trabajó durante 8 reuniones quincenales de 1 hora y treinta minutos. Se entregó al equipo material bibliográfico y una pauta de tres preguntas para promover la reflexión previa sobre el caso seleccionado.

**Resultados:** Se logró crear un espacio de reflexión conjunta que permitió al equipo tomar conciencia de la exigencia emocional a la cual se enfrentan diariamente. Se favoreció así la comprensión de la importancia de los vínculos afectivos en el prematuro y el rol crucial de la madre.

La experiencia fue evaluada unánimemente por los participantes de modo muy positivo.



**PP-25****MODELO MADURACIONAL DE APEGO (MMA) EN LA EXPLICACION DEL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA (TC)**

Soto, Lorena; González Carlos, Psicólogos Univ. de Chile, Univ. Católica del Maule.  
e.mail: psilorena@yahoo.es cgonzalg@ucm.cl

**Objetivo:** Describir el desarrollo de TC, utilizando como marco el MMA de Crittenden.

**Método:** Se realizó investigación bibliográfica (proveedor EBSCO y otras fuentes).

**Resumen:** Desde el MMA los infantes desarrollan estrategias de autoprotección a partir del procesamiento de información sobre el peligro; éstas se reorganizan y diversifican en épocas críticas del desarrollo en la niñez y adolescencia.

Se proponen 23 patrones de apego A, B, C y AC, según el grado de integración de la información cognitiva y afectiva que se procesa. A mayor maduración cognitiva aparecen nuevos patrones vinculares más o menos integrados o patológicos.

En los trastornos oposicionistas y disociales el subpatrón es C (3-4, 5-6), dado un estilo de crianza poco sensible e impredecible, junto a estrés familiar y ambiental, combinando el niño conductas de agresividad con desesperanza fingida, con diferente intensidad. En cuadros más severos de TC hay patrones combinados A/C.

**Conclusiones:** El MMA permite determinar factores explicativos que se pueden considerar en acciones de prevención e intervención específicas según la gravedad de los TC.

**PP-26****INDICACION DE MODALIDADES TERAPEUTICAS DISPONIBLES EN POBLACION CONSULTANTE A UNIDAD DE PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CPU.**

Abufhele Marcela; Obreque Carolina; Labbé Mariana; Villar María José.

Unid. de Psiquiatría de Niños y Adolescentes Clínica Psiq. Univ. de Chile, Santiago, Chile.  
e-mail: mfam@vtr.net

**Objetivo:** Describir la utilización de técnicas de intervención disponibles en Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de Clínica

Psiquiátrica Universitaria.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que recibieron tratamiento en este centro durante el año 2004, evaluándose la frecuencia de 3 modalidades de intervención: psicofarmacológica, psicología y terapia ocupacional(TO).

**Resultados:** El tamaño muestral incluyó 169 pacientes. El 13% no recibió ninguna de las modalidades de tratamiento. El 32% no recibió psicofármacos, el 51% recibió 1 o 2 fármacos y el 17% restante recibieron 3 o más. Los diagnósticos(eje I) que motivaron más indicaciones farmacológicas incluyen el TDA/H, los trastornos depresivos y los trastornos generalizados del desarrollo(TGD).

El 49.7% de los pacientes fueron derivados a psicología y el 21.3% a TO. Los diagnósticos (eje I) con mayor derivación a psicología son los trastornos adaptativos y los trastornos ansiosos. A su vez, el diagnóstico que motivó mayor derivación a TO fue el TGD. El 5.9% recibieron las tres modalidades simultáneamente.

**Conclusión:** Parece necesario sistematizar las intervenciones terapéuticas para optimizar los recursos disponibles.

**PP-27****CARACTERISTICAS DE LA POBLACION CONSULTANTE A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL SANTIAGO, 2004.**

Obreque, Carolina; Abufhele, Marcela; Labbé, Mariana; Villar, María José.

Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPUCh), Sede Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.  
e-mail. cobreque@vtr.net

**Objetivos:** Describir características epidemiológicas de población infantojuvenil consultante a CPU durante 2004.

**Material y métodos:** Revisión de 247 fichas de pacientes consultantes entre enero a diciembre, excluyendo consulta única, obteniéndose total 169. Se registraron: edad, sexo, n° consultas, motivo consulta, diagnóstico por eje, familia, fratría, psicofármacos, psicología, terapia ocupacional, escolaridad, permanencia tratamiento y hospitalización. Se analizó por excel.

**Resultados:** rango etario 3-19 años, media



11,5 años; 57% varones, 43% mujeres; destaca como motivo consulta: alteraciones conductuales 29,54%. Diagnósticos eje I Depresión 17,24%, eje II 20,3% rasgos limítrofes, 35,5% sin diagnóstico; eje III 25% psicopatología parental, 61% abandona tratamiento, 9% hospitalizados.

**Discusión:** Resultados concuerdan con literatura nacional. Destaca prevalencia depresión y patología conductual, elevado abandono tratamiento y prevalencia psicopatología parental como tópicos a analizar.

**Resumen y conclusiones:** Estudio descriptivo población infantojuvenil consultante concordante con literatura existente.

#### PP-28

##### **CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA EN CASOS SOSPECHOSOS DE PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA, EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE.**

Muñoz, Luz María; Carredano, Maite; Salinas, Juan

Serv. de Psiquiatría Infantil y adolescente; CDT Hosp. Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile.  
e.mail: luzmariamunoz@gmail.com

La necesidad de realizar este estudio afloró con la llegada de los pacientes derivados a nuestro servicio con diagnóstico de Primer brote de esquizofrenia, después de la puesta en marcha de las garantías explícitas en salud (GES) desde la segunda mitad del año 2004.

El objetivo general fue evaluar la concordancia entre los diagnósticos de atención primaria y los realizados, por especialistas, en nuestro servicio de psiquiatría. Nos interesó ver si había diferencias según comuna y según el tipo de profesional que realiza la derivación. Otro objetivo fue evaluar los síntomas descritos en la interconsulta y su relación con los diagnósticos presuntivos.

Los pacientes recibidos, hasta marzo del 2006, fueron en su mayoría adolescentes (40/49) predominantemente masculinos (32/17).

De los 49 pacientes diagnosticados con "primer brote de esquizofrenia" 15 presentaban cuadros psicóticos, 9 se confirmaron como esquizofrenia y el resto correspondió a otras psicosis. De los 9 pacientes en que se confirmó esquizofrenia, ocho fueron derivados por

psiquiatras ya sea desde Urgencias o desde nuestro propio servicio (después de haber ingresado con otro diagnóstico sin prioridad GES). El noveno paciente fue enviado desde atención primaria por un médico general. Los otros seis pacientes con psicosis fueron derivados; 2 por médicos desde atención primaria, 2 por psiquiatras y uno por un pediatra desde atención secundaria. No hubo pacientes psicóticos entre los derivados por psicólogos (3), Terapeuta ocupacional (2) neurólogo infantil (2) ni profesionales sin identificación. 31 interconsultas describen síntomas positivos, 20 síntomas negativos y en 13 coinciden ambos tipos. En los pacientes confirmados; 6 interconsultas describen síntomas positivos, 5 negativos y en 3 ambos.

No hubo diferencias según comuna.

Se concluye que hay dificultades para diagnosticar esquizofrenia en atención primaria y que es importante generar soluciones de capacitación, para facilitar el ingreso expedito a atención secundaria de los pacientes realmente sospechosos de esquizofrenia.

#### PP-29

##### **FUNCION EJECUTIVA (FE) Y SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL (SDA).**

Balbontín, Paula; Pereira, Ximena

Universidad de Chile, Santiago, Chile.  
e-mail: paulafranciscabl@gmail.com

Los expertos en SDA concuerdan en que la esencia del síndrome, sería un mal funcionamiento de la FE, pero difieren en la manera en que la definen y en la forma en que piensan que ésta se relaciona con el SDA. Se consideró interesante revisar, las definiciones de la FE, y las teorías acerca de su relación con el SDA, con el fin de sintetizar dicha información y lograr una visión integrada del funcionamiento cognitivo del SDA, para aportar, sugiriendo campos de investigación a futuro y contribuyendo a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. La metodología utilizada fue una revisión sistemática de la literatura. Los resultados mostraron que todos los autores concordaban en que la FE se encuentra implicada en la etiología del SDA. Algunos piensan que la FE principalmente implicada, sería la inhibición, otros, que serían los mecanismos de emoción/motivación, y otros, que sería una

interconexión compleja de varias funciones. Se concluyó que la mayoría de los autores concuerdan en que el SDA sería causado por una disfunción en la FE. Que algunos individuos con SDA tendrían niveles más bajos de control ejecutivo inhibitorio, lo que les permitiría tener un estilo de pensamiento divergente, más inestructurado, relacionado con la capacidad de difundir la atención y generar ideas más creativas. Que la expectación/motivación parece ser disfuncional también en el SDA, porque no logra hacer andar adaptativamente las funciones cognitivas. Por último, que lo que parece dar unidad al SDA como diagnóstico es la disfunción de los mecanismos de expectación/motivación, el tipo de disfunción de éstos, puede ayudar a distinguir subtipos dentro de él.

#### PP-30

##### **PREVALENCIA EN ATENCION DE URGENCIA PSIQUIATRICAS EN UN HOSPITAL GENERAL, DIEZ AÑOS DE EVOLUCION.**

Osorio, Juan; Quintanilla, Erika; Barrantes, Carlos; Rojas, Marcela; Monardes, Jorge; Lu-biano, Alessandra.

Complejo Asistencial Hospital Barros Luco. Santiago, Chile.

**Objetivos:** Establecer porcentaje de atención de urgencia psiquiátrica en un servicio de urgencia de hospital general. Comparar periodos de medición y distribución de patologías por categorías (CIE-10).

**Metodología:** La información fue obtenida de las hojas de atención del S.U. H.B.L.T. en los años 1996, 2003, 2005, 2006; se clasificó según CIE-10, se utilizó planilla excel y stata 8.0 para análisis de datos.

**Resultados:** El promedio diario de atención psiquiátrica en el 2° semestre del 2005 fue 20,4; en 1er semestre del 2003 fue 25,5; y en periodo 1995-1996 de 18,9 atenciones día.

Las principales causas de consulta fueron: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicótropas, Trastornos del humor y Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; los cuales concentran más del 85% de la consulta de urgencia psiquiátrica.

**Conclusiones:** En trece años de urgencia psiquiátrica en hospital general, se observa una disminución de consultas psiquiátricas diarias. La distribución porcentual según categorías varió estos últimos años, los principales motivos de consulta no se modificaron.

#### PP-31

##### **REACCION ALERGICA EN UN PACIENTE TRATADO CON METILFENIDATO**

Zúñiga, Mario; Villegas, Katherine; Zurita, Carla

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

e-mail:mariozp20@yahoo.com

**Objetivos:** Mostrar el caso de una reacción alérgica a los excipientes de una nueva presentación de metilfenidato y enfatizar en la publicación de este tipo de trabajos los cuales son escasos en la literatura médica.

**Caso Clínico:** Menor de 14 años que ingresa el 17 de marzo del 2006 al servicio pediatría, presentando luego de inicio de tratamiento con metilfenidato (Ritalin LA) placas eritematosas en ambas extremidades superiores y cara. Posteriormente se generaliza a tronco y resto del cuerpo, acompañándose de intenso prurito. El paciente fue tratado con distintas presentaciones de metilfenidato desde los siete años sin haber presentado efecto adverso alguno.

Al examen: se encuentra eritema máculo papular en tronco y extremidades de carácter muy pruriginosos.

Exámenes de laboratorio; IgE específica: 605, leucocitosis leve.

Tratamiento: Cidoten c/8 hrs y clorprimeton c/6 u 8 hrs y posteriormente Prednisona oral.

**Conclusiones:** Con el metilfenidato se han realizado distintas formulaciones para mejorar su farmacodinamia y aumentar el tiempo de acción. Estas nuevas estrategias farmacológicas pueden llevar reacciones alérgicas que pueden no bien estar dadas por el principio activo, sino por los excipientes que forman parte de medicamento.

NOTA: Se dispone de fotografías del paciente descrito.

#### PP-32

##### **EVALUACION NEUROCOGNITIVA EN PA-**

**CIENTES CON TRASTORNOS CONDUCTUALES SEVEROS**

Sepúlveda, Paz; Contreras, Natalia  
Centro de Recuperación de Prácticas Sociales Renoval, Santiago, Chile.

**Objetivos:** Este estudio pretende describir el perfil neurocognitivo en pacientes con diagnóstico de trastornos conductuales severos, determinando la estructura mental de este tipo de pacientes, participantes del Centro de Recuperación de Prácticas Sociales, Renoval.

**Material y Método:** Se trata de un estudio de carácter descriptivo, análisis cuantitativo y cualitativo, de resultados obtenidos de evaluaciones neurocognitivas, realizadas con test estandarizados en pacientes con trastornos conductuales severos, del Centro de recuperación Social Renoval.

**Muestra Clínica:** La muestra consta de 20 pacientes de sexo masculino, con diagnóstico de trastornos conductuales severos y discapacitantes, participantes del Centro de Recuperaciones Sociales Renoval, de nivel socioeconómico medio alto, con promedio de edad de 17 años, de la región metropolitana.

**Descripción del procedimiento:** Se realizaron sesiones de 2 horas, en forma individual, con un total de 8 horas por evaluación, que incluye entrevista clínica con el paciente y familiares, y la aplicación de test estandarizados, realizados por una neuropsicóloga, en el Centro de Recuperación Social, Renoval

**Análisis y Conclusiones:** Tras el estudio, se evidenció que la perfil de la estructura mental característica de pacientes con trastornos conductuales severos, está determinada primordialmente por un síndrome disejecutivo, con déficit en el manejo de la impulsividad, de la capacidad de planificación, de organización, de anticipación y autorregulación. Además, se observan déficit en la capacidad de organizar y ordenar las funciones superiores, con déficit en la capacidad para iniciar, proseguir y detener secuencias complejas de conducta.

La importancia de establecer un perfil de la estructura mental y de las funciones cognitivas alteradas, en los trastornos conductuales severos, radica en la posibilidad de evidenciar la situación funcional y las necesidades específicas de tratamiento y rehabilitación integral.

**PP-33****APLICACION DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI) EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE ZAPALLAR**

Castillo, Fresia; Pemjean, Alejandra; Valenzuela, Ma. Francisca; Soto, Maximiliano  
Depto. Salud. Municipalidad de Zapallar.

Se presenta un estudio descriptivo de los resultados de la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) a una población de 225 alumnos de enseñanza media en la comuna de Zapallar, Quinta Región. El propósito del estudio es determinar la incidencia de sintomatología depresiva en una población no clínica de adolescentes residentes en la comuna. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y la entrevista clínica al joven y su familia por psiquiatra y psicólogo. Se establecieron diagnósticos de acuerdo a criterios CIE-10. El porcentaje de sintomatología depresiva encontrado fue de un 26,2% cifra superior a estudios nacionales. En el grupo con puntajes sugerentes de estar cursando un episodio depresivo encontramos que el 42,5% del total eran mujeres con una mayor prevalencia en el grupo etario de 15 y 16 años. Se discuten limitaciones e implicancias para investigaciones futuras.

Palabras claves: depresión, adolescencia, CDI.

**PP-34****SOSPECHA DE DEPRESION EN POBLACION ESCOLAR Y RELACION CON FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y AMBIENTAL, EN COLEGIO DE NSE MEDIO-ALTO, I REGION, 2006.**

Borgeaud, Karin; Labbé, Mariana; Villar, María José; Bernaschina, Marco; Vega, Mónica; López, Darío  
Universidad de Chile, Santiago, Chile.  
e.mail: marianalabbe@hotmail.com

**Objetivos:** Describir la prevalencia de sospechas de depresión en población infantojuvenil (SD) y relacionarlo con factores de riesgo psicosocial y ambiental (FR).

**Materiales y métodos:** Se aplicó a escolares, colegio de NSE medio-alto (8° Básico, 2° y



4º medio), Iquique, 2006, cuestionario depresión infantojuvenil (CDI), Apgar familiar y cuestionario de FR, usado en programa nacional de depresión. Se agregaron preguntas de FR (académicas; violencia escolar; separación reciente de los padres(SRP)). Análisis por Excel y Stata.

**Resultados:** Los escolares tenían entre 13-18 años, 58,4% mujeres; 41,6% hombres. La prevalencia de SD fue 28,71% (69% eran mujeres; 31% hombres). La funcionalidad familiar (FF) resultó; 16,83% normal; 38,61% disfunción leve; 37,62% disfunción moderada; 6,93% disfunción grave. Al relacionar SD con FF, ésta resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). SD con FR, resultó estadísticamente significativa para SRP ( $p < 0,001$ ) y para mala relación con compañeros ( $p < 0,05$ ). Otros factores psicosociales se encontraron en baja frecuencia.

**Discusión:** Existe alta prevalencia de SD. La prevalencia de disfunción familiar es importante (83,16% de los encuestados). SD aumenta a medida que se eleva la disfunción familiar. SRP y relación con compañeros, pareciera tener relación con mayor SD.

**Conclusión:** Existe alta prevalencia de SD en la población adolescente encuestada, sobretudo en mujeres. Esta subdiagnosticada. La disfunción familiar es de alta prevalencia, sobretudo leve a moderada, la cual se relaciona con los SD. Como también la relación con los compañeros.

#### PP-35

##### DESCRIPCION DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN RELACION A LA PSICOPATOLOGIA DE UNA POBLACION CONSULTANTE A UNA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL, SANTIAGO, 2004.

Labbé, Mariana; Villar, María José; Abufhele, Marcela; Obreque, Carolina; López, Darío.

Sede Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

e-mail:marianalabbe@hotmail.com

**Objetivos:** Describir los problemas psicosociales y ambientales (PPA) (EjeV-CIE-10) en relación a la psicopatología (Eje I) de una población infantojuvenil.

**Material y métodos:** Revisión de 247 fichas

de pacientes infantojuveniles de Clínica Psiquiátrica Universitaria, durante 2004. Excluyendo consulta única, se obtuvo un total de 169. Se protocolizaron los PPA y las psicopatologías del EjeI. Análisis por Excel.

**Resultados:** Un 78,69% refirió PPA, lo más frecuente fue, la disfunción en algún subsistema familiar (DSF) (35,5%), la psicopatología parental (PP) (24,85%) y el maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar (MI/VIF) (10,65%). De los pacientes con depresión/ distimia 84,21% refirió PPA (31,25% DSF; 25% abuso sexual; 18,75% PP). De los trastornos ansiosos 95,23% refirió PPA (35% PP; 30% DSF; 15% MI/VIF). Trastorno Adaptativos 96,55% tenía PPA (42,84% DSF; 32,14% PP). Trastorno Oposicionista desafiante(TOD) 87,5% refería PPA (14,28% conductas de riesgo social(CRS)). Trastorno disocial (TD) 100% refirió PPA (86,6% CRS). TOC/TD presentaron 45,45% DSF. Trastorno déficit atencional (TDAH) 76,66% refirió PPA (34,7% DSF; ninguno presentó CRS). Trastornos Generalizados del desarrollo, presentó 39,13% PPA (menor prevalencia de PPA).

**Discusión y conclusión:** Existe un alto porcentaje de PPA en la población estudiada, destacando: DSF, PP y MI/VIF. El porcentaje de abusos sexuales fue importante en relación a la depresión/distimia. Interesante es como PPA (DSF;CRS) varió en relación al TDAH, TOD, TD, lo que es esperable, según la literatura.

#### PP-36

##### COMORBILIDAD ENTRE PATOLOGIA DEL EJE I Y EJE II EN POBLACION INFANTOJUVENIL CONSULTANTE A LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA

Labbé, Mariana; Obreque, Carolina; Villar, María José; Abufhele, Marcela; López, Darío.

Sede Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

e-mail:marianalabbe@hotmail.com

**Objetivo:** Determinar comorbilidad entre patologías eje I y eje II, en una población infantojuvenil.

**Materiales y métodos:** Revisión de 169 fichas clínicas, ingresos 2004 del servicio Psiquiatría infantojuvenil, CPUCh. Se protocolizaron patologías Eje I y Eje II. Análisis por Excel.



**Resultados:** 64,5% pacientes tenían algún diagnóstico en eje II, los más frecuentes fueron; rasgos limítrofes (RL) (23,85%), rasgos evitativos dependientes (RED) (22,93%) y trastorno específicos del aprendizaje (TEA) (18,34%). Depresión/distimia presentó 92% diagnóstico en eje II (37,5% RL; 37,5% RED). Trastornos ansiosos, 75% presentó eje II alterado (40% RED; 26,6% impulsividad). Trastorno adaptativo, 65,71% (52,17% desarrollo de personalidad anormal (DPA) con rasgos no especificado; 17,3% TEA). Trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial, en conjunto, mostró 73,68% alteración de eje II (35,71% RL; 21,42% rasgos antisociales; 14,28% rasgos narcisistas). Trastorno de déficit atencional (TDAH), 75,75% (44% TEA; 12% impulsividad, 12% RED). Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), 88,9% (87,5% RL). Trastorno generalizado del desarrollo, 34,78% (50% trastorno específicos del lenguaje; 37,5% retraso mental asociado).

**Discusión y conclusión:** Existe alta comorbilidad de eje I con eje II, destacando los RL; RED y TEA, como los más frecuentes. Pareciera TDAH se relaciona con TEA, como el tipo DAP con psicopatología específica. Esto concuerda con la literatura. Sería interesante analizar cuantos DAP finalmente llega a ser un trastorno de personalidad.

#### PP-37

##### FACTORES DE VULNERABILIDAD Y PREDICTORES PRECOCES EN 11 NIÑOS CON SOSPECHA DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN.

Oliver, Macarena; Ruiz, Marisol

Universidad de Chile-Campus Sur. Servicio Neuropsiquiatría Infantil - Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

e-mail: macarenaoliver@yahoo.com

Marcadores del desarrollo y factores de vulnerabilidad están presentes antes que se manifieste la psicosis en pacientes esquizofrénicos.

**Objetivo:** Pesquisar presencia de factores de vulnerabilidad genética, pre y perinatales y predictores precoces en 11 pacientes con sospecha de esquizofrenia (EQZ) controlados en Hospital San Borja Arriarán.

**Materiales y Métodos:** Evaluación psiquiá-

trica, neurológica y revisión de fichas clínicas de pacientes ingresados al GES sospecha de EQZ primer episodio, n= 11, nueve hombres, edad promedio 13,6 años. 90,9% presentó psicopatología previa siendo más frecuente el trastorno ansioso (45%). Edad promedio inicio de prodromos 11,1 años, edad promedio de diagnóstico EQZ fue 13,2 años, con intervalo promedio de 2,0 años entre el inicio del prodromos y el diagnóstico.

**Resultados:** 90,9% casos no tenía parientes de primer grado con EQZ; 1 caso tuvo antecedentes de desnutrición materna durante embarazo; edad paterna mayor fue 43 años, promedio 27,3 años; ningún caso presentó patología del embarazo, hipoxia perinatal o PEG; 3 casos nacieron en invierno; 63,6% tenía antecedentes de dificultades de adaptación escolar; 72,7% dificultades sociales; 54,5% hiperactividad y distractibilidad desde temprana edad.

**Conclusión:** Es necesario aplicar dirigidamente un instrumento estandarizado que permita recolectar factores de vulnerabilidad y predictores precoces para obtener un perfil más exacto de pacientes adolescentes en que se sospeche EQZ primer episodio.

#### PP-38

##### FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS SEGUN GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA POBLACION CONSULTANTE A LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA (CPU) EL AÑO 2004.

Villar, María José; Labbe, Mariana; Abufhele, Marcela; Obreque, Carolina

CPU, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

e-mail: mvillarzunzunegui@yahoo.com.mx

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos infantiles y su distribución demográfica.

**Materiales y métodos:** se revisaron 169 fichas correspondientes a ingresos del 2004 al servicio de Psiquiatría infantojuvenil CPU, se investigó frecuencia y distribución de patologías por grupo etario y sexo (preescolar  $\leq$  5 años, escolar 6 a 11 años y adolescente  $\geq$  12 años)

**Resultados:** La distribución fue: preescolar 7,69% (69,23% hombres, 30,76% mujeres), escolares 37,27% (58,73% hombres, 41,26%

mujeres) y adolescentes 55,02% (53,76% hombres, 46,223% mujeres). Las patologías de mayor frecuencia según distribución demográfica fueron: Preescolares varones TDA (55,55%) y TGD (33,33%). Escolares varones TDA (37,83%), TGD (21,65%) y TEA (18%), en escolares mujeres T. adaptativo (23%), depresión (19,23%). Adolescentes varones depresión (18%), T. adaptativo (16%), TDA (14%), TGD (14%) y TEA (14%) y en mujeres depresión (34,88%), t. adaptativo (18,60%) y TCA (18,60%).

**Discusión:** Se observa dimorfismo sexual en cada grupo etario, a menor edad más frecuente TDA y TGD en varones y depresión y T. adaptativo en mujeres, con tendencia a la igualdad en adolescentes, donde depresión y T. adaptativo aumenta en hombres.

TDA: trastorno déficit atencional

TGD trastorno generalizado del desarrollo

TEA: trastorno específico del aprendizaje

TCA: Trastorno conducta alimentaria.

#### PP-39

### EVALUACION DE PACIENTES PSICOTICOS CON PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO DE EXPRESIONES FACIALES

Madrid, Daniel; Oliver, Macarena; Toledo, Gladys

Servicio de Neuropsiquiatría / Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

e-mail: dmadrid@pastor.cl

**Objetivos:** evaluar mediante pruebas de reconocimiento de expresiones faciales a un grupo de pacientes psicóticos y compararlos con un grupo sano

**Método y material:** se tomaron pacientes con diagnóstico de psicosis, menores de 18 años, atendidos en el servicio de Neuropsiquiatría de nuestro hospital, durante el año 2006 y a un grupo de pacientes atendidos por otras patologías. Se les aplicaron dos test: el eyes test y el face test

**Resultados:** el rango de edad del grupo psicótico fue de 13-15 años con un promedio de 14,3 años, versus un intervalo de 12 -16 años con un promedio de 15 años en el grupo control. En el Eyes test el grupo psicótico tuvo entre un 32,1 y 64,3 % de respuestas correctas con un promedio de 54,6%, versus un intervalo de 48-87% con promedio de 77,38% del

grupo control. En el Face test el grupo psicótico tuvo un acierto entre 60 y 90 % con promedio de 78% versus un intervalo de 70-90% con promedio del 84,16% del grupo control.

**Discusión:** se puede comprobar la importancia de este tipo de pruebas en la evaluación de pacientes, no sólo con trastornos del desarrollo como ha sido visto en estudios anteriores, sino también, como en este caso, en pacientes psicóticos. Las dificultades del presente trabajo radican principalmente en el reducido tamaño de la muestra, por lo que futuros trabajos debieran tomar en cuenta este aspecto.

**Resumen de las conclusiones:** pacientes psicóticos obtienen peores rendimientos en dos pruebas de reconocimiento de expresiones faciales que el grupo control. Tanto el eyes test como el el face test parecen de utilidad en la evaluación de pacientes psicóticos.

#### PP-40

### DIBUJO INFANTIL: "IMAGENES Y REFLEJOS DEL ALMA".

Yanine, Iván

Programa de Educación en Ciencias Basado en la Indagación. (ECBI).

Academia Chilena de Ciencias, Ministerio de Educación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

e.mail: psiqui30@hotmail.com

El siguiente trabajo consta de la presentación de cuarenta dibujos en power point, los que se seleccionaron de una muestra inicial de trescientos dibujos que se obtuvieron en 25 aplicaciones colectivas a niños y niñas de primero a octavo básico, de escuelas de las comunas de Lo Prado, Cerro Navia y Pudahuel. Las muestras fueron escogidas con la ayuda de la jefe(a) de UTP, Orientador(a), Inspector(a) y con un gran apoyo de los directores y directoras de escuelas. Todos los niños y niñas que fueron evaluados con técnicas gráficas, Test de la Familia y HTP (árbol (padre), casa (madre), persona (niño)), fueron escogidos previamente los que presentaban antecedentes comprobados de abuso sexual o maltrato físico y psicológico, conductas agresivas, baja autoestima y retraimiento. El presente trabajo pretende describir y analizar los distintos Indicadores gráficos, (uso del color, tamaños, formas, trazos...etc.), que aparecen con ma-

yor frecuencia en niños abusados, con baja autoestima, trastornos de agresividad.

Para las aplicaciones las Escuelas Facilitaron las salas suficientes, como para tener a los niños bastante separados, se les dio dos hojas en blanco, una caja con doce lápices a colores, un lápiz mina, una goma y un sacapuntas, en el caso del HTP se le pide al niño que dibuje un árbol, una casa y una persona y en el caso del Test de la familia se le pidió a los niños: "Dibuja tu Familia".

Resumen: Es posible apreciar una serie de indicadores bastante claros en cada uno de los dibujos.

#### PP-41

### LECCIONES APRENDIDAS EN ASESORIAS A EQUIPOS CLINICOS QUE REALIZAN DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION EN ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACION INFANTO-ADOLESCENTE, DENTRO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN COMPRENSIVO, EVOLUTIVO E INTEGRAL.

Maturana, Alejandro; García, V; Quinteros, C; Montenegro, M.

Asesores Clínicos y Equipo del Área de Tratamiento y Rehabilitación de CONACE (Comisión Nacional de Control de Estupefacientes). Ministerio del Interior. Santiago, Chile.  
e-mail: almaturana@vtr.net

**Introducción:** La Asesoría Clínica a los equipos, es una actividad conjunta e interactiva entre él o los asesores, con los equipos clínicos que intervienen en el consumo problemático en población infanto-adolescente, con cada uno de ellos en particular y con la red constituida por todos los equipos, en reuniones previamente diseñadas. Equipos tanto ambulatorios (ambulatorios básicos, ambulatorios intensivos y ambulatorios-comunitarios), como residenciales (programas residenciales y de desintoxicación residencial), en un total de 35 equipos, a lo largo de todo Chile y que realizan Diagnóstico y tratamiento en drogas favoreciendo ciertos principios de intervención como la integralidad, el desarrollo evolutivo, la continuidad, el acompañamiento terapéutico permanente, el enfoque de red, entre otros. Siendo ésta la primera experiencia de implementación de un modelo de atención en esta

temática en nuestro país, con características de impacto en la política pública.

**Objetivos:** a) Mostrar un modelo de trabajo en Asesoría y Supervisión a equipos clínicos que intervienen en tratamiento de drogas en población Infanto-adolescente b) Describir las buenas prácticas recogidas en el trabajo directo con los equipos.

**Materiales y Métodos:** El equipo asesor acude en terreno 3 veces al año (período entre Enero 2005 y Julio 2006), a los diferentes Equipos Multidisciplinarios que realizan Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación, ubicados en distintas regiones de Chile. Los asesores entregan pautas diagnósticas y terapéuticas para la solución de casos clínicos y situaciones clínicas complejas, levantando información de los equipos en cuanto a implementación del Modelo de atención y de las prácticas efectivas, tanto al interior de los equipos como al interior de la red de atención.

**Resultados:** Durante el período señalado, se realizaron aproximadamente 100 asesorías clínicas. Se recogió y se sistematizó información:

- de los pacientes: perfil del sujeto, compromiso biopsicosocial, consumo, familia, comorbilidad, tipo de intervenciones efectivas, constitución de la red
- de los equipos: en cuanto a infraestructura, recursos humanos, implementación, capacitación y autocuidado.
- De situaciones clínicas relevantes asesoradas y su manejo.

**Discusión:** Las asesorías clínicas, han permitido la capacitación de profesionales y técnicos que realizan diagnóstico y tratamiento en consumo perjudicial de drogas en población Infanto-adolescente. Han permitido además, sistematizar buenas prácticas de atención en diagnóstico y tratamiento en la misma temática, y como algo inédito para esta población en nuestro País. Por último, las asesorías clínicas en esta temática, han puesto el énfasis en el trabajo de equipo y la potencia de este trabajo, cuando las intervenciones se realizan utilizando e integrando toda la red de atención (asistencial y psicosocial), incluyendo las actividades de asesorías.

#### PP-42

### TRASTORNOS DEL SUEÑO EN HIJOS DE

**MADRES DEPRIMIDAS.**

Nuño, Mariana; , Illaños, Juan ; Ordoñez, María Paz; Jadresin, William; Montt, M. Elena, Fritsch, Rosemarie

Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Hospital Clínico Universidad de Chile. Proyecto financiado por FONDECYT 1040432

**Introducción:** Durante la etapa escolar las horas de sueño estimadas varían de 9 a 11, con diferentes patrones de sueño entre un niño y otro. Los trastornos del sueño en los niños escolares afectan principalmente las funciones cognitivas, tales como: atención, concentración, pérdida de la afectividad, irritabilidad, frustración temprana, dificultad para modular impulsos y emociones; y, en algunos casos, hiperactividad. La prevalencia de depresión mayor entre las mujeres adultas en Santiago alcanza al 8%. Sus hijos se vuelven muy sensibles al estado emocional de éstas, son más propensos a tener problemas de conducta, dificultades en el aprendizaje y roces con sus compañeros, así como son más proclives a deprimirse. Se ha demostrado una alta prevalencia de psicopatología entre ellos, desconociéndose hasta el momento el rol de los problemas de sueño en esta población de riesgo.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de insomnio en hijos de madres con depresión mayor. **Metodología:** El presente estudio corresponde a un análisis secundario del proyecto "Efectividad de la farmacoterapia monitorizada en pacientes deprimidas de la atención primaria de salud y su repercusión sobre la salud mental de sus hijos". Se reclutaron 340 madres de hijos entre 6 y 16 años, con depresión mayor de acuerdo al DSM-IV. Se eligió mediante el método de Kish un hijo por cada madre. Se utilizaron las escalas autoaplicadas AAA para ansiedad y CDI para depresión para detectar el autorreporte de problemas de sueño.

**Resultados:** El 60,7% (54,8-66,3) de los niños refería alguna dificultad para dormir. El sexo, la edad de los niños ó la gravedad de la depresión de la madre no constituyeron factores significativos en la presencia de estos problemas (LRchi<sup>2</sup>= 0.63; p= 0.8886). El 23,1% (16,5-31,5) de los niños con problemas de sueño, correspondía a un trastorno severo, el 45,7% (36,1-56,9) a moderado y el 31,2% (23,4-40,7)

a leve.

**Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de trastornos del sueño en hijos de madres con depresión, quienes constituyen un grupo de alto riesgo de patología mental. Debido a ello los programas que se diseñen para su tratamiento deberán incluir un manejo específico de estos trastornos.

**PP-43****REHABILITACION NEUROCOGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS CONDUCTUALES SEVEROS.**

Sepúlveda, Paz; Contreras, Natalia

Centro de Recuperación de Prácticas Sociales Renoval.

**Objetivos:** Este estudio pretende describir el proceso de rehabilitación neurocognitiva en pacientes con diagnóstico de trastornos conductuales severos, participantes del Centro de Recuperación de Prácticas Sociales, Renoval.

**Material y Método:** Se trata de un estudio de carácter descriptivo, análisis cualitativo, de la información obtenida de la observación del proceso de rehabilitación realizado en pacientes con trastornos conductuales severos participantes del programa de estimulación Neurocognitiva a los cuales se realizó una evaluación neurocognitiva previa.

**Muestra Clínica:** La muestra consta de 20 pacientes de sexo masculino, con diagnóstico de trastornos conductuales severos y discapacitantes, participantes del Centro de Recuperaciones Sociales Renoval, de nivel socioeconómico medio alto, con promedio de edad de 17 años, de la región metropolitana.

**Descripción del procedimiento:** Se realizaron sesiones de 2 horas, 2 veces por semana, en grupos de un máximo de 4 participantes, separados por diagnóstico y edad. Estos fueron llevados a cabo en el centro Renoval o en domicilio en aquellos casos que presentaban dificultad para trabajar en grupo, debido al nivel de disruptividad conductual.

La ejecución se encontró a cargo de un psicólogo.

**Análisis y Conclusiones:** Se pudo observar tras el estudio, que en los Tr. Conductuales Severos, aparecen alteradas fundamentalmente las funciones ejecutivas, en concomitancia con déficit en el proceso atencional y

las funciones superiores propias de los lóbulos pre-frontales.

La importancia de la rehabilitación neurocognitiva en estos pacientes, en la actualidad, cobra gran relevancia como parte de un proceso de desarrollo integral en la recuperación de las funciones ejecutivas. Se logró mejoría en el manejo de la impulsividad, planificación, organización, atención, anticipación y el logro de los procesos superiores.

#### PP-44

#### **ANÁLISIS DEL VÍNCULO MADRE-HIJO EN LA DERMATITIS ATÓPICA. TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCION PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.**

Arratia, Paola. Sepúlveda, Juan Enrique; Tutor de Tesis.

Servicio de Dermatología, Hospital de Niños Roberto del Río. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

e-mail: paolaarratiag@123.cl

La presente investigación tiene por objetivo general explorar, describir y comparar el vínculo madre-hijo de una muestra de niños de 6 a 9 años 11 meses, que fueron diagnosticados y tratados en los servicios de Dermatología del Hospital de Niños Roberto del Río y del Hospital Clínico de la Universidad de Chile a lo menos durante un año por Dermatitis Atópica con un grado de severidad de moderada a severo, de manera intramuestral e intermuestral con un grupo control pareado según sexo, edad y nivel socioeconómico bajo.

Los objetivos específicos son investigar y explorar los tipos de vínculos establecidos; establecer un perfil psicológico de las madres con hijos con DA e identificar elementos psicosomáticos a partir del análisis cuantitativo de los protocolos del Test de Rorschach. Es un estudio exploratorio, descriptivo, comparativo, transversal y con un diseño no experimental. Los resultados de esta investigación pretenden mejorar la calidad de vida de los niños con DA y sus familias al proporcionar conocimientos de variables psicológicas que permitan estructurar nuevas estrategias terapéuticas en un enfoque multidisciplinario lo-

grando una mejor adhesión al tratamiento.

El procedimiento consiste en entrevistar a las madres y someterlas a evaluación utilizando para ello el Test de Rorschach y el Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown (1979) versión chilena estandarizada por Dávila I.M., Ormeño G.V., y Vera B.V. (1998).

Los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico con la prueba de Mann-Whitney test, indican que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de madres con hijos con DA y el grupo de madres control sano respecto del tipo de vínculo en las escalas de sobreprotección ( $p < 0,02$ ) y la escala de cuidado ( $p < 0,01$ ). El grupo de madres con DA se caracteriza por presentar un tipo de vínculo que se traduce en padres controladores, intrusivos, que infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos. No se encontraron diferencias significativas por sexo. Respecto del análisis cuantitativo de los protocolos de Rorschach los resultados preliminares indican que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en los valores de D%, ( $p < 0,059$ ), F% ( $p < 0,01$ ), F+% ( $p < 0,01$ ). En términos de diferencias de promedio se aprecia que el promedio de respuestas de tipo M es menor en el grupo con DA y la relación  $FC < CF < C$  aparece en una proporción de  $CF + C > FC$ . Estos resultados apuntan a la presencia de rasgos alexitímicos en la muestra diana. El análisis de datos está en curso todavía.

#### PP-45

#### **INTENTOS SUICIDAS, AUTOESTIMA Y DINÁMICA FAMILIAR EN NIÑAS DEL ÁREA SUR-ORIENTE DE SANTIAGO**

Bustamante, Francisco; Cabezón, Carlos; Zúñiga, Paula; Ruiz, Cecilia; Florenzano, Ramón; Lagos, Ximena; Salinas, Mauricio; Cox, Bárbara; Martínez-Conde, Begoña; Berguecio, Magdalena; Serani, Inés; Silva, María Jesús.

Escuela de Psicología, Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes, y Fundación Científica y Tecnológica ACHS, Santiago, Chile.

Proyecto financiado por el Fondo de Ayuda a la Investigación de la Univ. de los Andes.

e-mail: fbustamante@uandes.cl



Se decidió evaluar los efectos de un programa de Educación Sexual sobre niñas de séptimo y octavo básico de dos colegios del área sur-oriente de Santiago. Para ello, se utilizó un software autoaplicado y anónimo con instrumentos para evaluar autoestima, dinámica familiar, conductas sexuales y suicidalidad. Para el análisis de los datos, se utilizó análisis bivariado mediante prueba de ANOVA y Wilcoxon para muestras independientes y correlación de Spearman. Se utilizó un alfa 0,05. Estos son resultados preliminares previo a la administración del programa de educación sexual, el cual será evaluado periódicamente año tras año, en forma de estudio de cohorte.

De un total de 131 niñas, ninguna refirió inicio de conductas sexuales. Sin embargo, 25 (19%) han intentado suicidarse alguna vez. Estas niñas además presentan una menor autoestima y una peor dinámica familiar, en forma estadísticamente significativa, respecto a las niñas que no han intentado suicidarse.

Se concluye que una baja autoestima y una mala dinámica familiar se asocian a intentos suicidas en niñas.

#### PP-46

##### **APEGO Y VULNERABILIDAD A ENFERMAR: EVIDENCIAS Y CONTROVERSIAS ACERCA DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y GENÉTICOS DURANTE EL DESARROLLO.**

Moneta, María E.

Universidad de Chile

e-mail: mmoneta@med.uchile.cl

**Objetivos:** Determinar los factores protectores del apego en los primeros 3 años de vida que han sido puestos en discusión en relación a la genética del comportamiento. Hasta que punto el apego seguro protege de la expresión de ciertos genes que inducen a vulnerabilidad durante el desarrollo?

**Metodología:** Revisión bibliográfica que incluye la integración de diversas disciplinas: La neurobiología interpersonal (Siegel 1999) presenta un punto de vista de integración de cómo el desarrollo humano ocurre dentro de un marco social en transacción con las funciones cerebrales en desarrollo que dan origen a la mente. Esta integración puede conceptualizarse como el proceso básico por el cual el apego seguro en los primeros años de vida

facilita y promueve un desarrollo emocional bueno y resiliente.

**Resultados y Discusión:** Los investigadores en apego no han todavía investigado el rol de la genética en la determinación de los distintos patrones de apego. Algunos análisis sugieren, sin embargo, que las clasificaciones de apego estarían determinadas por las experiencias con el ambiente más que con factores genéticos. Cada progenitor aportaría su propio bagaje de apego al niño que tendría dos patrones diferentes de apego, que son cada uno específico para cada padre y correlacionado con una característica específica de éste. De allí se desprendería que ciertos rasgos de personalidad similares entre padres e hijos no tendrían un origen genético.

Los argumentos de cómo un gen se expresa o no durante el desarrollo del individuo para inducir una determinada deficiencia o alteración conductual, es aún sujeto a debates por parte de neurocientíficos, genetistas y expertos en el desarrollo. Este trabajo discutirá evidencias acumuladas desde la neurociencia, la psicopatología y la genética del comportamiento.

#### COMUNICACIONES ORALES

##### COP-1

##### **FACTORES PSICOBIOLOGICOS EN VITILIGO INFANTIL: POSIBLE ROL EN SU GENESIS E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.**

Schwartz, Rodrigo; Sepúlveda, Juan Enrique; Quintana, Teresa

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico U. de Chile. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Santiago, Chile.

email: schwartz.rodrico@gmail.com

Existen pocos reportes en la literatura que aborden el estudio de la etiología del vitiligo desde un punto de vista psicobiológico.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar el temperamento y el carácter de pacientes con vitiligo infantil y determinar posibles asociaciones con la frecuencia de eventos vitales negativos y deterioro de la calidad de vida. **Método:** La muestra consistió en 21 pacientes con vitiligo entre 5 y 12 años y dos grupos controles (G1 y G2) constituidos por 14 hermano(a)s sanos de los casos y 21 escolares sanos reclutados de dos escuelas del



área occidente de Santiago. Se aplicaron los siguientes instrumentos: 1) JTCI (Junior Temperament and Character Inventory) 2) EDC (Encuesta de desarrollo cualitativo) 3) LEC (Life Event Checklist) y 4) CDLQI (Children's Life Quality Index).

**Resultados:** En el análisis del TCI se observó en los pacientes con vitiligo, una mayor frecuencia de la dimensión del temperamento "evitación del daño" respecto a G2 (13.6 v/s 10.62, p-value = 0.037). Al analizar los resultados de la EDC encontramos una mayor frecuencia de temor frente a extraños (64.3% v/s 28.6%, p-value = 0,036) y una respuesta predominante de retraimiento y temor frente a cambios emocionales en figuras de apego (78,9% v/s 8,3%, p-value = 0.001) en los casos de vitiligo en comparación con G1. Al aplicar el LEC observamos un promedio de 3.2 eventos estresantes negativos, destacando la

asociación con situaciones que involucran a figuras de apego. El CDLQI mostró un puntaje promedio de  $(3.76 \pm 3.9)$ . Se realizó un análisis de correlación entre JTCI y LEC, observándose una correlación positiva (Pearson = 0.462, p-value = 0.04) con la dimensión del temperamento "búsqueda de novedad". Al correlacionar JTCI y CDLQI observamos una correlación negativa con la dimensión del carácter "auto-directividad" (Pearson = -0.703, p = 0.005).

**Conclusión:** En nuestro estudio, encontramos una posible asociación entre una dimensión específica del temperamento, la presencia de vitiligo e impacto en la calidad de vida. Estos resultados abren una línea de investigación poco explorada en la literatura, buscando encontrar hechos objetivos que permitan entender al vitiligo como un modelo de enfermedad psicobiológica.

## Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

AUTOR	TRABAJO	AUTOR	TRABAJO
Aboitiz, Francisco	PN-44, PP-17, PP-18	Bernaschina, Marco	PP-34
Abufhele, Marcela	PP-26, PP-27, PP-35, PP-36, PP-38	Berthet, Catalina	PP-8, PP-9
Acevedo, Keryma	PN-50	Beytía, María de los Ángeles	PN-80
Adlerstein, León	PN-13	Borgeaud, Karin	PP-34
Aguirre, María Luisa	PP-10	Bravo, Eduardo	PN-5, PN-53, PN-60
Aldana, Pilar	PN-34, PN-35	Briceño, Ana M.	PP-19
Alster, Selma	PP-24	Briones, Claudio	PN-87
Alvarez, Carolina	PN-59	Brunel, Nicole	PN-80
Álvarez, Paola	PN-68	Burón, Verónica	PN-14
Andrade, Lucila	PN-15, PN-63, PN-89	Bustamante, Francisco	PP-45
Arab, Elías	PP-2, PP-3, PP-4	Bustos, Alberto	PN-89
Aránguiz, Juan Luis	PN-67, PN-82	Cabello, Francisco	CON-5, PN-24
Aravena, Miguel	PN-77	Cabezón, Carlos	PP-45
Araya, Cecilia	PP-16	Cabrera, Rodrigo	PN-55
Arratia, Paola	PP-44	Camila, Venegas	PN-23
Arredondo, Fernando	PN-82, PN-88	Campos, Ana	PP-20
Arriaza, Manuel	PN-28, PN-38, PN-50, PN-56, PN-58, PN-82, PN-87, PN-88, CON-1	Campos, Gabriel	PP-19
Arturo, Zuleta	PN-54	Canales Pilar	PN-71
Avaria, María de los Angeles	PN-9, PN-29, PN-80	Carrasco, Ximena	PP-18, PN-41
Avendaño, Marisol	PN-20	Carredano, Maite	PP-28
Avila, Daniela	PN-38, PN-56, PN-58	Carrera, Jorge	PN-73
Ávila, Ricardo	PN-35	Carvajal, Maritza	PN-20
Bahamondes, C	PN-40	Castiglioni, Claudia	PN-6
Balbontín, Paula	PP-29	Castillo, Fresia	PP-33
Bali, D.	PN-50	Castillo, José Luis	PN-19, PN-81
Baltzer, Veronika	PN-30, PN-71	Cerda, Sandra	PN-72
Barra, Lisseth	PN-84	Claudia, Andrade	PP-17
Barrantes, Carlos	PP-30	Claverie, Ximena	PN-56, PN-57
Barrios, Andrés	PN-3, PN-30, PN-31, PN-69, PN-72, PN-83	Colombo, Marta	CON-5, PN-45
Bécar, Jacqueline	PN-39	Contreras Viviana	PP-22
Becker, Ana	PN-56, PN-57	Contreras, Andrés	PN-21, PN-52
Berguecio, Magdalena	PP-45	Contreras, C.	PP-1
Berho, Marcelo	PP-14	Contreras, Marcel	PN-58
		Contreras, Natalia	PP-32, PP-44
		Córdova, Tamara	PN-24
		Cornejo Verónica	PN-50
		Cox, Bárbara	PP-45
		Cruz, Marcelo	PP-22
		Culcay, Catalina	PN-29, PN-66
		Darras, Enrique	PN-58
		Decebal-Cuza, Francisca	PP-21
		Devilat, Marcelo	PN-10, PN-14, PN

AUTOR	TRABAJO	AUTOR	TRABAJO
	16, PN-21, PN-41, PN-52	Haquin, Carlos	PP-22
Díaz, Alejandra	PN-17, PN-33	Hartley Marcela	PN-22
Díaz, Carlos	PN-8	Henríquez, Marcela	PP-17, PP-18, PN-44, CON-3
Díaz, Carolina	PN-64	Heresi, Carolina	PN-13, PN-79
Díaz, Fernando	PN-71	Hernández, Alejandra	PN-37, PN-74
Díaz, Marcelo	PN-28, PN-87, PN-90	Hernández, Marta	PN-2, PN-7, PN-15, PN-25, PN-26, PN-27, PN-63, PN-76
Díaz, María Soledad	PP-24, PN-29, PN-66	Herskovic, Viviana	PP-1, PP-2, PP-3, PP-4, PP-10
Escobar, Raúl	PN-2, PN-7, PN-26, PN-67, PN-68, PN-76	Huete, Isidro	PN-7, PN-27
Escobari, Javier	PN-20	Illañes, Juan	PP-43
Espinoza, Alex	PN-51, CON-2	Jadresin, William	PP-43
Esquivel, Claudia	PP-8, PP-9	Jeldres, Eliana	PN-10, PN-16, PP-21
Fajardo, Carlos	PN-48	Jofré, Leonor	PN-66
Faúndez, Juan Carlos	PN-13	Jorquera, Sergio	PN-8
Fernández, Olga María.	PP-5	Kattan, Javier	PN-67
Figueroa, Juan	PP-21	Kleinsteuber, Karin	PN-6, PN-9, PN-80
Figueroa, Juan Pablo	PN-16	Kuester, Gisela	PN-62, PN-63, CON-6
Florenzano, Ramón	PP-45	Külhe, Hans	PP-7
Flores, Maritza	PP-11, PP-12, PP-13	Labbé, Mariana	PP-26, PP-27, PP-34, PP-35, PP-36, PP-38
Förster, Jorge	PN-87	Lagae, Lieven	PN-59
Fritsch, Rosemarie	PP-43	Lagos, Ximena	PP-45
Gaedicke, Andrés	PN-76	Lam, Gislaine	PN-37
Gaete, Raquel	PN-41	Lara, Susana	PN-3
Gaete, Ximena	PN-9	Lautaro, Badilla	PN-5
Gajewski, Carmen	PN-61, PN-71	Lecaros, M. Sofía	PP-16
Gálvez, Marcelo	PN-60	León, Alexis	PN-90
Galleguillos, Christian	PN-18, PN-69	León, Pamela	PN-8, PN-12, PN-23, PN-34, PN-35
Garcés, Gabriela	PP-6, PP-14	Lino, I.	PP-1
García, V.	PP-41	Lobos, Víctor	PP-19
Garrido, Tania	PP-19	Lopetegui, Bernardita	PN-29
Gedda, Marietta	PP-14	López, Claudia	PN-34
George, Myriam	PN-22	López, Darío	PP-34, PP-35, PP-36
Godoy, Jaime	PN-62, PN-63, CON-6	López, Francisca	PN-54, PN-83
Gómez, Verónica	PN-10, PN-14, PN-16, PN-21, PN-41, PN-52	López, Isabel	PN-6
González, Carlos	PP-25	López, Javier	PP-18, PN-44
González, Hernán	CON-6	López, M. Eugenia	PN-78
González, Juan Enrique	PN-20, PN-51	López, Vladimir	PN-44
Gregersen, N.	PN-50	Lubiano, Alessandra	PP-30
Guerra, Patricio	PN-30, PN-73	Mabe, Paulina	PN-50- CO-4
Guerrero, Alejandra	PN-28, PN-87	Madrid, Daniel	PP-39
Guzmán, Guillermo	PN-83	Maida, A. Margarita	PP-1, PP-8, PP-9
Guzmán, Ma. Paz	PN-22		



AUTOR	TRABAJO	AUTOR	TRABAJO
Mallea, Fernando	PN-58	Peldoza, Marcelo	PN-5
Mannaerts, Miriam	PN-31	Pemjean, Alejandra	PP-33
Manríquez, Marcos	PN-85	Peña, Verónica	PN-83
Margarit, Cynthia	PN-28, PN-38, PN-56, PN-57, PN-58, PN-87	Peralta, Santiago	PN-10, PN-85
Margarit, Sonia	PN-78	Pereira, Ximena	PP-29
Martínez-Conde, Begoña	PP-45	Pérez, Andrea	PN-14
Maturana, Alejandro	PP-41	Pérez, Carlos	PN-57, PN-58
Mauricio Salazar	PN-23	Pérez, Mauricio	PN-37
Mellado, Cecilia	PN-25, PN-28, PN-76	Pinto, Fernando	PN-54
Méndez, Felipe	PN-9	Pizarro, Lorena	PN-18, PN-33, PN-37, PN-55, PN-69, PN-72, PN-73, PN-74
Menéndez, Pedro	PN-19, PN-70, PN-81	Poblete, Catalina	PP-2, PP-3, PP-4
Mesa, Tomás	PN-2, PN-7, PN-15, PN-25, PN-26, PN-27, PN-62, PN-63, PN-76, CON-6	Quintana, Teresa	COP-1
Miranda, Estefanía	PP-14	Quintanilla, Erika	PP-30
Monardes, Jorge	PP-30	Quinteros, C.	PP-41
Moneta, María Eugenia	PP-46	Quinteros, Fernando	PN-89
Montecinos, Lorena	PN-74	Quitral, Mireya	PN-45
Montenegro, M.	PP-41	Ramos, M. José	PN-28, PN-87
Montt M. Elena	PP-43	Redel, Iván	PN-8
Moreno, R.	PN-32	Reinbach, Katya	PN-21, PN-52
Müller, Hardy	PP-6, PP-14	Repetto, Gabriela	PN-78
Muñoz, Luz María	PP-28	Retamal, Eva	PN-25, PN-26, PN-27
Muñoz, Marcelo	CON-5, PN-24, PN-36, PN-40, PN-77	Retamal, Jaime	PN-25, PN-26, PN-27
Necochea, Cecilia	PN-68	Retamales, Alvaro	PN-8, PN-12, PN-32, PN-23
Nilo, Karen	PN-48	Retamales, Natalia	PN-15, PN-32
Novoa, Fernando	CON-5, PN-24, PN-77	Reyes, Pablo	PN-30
Núñez, Alicia	PN-67, PN-68	Ríos Loreto	PN-17, PN-18, PN-30, PN-55, PN-61, PN-64, PN-74
Nuño, Mariana	PP-43	Rivera, Gianni	PN-8, PN-12, PN-23, PN-32
Obreque, Carolina	PP-26, PP-27, PP-35, PP-36, PP-38	Rivera, Rodrigo	PN-5, PN-60
Okuma, Cecilia	PN-5, PN-46, PN-47, PN-48, PN-60	Rivera, Tamara	PP-15
Olivares, Soledad	PN-39	Rodillo, Eliana	PN-6
Oliver, Macarena	PP-37, PP-39	Rojas Carla	PN-17
Ordoñez, María Paz	PP-43	Rojas, Antonio	PN-66
Osorio, Juan	PP-30	Rojas, Carla	PN-30, PN-53, PN-54
Oyarzún, Sonia	PP-15	Rojas, Ilsen	PN-2
Pacheco, María Isabel	PN-20	Rojas, Marcela	PP-30
Palomino, Angélica	PN-70	Rojas, Valeria	PN-36, PN-40
Parra, Patricia	PN-18, PN-33, PN-83	Rothhammer, Francisco	PP-17, PP-18, PN-44
Pavez, Ruth	PN-4	Rothhammer, Paula	PP-17, PP-18, PN-44

AUTOR	TRABAJO	AUTOR	TRABAJO
Ruiz, Cecilia	PP-45	Troncoso, Ledía	PN-17, PN-18, PN-30, PN-31, PN-37, PN-47, PN-54, PN-55, PN-61, PN-64, PN-83
Ruiz, Marisol	PP-37		
Ruiz, Yasna	PP-20		
Salazar, Cristian	PN-77		
Salazar, Mauricio	PN-8, PN-12		
Salinas, Juan	PP-23, PP-28	Troncoso, Mónica	PN-3, PN-4, PN-18, PN-30, PN-31, PN-33, PN-46, PN-47, PN-48, PN-53, PN-54, PN-55, PN-61, PN-64, PN-71, PN-72, PN-73
Salinas, Mauricio	PP-45		
San Martín, Luis	PP-11, PP-12, PP-13		
Sandoval, Cecilia	PP-2, PP-3, PP-4		
Santibáñez, María Paz;	PP-23		
Santín, Julia	PN-62, PN-63, CON-6	Urrutia, Patricia	PP-20
Santos, Manuel	PN-25	Valdivia, Mario	PP-11, PP-12, PP-13
Schlack, Luis	PN-87		
Schlatter, Andrea	PN-13, PN-79	Valenzuela, Ma. Francisca	PP-33
Schwartz, Rodrigo	COP- 1	Valenzuela, Paz	PP-21
Segovia, L.	PN-81	Varela, Ximena	PN-35, PN-79, PN-80
Sepúlveda, Juan Enrique	COP-1		
Sepúlveda, Juan Enrique	PP-44	Vásconez, Vicente	PN-57, PN-58
Sepúlveda, Paz	PP-32, PP-44	Vega, Mónica	PP-34
Serani, Inés	PP-45	Velásquez, Álvaro	PN-3
Siebert, Alejandra	PN-30, PN-33, PN-69, PN-72	Véliz, Lorenzo	PP-6, PP-14
Silva, Daniel	PP-11, PP-12, PP-13	Venegas, Camila	PN-8, PN-12, PN-32
Silva, María Jesús	PP-45	Venegas, Viviana	PN-19, PN-85
Silva, Pamela	PP-10	Vergara, Rodrigo	PN-77
Solari, Francesca	PN-6, PN-19, PN-62, PN-85, CON-6	Verscheure, Felipe	PN-24
Sommer, Katerina	PP-1, PP-2, PP-3, PP-4	Vicencio, Claudia	PN-85
Sordo, Juan Gabriel	PN-5	Villanueva, Ximena	CON-5, PN-24, PN-36, PN-40, PN-77
Soto, Eugenio	PN-42, PN-43	Villar, María José	PP-26, PP-27, PP-34, PP-35, PP-36, PP-38
Soto, Lorena	PP-25		
Soto, Maximiliano	PP-33	Villaruel, Luis	PP-17
Soza, Guillermo	PN-8	Villegas, Katherine	PP-31
Spuler Christian	PN-42, PN-43	Villegas, Víctor	PN-65
Suárez, Bernardita	CON-5, PN-24, PN-36, PN-40, PN-77	Wegner, Adriana	PN-58
Tirado, Karina	PN-21, PN-52	Wicki, Alvaro	PN-1
Toledo, Gladys	PP-39	Witting, Scarlet	PN-30, PN-61, PN-64
Toledo, Sandra	PP-19	Yanine, Iván	PP-40
Torres, Catalina	PN-73	Zambra, Tamara	PP-19
Torres, Rodrigo	PP-22	Zamora, Claudia	PN-85
Torres, Silverio	PP-11, PP-12, PP-13	Zamora, José	PN-4, PN-73
Toso, Paulina	CON-6	Zamorano, Francisco	PP-18, PN-44
Triviño, Daniela	PN-19, PN-70, PN-81	Zepeda, Guillermo	PN-66
		Zuleta, Arturo	PN-3
		Zúñiga, Mario	PP-31
		Zúñiga, Pamela	PN-7
		Zúñiga, Paula	PP-45
		Zurita, Carla	PP-31

## Reuniones y Congresos

---

### ACTIVIDADES 2006

#### SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SOPNIA).

#### 1. PROGRAMA EDUCACION MEDICA CONTINUA. SIMPOSIOS.

(estas actividades son sin costo para los socios con sus cuotas al día)

##### 1 DICIEMBRE (PSIQUIATRIA)

**Curso:** "Maltrato y Abuso Sexual

Organiza: Escuela de Psicología de la Universidad de los Andes

Lugar: Aula Magna Universidad de los Andes

Director: Dra. Cecilia Ruiz

#### 2. PATROCINIOS

**5° Simposio Internacional "Movimientos Anormales Neurología y Psiquiatría Infanto Juvenil"**, se realizará el 1 de Diciembre de 2006, en el Hotel Torremayor, Santiago, y está siendo organizados por el Servicio de Neurop-

siquiatria Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Curso de la primera "Escuela Latinoamericana de Miología"**, se realizará del 4 al 7 de Diciembre de 2007, en el Auditorium Dr. Mauricio Wainer en las dependencias de Clínica Las Condes, Santiago, y que está siendo organizado por la Unidad de Neurología de Niños y Adolescentes de Clínica Las Condes en conjunto con la Asociación Francesa contra las Miopatías (AFM).

#### 3. CONGRESOS

##### 46° Congreso Chileno de Pediatría de la Sociedad Chilena de Pediatría

21 al 25 de Noviembre de 2006

Centro de Convenciones de la Termas de Chillán

Fonos: 237 1598 - 237 9757

Fax: 238 0046

e.mail: [sochipe@terra.cl](mailto:sochipe@terra.cl)

Pág. Web: [www.sochipe.cl](http://www.sochipe.cl)

## Grupos de Desarrollo

---

- **GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en Quilín 5273, Rotonda Quilín por Vespucio, Santiago.

### **Próximas Reuniones**

#### **16 de Diciembre de 2006**

Tema: Trastorno Psicossomático en edad escolar (Mini-simposium)

Expositores:

Dra. María de los Ángeles Avaria – Neuróloga Infantil

Dr. Ernesto Güiraldes, Gastroenterólogo

Sra. Ana Campos, Psicóloga Infantojuvenil

Sra. Gloria Valenzuela, Psicopedagoga

- **GRUPO DE ESTUDIOS PSICOPATOLOGICOS**

Se reúnen en la Clínica Los Tiempos, José Arrieta 6024, La Reina, a las 10.30 horas.

### **Próximas Reuniones**

15 de Diciembre de 2006

- **GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES Y TRASTORNOS MOTORES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Lugar de reuniones: Avenida Manquehue Norte 1407, Vitacura, los primeros Viernes de cada mes de 11.00 a 12.30 hrs.

### **Próxima Reunión**

1 de Diciembre de 2006

## Noticias

---

- Le damos la más cordial bienvenida a los Doctores: Elías Arab, Paulina Mabe, Ximena Varela, Daniela Avila, Claudio Stuardo y los Psicólogos Karen Repetur, Alejandra Pemjen y Sonia Jara, quienes presentaron sus Trabajos de Ingreso y han sido Aceptados como Socios Activos de nuestra Sociedad,

se les entregó su certificado en el marco del XXIV Congreso Anual 2006.

- La Sociedad cuenta desde el mes de Junio de 2006 con una nueva línea telefónica cuyo número es 632 9719.

## Instrucciones a los Autores (Actualizado en Mayo 2006)

---

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Se enviará el manuscrito en su versión completa, incluidas tablas y figuras, en cuatro copias de buena calidad, dirigidas a: Dra. Freya Fernández, Directora del Boletín SOPNIA, Esmeralda 678 of. 303, Santiago Centro, Santiago, Chile (Teléfono: (562) 6331955, (562) 6396171, Fono-Fax (562) 6391085, e-mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl)). Se incluirá una carta que identifique al autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, Fax, dirección de correo electrónico.

El texto se enviará en papel tamaño carta, a doble espacio, con letra Arial 12 y márgenes de 2,5 cm por ambos lados. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

Se adjuntará disquett o CD debidamente etiquetado con el nombre del artículo, autor principal y programa utilizado en su confección, que incluirá el archivo completo.

El envío del manuscrito se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registradas, publicadas o enviadas a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todas los manuscritos serán sometidos a revisión por pares. Los manuscritos rechazados no serán devueltos al autor.

### **Estilo**

Los trabajos deben escribirse en castellano correcto, sin usar modismos locales o términos en otros idiomas a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo, o al pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas deben utilizarse en todos los trabajos.

El texto se redactará siguiendo la estructura usual sugerida para artículos científicos, denominada "MIRAD" (Introducción, método, resultados y discusión). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones, editoriales y contribuciones podrán utilizarse otros formatos.

### **1. Página de título**

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y lugar de trabajo. Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quien se dirigirá la correspondencia.

### **2. Resumen**

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetivos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

### **3. Palabras claves**

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos princi-



pales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

#### **4. Introducción**

Se aportará el contexto del estudio, se plantearán y fundamentarán las preguntas que motiven el estudio, los objetivos y las hipótesis propuestas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

#### **5. Método**

Se incluirá exclusivamente información disponible al momento en que el estudio o protocolo fue escrito. Toda información obtenida durante el estudio pertenece a la sección Resultados.

##### ***Selección y descripción de participantes***

Se describirá claramente los criterios de selección de pacientes, controles o animales experimentales, incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y porqué el estudio fue formulado de un modo particular.

##### ***Información técnica***

Se identificará métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se entregará referencias y/o breves descripciones cuando se trate de métodos bien establecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se identificará con precisión todas las drogas o químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración.

##### ***Estadísticas***

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación los resultados reportados. Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso,

se especificará el software computacional utilizado.

#### **6. Resultados**

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, especificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: "al azar", "normal", "significativo", "correlación" y "muestra".

#### **7. Discusión**

Siguiendo la secuencia de los resultados se discutirán en función del conocimiento vigente se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan relacionándolos con los objetivos iniciales. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicancias de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

#### **8. Referencias bibliográficas**

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un número peque-

ño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts como referencias. Cuando se haga referencia a artículos no publicados, deberán designarse como “en prensa”, “en revisión” o “en preparación” y deberán tener autorización para ser citados. Se evitará citar “comunicaciones personales” a menos que se trate de información esencial no disponible en forma pública.

### **Estilo y formato de referencias**

Las referencias se numerarán consecutivamente, según su orden de aparición en el texto. Las referencias se identificarán con números árabes entre paréntesis. Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al estilo usado en el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>)

### **Artículo de revista científica**

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., título del artículo en su idioma original, el nombre de la revista, usando las abreviaturas del index medicus abreviations, separados por comas, el año separado por coma, volumen poner dos puntos: y las páginas comprendidas separadas por guión: Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1998,36:28-34.

### **Más de 6 autores**

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,1,9(2):25-32.

Cuando se cita el capítulo de un libro: Apellido e inicial de los autores, mencione los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los editores, el año de publicación, página inicial y final. Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncos L, Förster J, Mesa T. Editores. Editorial Universitaria; Santiago, Chile, 1998:96-106.

Para otro tipo de publicaciones, aténgase a

los ejemplos dados en los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas”.

### **9. Tablas**

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto.

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Se identificará medidas estadísticas de variación (desviaciones estándar o errores estándar de medida).

### **10. Ilustraciones**

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

### **11. Abreviaciones y símbolos**

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

### **12. Archivos electrónicos**

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. Si se utiliza este medio, debe incluirse un disco o un anexo de correo electrónico, aunque también se requiere una impresión completa por duplicado.

### **Figuras**

Las figuras en blanco y negro, deben ser claras e incluir todas las indicaciones necesarias. 8 gráficos Tablas (Gráficos y fotografías).

Deben enumerarse consecutivamente y cada una tener el encabezado respectivo. En archivos electrónicos deben anexarse los archivos de las figuras, como un mapa de bits, archivos TIF, JPEG, o algún otro formato de uso común. Cada figura debe tener su pie correspondiente.

En el manuscrito en papel las figuras no deben estar incluidas en el texto, sino impresas, con alto contraste y buena calidad de impresión, independientemente al final del artículo con las referencias al lugar del texto donde corresponden.

### **13. Publicaciones duplicadas**

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas. Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

1. Aprobación de los editores de ambas revistas.
2. En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
3. La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
4. Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera referencia Ej.: Este artículo está basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).