



XXXI Congreso Anual de la Sociedad
de Psiquiatría y Neurología de la
Infancia y Adolescencia
“Más allá de la Evidencia”

Nuevos Avances en Neurología
y Psiquiatría Translacional en Chile

Programa Oficial y Libro de Resúmenes

23 al 26 de Octubre del 2013
Hotel Sheraton Miramar & Convention Center
Viña del Mar, Chile

INDICE

Palabras de Bienvenida Dra. Lucila Andrade Presidenta Congreso XXXI	3
Palabras de Bienvenida Dra. Alicia Espinoza Presidenta SOPNIA	4
Directorio SOPNIA	6
Comité Organizador Congreso	7
Temas Oficiales	8
Patrocinadores	9
Auspiciadores	10
Invitados Internacionales	11
Invitados Nacionales	14
Directores de Simposio de Neurología y Psiquiatría	15
Informaciones Generales	18
Programa del XXXI Congreso	20
Staff Revista SOPNIA	27
Trabajos libres de Psiquiatría	29
Trabajos libres de Neurología	48
Índice de autores Trabajos libres de Neurología y Psiquiatría	82
Información General revista SOPNIA	88
Instrucción a los Autores	89

Bienvenidos al XXXI Congreso SOPNIA

Una oportunidad para ir más allá de la evidencia.

La investigación translacional es una de las actividades más importantes en la medicina moderna y ha permitido mejorar la práctica clínica. Numerosos hospitales de alta especialidad en el mundo cuentan con unidades de investigación de este tipo, superando la tradicional separación entre la investigación básica y la medicina clínica. Este importante logro es lo que hemos querido resaltar e impulsar en el XXXI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, que este año desarrollaremos con la embellecida ciudad de Viña del Mar como telón de fondo, en una oportunidad tanto para disfrutar de la excelente ruta gastronómica de las ciudades de Valparaíso y Con-Con, como para revisar los avances en medicina translacional, tema central del encuentro.

Para nosotros los clínicos, médicos, profesionales de colaboración y pacientes con sus familias, esta herramienta es necesaria para acelerar y alcanzar beneficios a partir de las investigaciones, acortando la brecha entre “cuánto se sabe y cuánto podemos aplicar a la práctica clínica”. Es decir, que los avances diagnósticos y terapéuticos prueben ser efectivos en ensayos clínicos para la práctica médica diaria y, por consiguiente, en la salud pública.

En conjunto con los comités de Neurología y Psiquiatría, hemos preparado un atractivo programa, que combina los nuevos desafíos que tenemos que enfrentar como Sociedad, con especialistas en todo Chile, con la actualización de tópicos como movimientos anormales, lenguaje, aprendizaje, Neuro-rehabilitación, trastornos de identidad sexual, maternidad adolescente, ética, entre otros, con la importante participación de invitados internacionales y nuestros distinguidos invitados nacionales y el invaluable aporte de los colegas con casos clínicos.

También tendremos actividades especiales para los colegas en formación. Esperamos contar con una activa participación de todas las regiones y de los centros formadores en la presentación de trabajos de investigación, ya que la consideramos una de las más importantes tareas de nuestro Congreso. Por eso, en esta oportunidad las sesiones para difundir estas investigaciones tendrán un horario más adecuado para contar con una buena asistencia.

Los invitamos a ser parte de esta nueva edición de nuestro Congreso, sin duda el punto de encuentro más importante del año para nuestra Sociedad y una oportunidad única para ir juntos más allá de la evidencia.

Atentamente,
Dra. Lucila Andrade A.
Presidenta XXXI Congreso SOPNIA

Estimados miembros de SOPNIA y asistentes a nuestro Congreso 2013:

Nuevamente tenemos la posibilidad de reunirnos en esta bella ciudad que tantas veces nos ha acogido en nuestro Congreso anual. El XXXI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a cargo de su presidenta la Dra. Lucila Andrade y del Comité Organizador, dirigidos por la Dra. Yaiwet Soto, Psiquiatra del Niño y Adolescente y la Dra. Daniela Triviño, Neuróloga Infantil, promete ser un espacio de discusión y reflexión de temas importantes en nuestro quehacer profesional.

Este selecto equipo ha escogido el tema principal que nos convoca, la Investigación traslacional que ha surgido de la necesidad de estrechar lazos entre la investigación biomédica básica y la clínica. Si bien pudiésemos pensar que esto siempre ha estado ligado, pocas veces se ha logrado que los estudios que utilizan grandes recursos se traduzcan en un real beneficio para los que presentan una enfermedad o condición. La Investigación traslacional tiene entonces la difícil misión de facilitar la transición de la investigación básica a aplicaciones clínicas que signifiquen un beneficio directo en la salud de pacientes. Tratando de seguir su nominación en inglés, que alude a traslación, la investigación traslacional intenta “trasladar”, el conocimiento acerca de los procesos moleculares, celulares, fisiológicos, bioquímicos y genéticos hacia técnicas eficaces de diagnóstico, de tratamientos, o de prevención.

Esto de paso, nos hace reflexionar acerca de la posibilidad de realizar investigación en Chile que pueda tener impacto en la Salud Pública y privada. Podemos resumir que la Investigación científica biomédica con recursos del estado depende de los Ministerios de Educación y de Salud.

La “Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica” CONICYT del Ministerio de Educación, financia investigación biomédica a través de sus “Fondos de Investigación Científica y Tecnológica” FONDECYT, del “Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico” FONDEF y del “Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud” FONIS, cuya organización y financiamiento es compartida por CONICYT y Ministerio de Salud. Están además los esfuerzos de Universidades y centros privados, canalizados a través de estudios de Postgrado. Sin embargo, el profesional de salud investigador pareciera ser escaso, por la mínima transmisión de esta motivación desde el Pregrado, por las dificultades propias de la labor asistencial y por la dificultad de conseguir recursos para realizarla.

En relación a la investigación que psiquiatras y neurólogos de niños y adolescentes podemos hacer, encontramos además un escollo importante a partir de la puesta en vigencia en Octubre de 2012 de la ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, que en su artículo 28, impide investigar en pacientes que no puedan dar consentimiento informado, como aquellos con discapacidad psíquica o intelectual. Esto deja a muchos de nuestros pacientes sin poder participar de ensayos clínicos, proyectos de estudio multicéntricos o cualquier intento de investigación clínica. Si bien entendemos el espíritu de Derecho personal de esta Ley, nuestros pacientes con discapacidad quedan en desmedro, al no poder participar en investigaciones clínicas que irían en beneficio de nuevas propuestas terapéuticas o de prevención. SOPNIA, a través de sus miembros y Directiva, ha solicitado al Ministerio de Salud pronunciamiento para la modificación de esta dificultad que impone la Ley. Con esto queremos beneficiar a nuestros pacientes y ofrecerles el tratamiento de vanguardia que merecen.

Palabras de la Presidenta de SOPNIA

Con el profesionalismo que nos caracteriza pero también con espíritu festivo y solidario, disfrutemos de este espacio de reencuentro, aprendizaje y generación de nuevos propósitos, en esta atractiva ciudad que hoy nos acoge con aire marino, sol, delicias al paladar, y calor de colegas y amigos.

Mis saludos afectuosos

Dra. M. Alicia Espinoza Abarzúa.
Directorio Sociedad periodo 2012-2013

DIRECTORIO SOCIEDAD PERIODO 2012-2013

Presidente	Dra. Alicia Espinoza A
Vice-Presidente	Dra. Viviana Venegas S.
Secretaria General	Dra. Gloria Valenzuela B.
Tesorera	Dra. Keryma Acevedo G.
Directores	Dr. Juan Francisco Cabello A. Dra. Dolly Figueroa E. Dra. Marcela Concha C Dr. Juan Enrique González G. Dr. Javier Luza G.
Past-President	Dra. Maritza Carvajal Gamé
Secretarias Sociedad	Srta. Tamara Soto T. Sra. Leslie Villalobos P.

Presidenta

Dra. Lucila Andrade Alveal

Coordinadora Comité Neurología

Dra. Daniela Triviño Urzúa

Coordinadora Comité Psiquiatría

Dra. Yaireset Soto Venegas

Comité Científico de Neurología

Dra. Carolina Álvarez

Dra. Daniela Ávila

Dra. Verónica Burón

Dra. Ximena Carrasco

Dra. Lilian Cuadra

Dra. Marta Hernández

Dra. Marcela Legue

Dra. Cynthia Margarit

Dra. Alicia Nuñez

Dra. Karina Rosso

Dra. Paola Santander

Dra. Andrea Schlatter

Comité Científico de Psiquiatría

Dra. Laura Kamei

Dr. Juan Carlos Martínez

Dra. Carolina Obreque

Dra. Paola Oñate

Ps. Karen Repetur

Colaboradores:

Dra. Keryma Acevedo

Dra. Yerka Luksic

Dra. Alicia Nuñez

Dra. Stephanie Marin

Dra. Beatriz Ortega

- Investigación biomédica en Psiquiatría y Neurología
- Epilepsia y Sueño
- Neurointensivo
- Enfermedades Neuromusculares y Rehabilitación
- Movimientos anormales del niño
- Trastornos del aprendizaje: Dislexia
- Cirugía de la Epilepsia y estimulador vagal en Chile
- Aspectos éticos de la Legislación sanitaria
- Desarrollo de las identidades de género y orientación sexual
- Maternidad adolescente
- Salud emocional en niños con enfermedades médicas
- El adolescentes y sus padres
- Bullying en la era de las redes sociales

Curso Post Congreso

Destinado a: padres, profesores, médicos generales y profesionales de la salud

- Trastorno por Deficit Atencional: un problema vigente
- Trastorno Conductual
- Niño neurológico: trastornos del sueño, manejo de Primera crisis epiléptica, manejo de crisis epiléptica en escuela.

- Colegio Médico de Chile A.G
- Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso
- Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile
- Sociedad de Epileptología de Chile
- Sociedad Chilena de Pediatría
- Sociedad Chilena de Neurofisiología Clínica
- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- Ministerio de Salud
- Ilustre Municipalidad de Viña del Mar

AUSPICIADORES

- Laboratorio Laboratorio GlaxoSmithKline
- Laboratorio Janssen-Cilag
- Laboratorio Pharma Investi
- Laboratorio Genzyme
- Laboratorio Recalcine S.A
- Laboratorio Axon-Pharma
- Laboratorio Novartis
- Laboratorio Royal Pharma
- Laboratorio Pharmavita
- Laboratorio Medipharm
- Laboratorio Andrómaco S.A.
- Laboratorio Lundbeck
- Laboratorio SPES
- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- Universidad de Valparaíso
- Clínica los Tiempos

NEUROLOGÍA

Nicholas S. Abend

*Dr. Assistant Professor of Neurology and Pediatrics
Division of Neurology, The Children's Hospital of Philadelphia
Departments of Neurology and Pediatrics,
Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania
Philadelphia, USA*



Dr. Albert Galaburda

*Emily Fisher Landau Professor of Neurology and Neuroscience
Harvard Medical School
Co-Director of the Mind, Brain, and Behavior Interfaculty Initiative
Harvard University
Chief, Division of Cognitive Neurology
Beth Israel Deaconess Medical Center
Boston, USA*



Dra. Susana Quijano-Roy

*Consultation de Pédiatrie, Maladies Neuro-Musculaires
Hopital Raymond Poincaré
Francia*



Dr. Fulvio Scorza

*Profesor adjunto Departamento de Neurología y Neurocirugía.
Jefe de Neurología Experimental.
Coordinador programa de post grado en neurología y neurociencias.
Laboratorio de pesquisa muerte súbita en epilepsia
Escola Paulista de Medicina, Universidad Federal de Sao Paulo,
Brasil*



Invitados Internacionales

Dr. Harvey Singer

*Professor of Neurology and Pediatrics
Johns Hopkins Hospital
Department of Neurology
Baltimore, MD. USA*



Dr. Roberto Caraballo

*Jefe de Clínica, Unidad de Video Monitoreo y EEG,
Servicio de Neurología
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"
Presidente LACE
Buenos Aires, Argentina*



PSIQUIATRIA

Dr. Jeffrey Bostic

*Associate Clinical Professor of Psychiatry - Harvard Medical School
Assistant Psychiatrist - Massachusetts General Hospital
Boston, USA*



Dr. Edgardo Menvielle

*Jefe del programa de Identidad de Género.
Children's National Medical Center, Washington DC, USA*



Dra. Paula Rauch

*Director, Marjorie E. Korff PACT Program
(Parenting At a Challenging Time)
Program Director, Family Support and Outreach
Red Sox Foundation/MGH Home Base Program
Child Psychiatrist, Massachusetts General Hospital.
Boston, USA*



NEUROCIRUGÍA

Dr. Michel Zerah

*Service de Neurochirurgie Pédiatrique
Groupe hospitalier Necker Enfants Malades
Université Paris V.
Paris, Francia*



INVITADOS NACIONALES

Dr. Carlos Almonte
Dra. Carolina Álvarez
Ps. Iván Arenas
Dra. Lucila Andrade
Dra. Daniela Ávila
Dr. José Luis Baco
Ps. Eduardo Barrios
Ps. Claudia Basiliu
Dra. Gladys Bórquez
Dr. Alejandro Brunser
Ps. Luis Bravo
Dr. Juan Francisco Cabello
Dra. Maritza Carvajal
Dr. Luis Alberto Dueñas
Ps. Matías García
Dr. Esteban Gutiérrez
Dra. Alejandra Hernández
Dra. Dunia Hernández
Dra. Marta Hernández
Dr. Andrés Horlacher
Dra. Laura Kamei
Dra. Mónica Kimelman
Dra. Karin Kleinsteuber
Dr. Juan Carlos Martínez
Dr. Tomás Mesa
Dr. Fernando Novoa
Dra. Carolina Obreque
Dra. Beatriz Ortega
Ps. Bárbara Ortúzar
Dr. Cristian Pizarro
Ps. Karen Repetur
Dra. Valeria Rojas
Dra. Karina Rosso
Dra. Sofía Salas
Dr. Rodrigo Salinas
Dr. Mario Sepúlveda
Dra. Elisa Sepúlveda
Dr. Hernán Silva
Dr. Jorge Sobarzo
Ps. Carmen Tapia
Dra. Mónica Troncoso
Dra. Yaireset Soto

A. Simposios Neurología

1. Simposio Epilepsia y Sueño
Coordinadora: Dra. Carolina Álvarez
2. Simposio Neuromuscular y Neurorrehabilitación.
Coordinadoras: Dra. Daniela Avila, Dra. Alicia Núñez
3. Simposio Casos Clínicos de Difícil Diagnóstico
Coordinadoras: Dra. Andrea Schlatter, Dra. Cynthia Margarit
4. Simposio Neurointensivo
Coordinadora: Dra. Lilian Cuadra
5. Simposio Movimientos anormales
Coordinadora: Dra. Paola Santander
6. Simposio Almuerzo Tratamiento no farmacológico en Epilepsia Refractaria:
Cirugía Epilepsia y Estimulador Vagal
Coordinadora: Dra. Cynthia Margarit
7. Simposio Trastornos del Aprendizaje: Dislexia
Coordinadora: Dra. Ximena Carrasco

B. Simposios Psiquiatría

1. El desarrollo de las identidades de género y orientaciones sexuales en niños y adolescentes proceso diagnóstico y apoyo terapéutico familiar.
Coordinadora: Dra. Laura Kamei
2. Maternidad adolescente: constelación clínica e intervenciones
Coordinadora: Dra. Laura Kamei
3. Apoyo en salud emocional de niños con enfermedades médicas
Coordinadora: Dra. Carolina Obreque
4. El adolescente y sus padres: una aventura intersubjetiva
Coordinadora: Ps. Karen Repetur

C. Actividades Plenarias

Conferencias inaugurales

1. Desarrollo de terapia Génica en enfermedades metabólicas, rol del Neurocirujano
2. Investigaciones actuales en Psiquiatría
3. Neurobiología del Síndrome Gilles de la Tourette

Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría

4. Simposio aspectos éticos de la Legislación Sanitaria
Coordinador: Dr. Fernando Novoa

Conferencia de Clausura

Desafíos y triunfos en la genética de los trastornos de aprendizaje, déficit atencional y autismo

D. Desayuno con expertos

1. Neurología: Ultrasonografía doppler en el diagnóstico neurológico.
Dr. Alejandro Brunser
2. Psiquiatría: Invitados internacionales
Dr. Jeffrey Bostic, Dr. Edgardo Menvielle

E. Coloquios en investigación translacional para médicos en formación en Neurología y Psiquiatría con invitado Internacional

Coordinadores de Neurología: Dra. Karina Rosso, Dra. Verónica Burón

Coordinadores de Neurología: Dr. Juan Carlos Martínez

F. Trabajos Libres

Trabajos libres de Neurología

Coordinadoras: Dra. Marcela Legue, Dra. Karina Rosso, Dra. Lilian Cuadra.

Trabajos Libres de Psiquiatría

Coordinador: Dr. Ricardo García

Encargados de salas trabajos libres

Neurología:

Sala 1.

Epilepsia y Sueño. Enfermedades Infecciosas, Accidente Cerebro Vascular.
Dra. Keryma Acevedo, Dr. Tomás Mesa, Dra. Francesca Solari

Sala 2.

Neurodesarrollo Metabólica y Genética.
Dra. Ximena Carrasco, Dr. J. Francisco Cabello, Dr. Marcos Manríquez

Sala 3.

Neuromuscular, Trastornos Motores, Rehabilitación
Dr. Yuri Dragnic, Dr. Ricardo Erazo, Dra. Lorena Pizarro

Psiquiatría:

Dr. Juan Carlos Martínez, Dra. Laura Kamei, Dra. Carolina Obreque, Ps. Karen Repetur

Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría

Jurado Trabajos Libres en Plataforma

Neurología

Presidente: Dra. Viviana Venegas
Dra. Maritza Carvajal
Dra. Marta Colombo
Dr. Raúl Escobar
Dr. René Quilodrán
Dra. Ledia Troncoso

Psiquiatría

Presidente: Dr. Ricardo García
Dr. Jeffrey Bostic
Dra. Carla Inzunza
Dr. Mario Valdivia

F.- Curso Post Congreso

Directores: Dra. Valeria Rojas, Dr. Juan Carlos Martínez.

INFORMACIONES GENERALES

Estructura del Congreso

El Congreso está compuesto de Conferencias, Simposios, Mesas redondas, Coloquios con becados, desayunos con expertos, Presentación de Trabajos Libres, encuentros sociales y encuentros con el arte.

Sesiones de trabajos libres

Los trabajos libres se presentarán en formato de diapositivas. Las presentaciones de Neurología serán de 3 minutos para presentación y 2 de preguntas, en Psiquiatría de 5 minutos y 2 de preguntas.

Trabajos Libres Plenario

Los trabajos mejor calificados por la comisión revisora se presentarán en sala plenaria y contarán 8 minutos de presentación y 2 de preguntas, realizadas por el jurado.

Premios

El jurado en esta ocasión integra a expertos en investigación. Para Psiquiatría el Dr. Bostic, Doctor en Educación Médica, y en Neurología el Dr. René Quilodrán, Doctor en Neurociencias de la U. Valparaíso. Otorgará un primero, segundo y tercer premio de Neurología y Psiquiatría, a partir de la presentación de los trabajos expuestos en sesión plenaria.

Puntualidad

Durante el desarrollo de este Congreso se hará especial énfasis en la puntualidad de las sesiones y se dará inicio a cada actividad en la hora señalada en el programa. Como es habitual tenemos muchos contenidos y actividades, por lo cual solicitamos encarecidamente la cooperación a todos los asistentes y presentadores. Los encargados y coordinadores de salas deberán velar por el cumplimiento de los horarios.

Sede del Congreso

El congreso tendrá lugar en los salones del Hotel Sheraton Miramar de Viña del Mar, V Región de Valparaíso. Se contará con un total de 3 salones y terraza para el desarrollo del programa, las que están debidamente señaladas.

Secretaría General

La secretaría General está a cargo de SOPNIA, con la colaboración de la Liga Chilena Contra la Epilepsia. En el momento de la inscripción al Congreso, cada asistente recibirá un bolso que contendrá el programa de actividades, resumen de trabajos libres y otros documentos, incluyendo una credencial que deberá ser usada permanentemente durante el desarrollo del Congreso. No se permitirá el ingreso a ninguna actividad sin este elemento.

Audiovisuales: Cada salón cuenta con audiovisuales y se solicita entregar a los encargados de Sala las presentaciones con la debida anticipación.

Certificación

Certificados trabajos científicos:

Se otorgará sólo un certificado por trabajo presentado. Para presentar trabajos libres, obligadamente el relator deberá haber cancelado la inscripción al Congreso, previo a su aceptación y publicación en libro de resúmenes.

Certificado de asistencia

Los certificados de asistencia a participantes se entregarán el día viernes 25 de octubre a partir de las 18:30 hrs., para lo cual deberán entregar una encuesta respecto al Congreso. Los participantes que no retiren su certificado al término del Congreso, podrán hacerlo en:

Secretaría de la Sociedad
Esmeralda 678, 2° Piso interior, Santiago
Fono - Fax: 6320884, E-mail: sopnia@tie.cl o sopniasoc@gmail.com
Página web: www.sopnia.com
Horario de atención: 09:00 a 13:00 hrs.

ACTIVIDADES SOCIALES

Miércoles 23 octubre, 20.00 horas:

Cantos y bailes de nuestra tierra y Cóctel de Inauguración

REUNIÓN ANUAL SOCIOS SOPNIA

Jueves 24 de octubre

Terraza Hotel Sheraton Miramar

12:30-14:00 hrs . Presentación de la Mesa Directiva

12.30-12:45 hrs. Informe 2013

Dra. Alicia Espinoza

12:45-13:15 hrs. Ceremonia Ingreso de Nuevos Socios

Juramento de nuevos Socios

Cóctel de Camaradería, Socios.

CENA DE GALA Y PREMIACIÓN

Viernes 25 octubre

Salón Vergara, Hotel Sheraton Miramar

Premio “RICARDO OLEA GUILDEMONT”

Se otorga un reconocimiento a aquel profesional destacado por su trayectoria, en la asistencia de pacientes, docencia e investigación en el campo de la neurología y psiquiatría de niños y adolescentes.

REUNION NACIONAL DE CENTROS FORMADORES DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: REVISIÓN PROGRAMA APICE

Viernes 15 de octubre, 15:00 hrs. Salón Miramar

Preside: Dra. Alicia Espinoza

Dirigida a jefes de centros formadores de psiquiatría infanto-juvenil.

Octava versión de Encuentro con el Arte

Se realizará durante el Congreso, en las dependencias del segundo piso del Hotel Sheraton.

Otras actividades

Visita a Valparaíso, Ciudad Patrimonial y Viña del Mar, Ciudad Jardín.

PROGRAMA XXXI CONGRESO SOPNIA

Programa

XXXI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia

Sheraton Miramar & Convention Center

23-26 octubre 2013

Presidenta: Lucila Andrade A.

Coordinadora Psiquiatría: Dra. Yairret Soto V.

Coordinadora Neurología: Dra. Daniela Triviño U.

MIÉRCOLES 23		
14:00 - 17:30	Inscripciones	
14:00 - 16:00	Coloquios Médicos en Formación en Neurología Pediátrica con invitado Internacional	Coloquios Médicos en Formación en Psiquiatría Infanto-Juvenil con invitado Internacional
	Medicina translacional: Desde la investigación a la aplicación clínica Dr. Fulvio Scorza Profesor Adjunto del Departamento de Neurología y Neurocirugía Escuela Paulista de Medicina, Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil Coordinación: Dra. Karina Rosso, Dra. Verónica Burón Salón Bombal B	Revisión Crítica de la Literatura Científica Dr. Juan Carlos Martínez Universidad de Valparaíso Dr. Hernán Silva Universidad de Chile DISCUSIÓN DE NUESTRAS INVESTIGACIONES Dr. Jeffrey Bostic Massachusetts General Hospital Boston Salón Bombal A
17:30 - 17:45	Presentación de Conferencias Salón Bombal A	
17:45 - 18:30	Desarrollo de Terapia Génica en Enfermedades Metabólicas, rol del Neurocirujano. Dr. Michel Zerah Hospitalier Necker Enfants Malades Université Paris V. René Descartes INSERM París, Francia	
18:30 - 19:15	Investigaciones Actuales en Psiquiatría Dr. Jeffrey Bostic Associate Clinical Professor of Psychiatry - Harvard Medical School Assistant Psychiatrist - Massachusetts General Hospital. Boston, USA	
19:30 - 20:00	Bienvenida e Inauguración Congreso	
20:00	Cóctel Inaugural Salón Bombal B-Foyer	

Programa XXXI Congreso SOPNIA

JUEVES 24			
08:00 - 8:45	PLENARIO Neurobiología del Síndrome Gilles de la Tourette Dr. Harvey Singer Professor of Neurology and Pediatrics Johns Hopkins Hospital Salón Bombal A-B		
09:00 - 12:30	Simposio Epilepsia y Sueño Coordinadora: Dra. Carolina Álvarez Salón Bombal A	Simposio Neuromuscular y Rehabilitación Coordinadora: Dra. Daniela Ávila, Dra. Alicia Núñez Terraza	Simposio de Psiquiatría Coordinadora: Dra. Laura Kamei Salón Bombal B
09:00 - 09:30	Actualizaciones en convulsiones neonatales: diagnóstico clínico y tratamiento. Dr. Nicholas Abend Children's Hospital of Philadelphia University of Pennsylvania School of Medicine	Distrofias musculares congénitas: de la clínica a la genética. Dra. Susana Quijano-Roy Consultation de Pédiatrie, Maladies Neuro-Musculaires Hôpital Raymond Poincaré. Francia.	El desarrollo de las identidades de género y orientaciones sexuales en niños y adolescentes: proceso diagnóstico y apoyo terapéutico familiar. Expositor: Dr. Edgardo Menvielle Psiquiatra Infanto Juvenil, Children's National Medical Center, George Washington University
9:30-10:00	Nuevos fármacos en Epilepsia en niños: Dra. Carolina Álvarez	Avances en el estudio imagenológico de las enfermedades neuromusculares Dra. Susana Quijano-Roy	
10:00 - 10:30	Café		
10:30-11:00	Síndrome muerte súbita inexplicable en Epilepsia SUDEP. Dr. Fulvio Scorza	Rehabilitación en enfermedades neuromusculares. Dra. Susana Quijano-Roy	CONTINUACIÓN SIMPOSIO El desarrollo de las identidades de género y orientaciones sexuales en niños y adolescentes: proceso diagnóstico y apoyo terapéutico familiar.
11:00-11:30	Terapias complementarias en Epilepsia: Ejercicio y Omega 3. Dr. Fulvio Scorza	Manejo de trastornos de deglución en pacientes con enfermedad neuromuscular y parálisis cerebral. Dr. José Luis Baco Teletón Valparaíso	Dr. Edgardo Menvielle

Programa XXXI Congreso SOPNIA

11:30-12:00	Síndrome de Apnea Hipopnea obstructiva del sueño. Consenso Grupo Sueño. Dra. Alejandra Hernández	Caso Clínico ENM. Dra. Daniela Avila Caso Clínico Rehabilitación. Dr. José Luis Baco	Casos Clínicos Dra. Laura Kamei	
12:00-12:30	Mesa Redonda Dra. Verónica Burón	Mesa Redonda Dra. Daniela Ávila	Mesa Redonda Dr. Carlos Almonte	
12:30 -14:00	Reunión Anual SOPNIA (vino de honor y recepción nuevos socios) Cóctel de camaradería, Socios. Terraza			
14:00- 16:30	Trabajos libres de Neurología		Maternidad Adolescente: Constelación Clínica e Intervenciones. Coordinadora: Dra. Laura Kamei Expositora: Dra. Mónica Kimelman, Psiquiatra Infanto Juvenil, Universidad de Chile. Casos Clínicos: Dr. Esteban Gutiérrez, Hospital de Valdivia. Dra. Dunia Hernández, Becada U. de Chile. Dra. Laura Kamei, Universidad de Chile. Mesa Redonda	
	Epilepsia y sueño, Enf. infecciosas, Accidente cerebro vascular.	Neuro Muscular, trastornos motores, rehabilitación, autoinmune y neonatología.		Neuro desarrollo, Metabólica y Genética.
	Bombal B	Salones Sausalito A-B		Terraza
			Salón Bombal A	
16:30- 17:00	Café			
17:00-20:00	Simposio Casos Clínicos de Difícil Diagnóstico Coordinadoras: Dra. Cynthia Margarit, Dra. Andrea Schlatter		Trabajos Libres de Psiquiatría Coordinador: Dr. Ricardo García	
17:00-17:30	H. Luis Calvo Mackena			
17:30-18:00	H. Roberto del Río			
18:00-18:30	H. San Borja Arriarán			
18:30-19:00	H. Carlos Van Buren			
19:00-19:30	H. Clínico Pontificia Universidad Católica			
19:30-20:00	H. Exequiel González Cortés			
	Salón Bombal A		Salón Bombal B	

Programa XXXI Congreso SOPNIA

VIERNES 25			
07:30-8:30	Desayuno con expertos Neurología. Ultrasonografía Doppler en el diagnóstico Neurológico. Dr. Alejandro Brunser Clínica Alemana Salón Sausalito A	Desayuno con expertos Psiquiatría, Invitados Internacionales. Dr. Jeffrey Bostic Salón Sausalito B	Desayuno con expertos Psiquiatría, Invitados Internacionales Dr. Edgardo Menvielle Salón Miramar
08:30-10:00	Simposio: Aspectos éticos de la Legislación Sanitaria Coordinador: Dr. Fernando Novoa S.		
08:30-08:55	Generación de nuevos conocimientos y actual legislación sanitaria. Dra. Gladys Bórquez		
08:55-09:20	Autonomía y Confidencialidad en la atención del adolescente: Aspectos éticos y legales. Dra. Sofía Salas		
09:20-10:00	Mesa Redonda: Preside Dr. Rodrigo Salinas Participan: Dras. Sofía Salas, Gladys Bórquez Drs.: Juan Francisco Cabello, Fernando Novoa Salón Bombal A - B		
10:00-10:30	Café		
10:30-12:30	Simposio Neurointensivo Coordinadora: Dra. Lilian Cuadra Salón Bombal B	Simposio Movimientos Anormales Coordinadora: Dra. Paola Santander Salón Vergara A	Simposio Apoyo en Salud Emocional de niños con enfermedades médicas Coordinadora: Dra. Carolina Obreque Salón Bombal A
10:30-11:00	Monitoreo Continuo EEG en UTI: Indicaciones y su real impacto en el manejo. Dr. Nicholas Abend	Distonías Primarias. Aspectos clínicos y genéticos. Dr. Harvey Singer	Expositor: Dra. Paula Rauch Psiquiatra Infanto Juvenil, Massachusetts General Hospital
11:00-11:30	Paciente Neuromuscular en UTI. Dra. Karin Kleinstauber	Estereotipias Motoras Primarias Complejas. Dr. Harvey Singer	
11:30-12:00	Febrile-infection-related-epilepsy-syndrome: ¿Hay algo que hacer? Dr. Nicholas Abend	Taller de Video Movimientos Anormales. Dra. Mónica Troncoso Dra. Marta Hernández	Presentación Casos Clínicos: Dra. Carolina Obreque

Programa XXXI Congreso SOPNIA

12:00-12:30	Mesa Redonda Dra. Francesca Solari	Tratamiento de Movimientos Anormales. Dr. Harvey Singer	Mesa redonda
13:00-14:30	SIMPOSIO ALMUERZO NEUROLOGIA		SIMPOSIO ALMUERZO PSIQUIATRIA
	<p>Tratamiento no farmacológico en epilepsia refractaria: cirugía de la Epilepsia y estimulador vagal. Coordina: Dra. Cynthia Margarit</p> <p>Plan Nacional de Cirugía Epilepsia. Dr. Andrés Horlacher Neurocirujano H. Carlos Van Buren U. Valparaíso</p> <p>Experiencia Nacional Estimulador Vagal. Dr. Tomás Mesa</p> <p>Estimulador del Nervio Vago. Efectividad y tolerabilidad en pacientes con epilepsia refractaria. Dr. Roberto Caraballo Neurólogo Infante Juvenil H. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Presidente LACE</p> <p style="text-align: center;">Salón Vergara C</p>	<p>Síndrome Neuropsicopatológico del Desarrollo mental.</p> <p>Dr. Mario Sepúlveda</p> <p>Dr. Jorge Sobarzo Clínica Los Tiempos</p> <p>Box Lunch</p> <p style="text-align: center;">Salón Bombal A</p>	
14:30-16:30	<p>Simposio Trastornos del Aprendizaje: Dislexia. Coordinadora: Dra. Ximena Carrasco</p> <p style="text-align: center;">Salón Bombal B</p>	<p>Simposio Psicoterapia El Adolescente y sus Padres: una aventura intersubjetiva. Coordinadora: Psicóloga Karen Repetur</p> <p style="text-align: center;">Salón Bombal A</p>	
14:30-15:00	<p>Marco conceptual sobre trastornos de aprendizaje y dislexia. Luis Bravo Valdivieso Doctor en Psicología, Universidad de Lovaina. Profesor titular Psicología PUC.</p>	<p>Expositor: Ps. Bárbara Ortúzar Psicóloga Infante Juvenil, Pontificia Universidad Católica de Chile.</p>	
15:00-15:30	<p>De la Dislexia al Gen. Dr. Albert Galaburda Co Director, Mind Brain Behavior Interfaculty, Institute Harvard University. Chief, Division of Cognitive Neurology Beth Israel Deaconess Medical Center Boston.</p>	<p>Presentación de Casos Clínicos: Ps. Carmen Tapia Universidad Católica de Valparaíso</p>	
15:30-16:00	<p>Del Gen a la Dislexia. Dr. Albert Galaburda</p>	<p>Casos clínicos. Ps. Iván Arena, Universidad Adolfo Ibañez.</p>	

Programa XXXI Congreso SOPNIA

16:00-16:30	Mesa Redonda ¿Cómo enfrentar a un paciente con dislexia?: Desafíos diagnósticos y terapéuticos.	Mesa redonda
16:30-17:00	Café	
17:00-18:45	Presentación Trabajos Plataforma Neurología. Salón Bombal B	Presentación Trabajos Plataformas de Psiquiatría. Salón Bombal A
19:00-19:45	Conferencia de clausura Salón Bombal	
	"Desafíos y triunfos en la genética de los trastornos del aprendizaje, déficit atencional y autismo" Dr. Albert Galaburda	
21:00 hrs.	Cena de Clausura Premiación Trabajos de Investigación. Premio Ricardo Olea Salón Vergara	

Programa XXXI Congreso SOPNIA

PROGRAMA CURSO POST CONGRESO

Directores: Dra. Valeria Rojas / Dr. Juan Carlos Martínez

Fecha: sábado 26 de octubre

Horario: 09:00 a 13:00 hrs.

Horario	Tema	Padres Salón Bombal A	Profesores Salón Bombal B	Médicos y otros Prof. de la Salud Salón Sausalito A-B
09:00-09:30	TDA Un Problema Vigente.	Ps. Eduardo Barrios H. Fricke	Dra. Valeria Rojas H. Fricke	Dr. Juan Carlos Martínez
09:30-10:00	Trastorno Conductual	Ps. Karen Repetur	Ps. Matías García	Dr. Cristián Pizarro
10:00-10:30	Bullying en la era de las redes sociales.	Ps. Claudia Basiliu	Dra. Beatriz Ortega	Dra. Elisa Sepúlveda
10:30-11:00	Café			
11:00-11:30	Niño Neurológico.	Trastornos del Sueño. Dra. Karina Rosso	Manejo Crisis Epiléptica en la Escuela. Dra. Maritza Carvajal	Manejo Primoconvulsión. Dra. Lucila Andrade
11:30-12:15	PLENARIO Salones Bombal A-B			
	Parentalidad en el mundo de hoy. Dr. Luis Dueñas			
12:15-13:00	Mesa Redonda Dra. Yairet Soto			

REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DR. RICARDO GARCÍA S.
Editor General
Universidad de Chile/Clinica las Condes

DRA. MURIEL HALPERN G.
Editora Asociada de Psiquiatría / Universidad de Chile

DRA. ISABEL LÓPEZ S.
Editora Asociada de Neurología / Clínica las Condes

DRA. FREYA FERNÁNDEZ K.
Past-Editor / Consulta privada

DRA. MARCELA MATAMALA
Asistente Editora de Psiquiatría

DR. XIMENA VARELA / DR. JUAN FRANCISCO CABELLO A.
Asistentes Editores de Neurología

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES AVARIA B.
Asesora Resúmenes en Inglés / Hospital Dr. Roberto del Río

DRA. VIVIANA HERSKOVIC M.
Asesora Resúmenes en Inglés / Clínica las Condes

Comité Editorial Nacional

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Tomás Mesa L.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	Universidad de Chile / Santiago
Dr. Mario Valdivia P.	Hospital Regional de Concepción
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago, USACH
Dra. Mónica Troncoso Sch.	Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago
Dra. Karin Kleusteuber S.	Universidad de Chile, Clínica Las Condes
Dra. Flora de la Barra M.	Universidad de Chile, Santiago

Comité Editorial Internacional

Neurología

Dr. Jaime Campos
Dra. Patricia Campos
Dra. Lilian Czornyj
Dr. Philip Evrard
Dr. Agustín Legido
Dr. Jorge Malagón
Dr. Joaquín Peña

Hosp. Clínic. de San Carlos, Madrid, España
Universidad de Cayetano Heredia, Perú
Hospital de Niños, Garrahan, Argentina
Clinique Saint-Joseph, Francia
Universidad de Philadelphia, U.S.A.
Academia Mexicana de Neurología, México
Hospital Clínico la Trinidad, Venezuela

Psiquiatría

Dra. Susana Bradley
Dr. Pablo Davanzo
Dr. Gonzalo Morandé
Dr. Francisco de la Peña
Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto, Canadá.
Univ. De California UCLA, U.S.A.
Hospital Niño Jesús, España
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad de Columbia, U.S.A.

Salón Bombal B
Jueves 24 de octubre de 2013
17:00 – 20:00 hrs.

TLP1

JOVENES CONSUMIDORES DE TALLER MOTIVACIONAL DE EXPRESION MUSICAL GRABAN DISCO EXPERIMENTAL AL INTERIOR DE CENTRO PENITENCIARIO.

Lorenzo Véliz, Carolina Berríos, Claudia Espinoza, Tania Anguita, Cristóbal Pacheco, Olga Navarrete, Guillermo Sepúlveda, Patricio Ramírez.

Sección Juvenil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Temuco, Fundación Tierra de Esperanza, Senda, 2012.

Introducción: La música en jóvenes consumidores facilita la comunicación, relaciones interpersonales y la expresión de sentimientos. En taller musical se graba disco “Mate Amargo”.

Objetivo: Lograr participación de 18 jóvenes en taller de música y analizar creación musical.

Método: Estudio descriptivo-prospectivo del taller y disco. Taller de 4 módulos de 1,5 meses cada uno. I- Conocimiento Instrumental (percusión, cuerda, viento): tocar, cantar y escuchar. II- Motivacional: escuchar diferentes estilos musicales (medios audiovisuales, tocar con grupos musicales) III- Desarrollo de Destrezas Musicales: práctica individual y grupal IV- Grabar temas musicales en CD.

Resultado: Participación activa de jóvenes. Adecuación a la actividad (respeto, asistencia, ajuste conductual). Se graban 19 canciones en multipistas con estudio portátil de grabación, ecualización, mezcla y masterización. Instrumentos: Cuerdas, percusión, teclados y mapuches (trutruca, otros). Voces principales: autores de letras cantan sobre amor, familia, libertad-reclusión, sueños. Estilo musical: hip-hop, rap, baladas, rock, folklore. “Mate Amargo” tema instrumental con sonidos ambientales carcelarios (puertas, música radial, gritos). Diseño gráfico CD: mate amargo

a compartir, verde carcelario, Virgen de Monserrat patrona de los reclusos, ojos sin rostro, reloj atemporal (sin minuterios). Video making-off del disco. Participantes reciben copia del disco y se diseña poster de la experiencia para la sala taller.

Conclusiones: Jóvenes participan en Taller de Música y graban disco experimental representativo en letras, estilo musical, instrumentos, sonidos de la cárcel y un diseño de portada en clave juvenil. Compromiso de crear manual para sistematizar y replicar la experiencia.

TLP 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE CUESTIONARIO DE VIOLENCIA ENTRE NOVIOS (CUVINO).

Christianne Zulic Agramunt, Paula Lepe Alvarez, Catalina Castaño Carrera, Macarena Astaburuaga Jorquera, Carolina Padi-lla Valdés, Fenella Reyes Gonzalo.

Médico Cirujano. Residente de Tercer Año Psiquiatría Infanto Juvenil.

Servicio Psiquiatría Infanto Juvenil. Hospital Barros Luco. Universidad de Santiago de Chile.

Antecedentes: La violencia en relaciones de pareja (VRP) en adolescentes es un problema relevante, potencial de transformarse en un modelo estable de relación. La VRP se encuentra escasamente estudiada en el contexto nacional. En nuestro conocimiento en Chile no se dispone de instrumentos validados para medir este problema en este rango etario. Nos proponemos validar el instrumento “Cuestionario de Violencia entre Novios” (CUVINO, 42 ítems). CUVINO explora 8 dominios de la VRP.

Método: Estudio Transversal. Se aplicó instrumento CUVINO a escolares de enseñanza media de tres colegios particulares subvencionados de la comuna de San Miguel, Santiago, previo asentimiento informado y en presencia de profesor/a orientador/a. El instrumento se acompañó de preguntas de autopercepción de maltrato en la relación de pareja, de manera si-

milar a otros reportes. Se exploró validez de constructo (AFE con y sin rotación), validez de criterio y confiabilidad (alfa de Cronbach).

Resultados: Se encuestó el 2011 a 173 jóvenes (14 – 19 años). Las unicidades fueron inferiores a 0,44. En nuestra muestra el AFE evidenció escasa concordancia con reportes foráneos en los constructos por dominios, (KMO 0,89). La confiabilidad global fue de 0,95, variando entre sus dominios entre 0,61 (castigo emocional) y 0,86 (sexual). La presencia categórica de VRP se asoció a autopercepción de maltrato (OR 4,53 [95%IC 1,39 – 14,8]).

Conclusiones: CUVINO es confiable, y en su puntaje global presenta adecuada validez. Queda pendiente su adaptación de lenguaje y repetir estudio con un mayor tamaño muestral.

No posee conflicto de interés.

TLP3

IMAGEN DE SÍ MISMO EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Marcelo Crockett, Claudia Capella.

Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Teórica y empíricamente se ha descrito que una de las principales consecuencias asociadas al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el desarrollo de una imagen negativa de sí mismo, sin embargo, este aspecto aún no ha sido desarrollado en profundidad. En consecuencia, la presente investigación, enmarcada dentro del enfoque psicológico constructivista evolutivo, tiene por objetivo caracterizar la imagen de sí mismos de niños con TDAH. Para esto, se evaluaron 12 niños entre 8 y 10 años diagnosticados con este trastorno a través del dibujo de sí mismo y una entrevista semiestructurada, los cuales se atendían en el servicio de Neurología del Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Dentro de los resultados se destaca una imagen de sí mismos que gira en torno a la acción, a su sí mismo personal y las relaciones con los pares, la cual se encuentra centrada en los aspectos más concretos de

la realidad, en donde se reconocen e integran diversos elementos, tanto negativos como positivos, aún cuando priman estos últimos. Se concluye que los resultados no concuerdan con lo señalado por la literatura, sin embargo, éstos apuntan a que existe una relación entre la imagen de sí mismo de los niños y las características psicopatológicas del cuadro, junto con los aspectos evolutivos propios de su etapa del desarrollo. Cabe destacar que la investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

TLP4

PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I.

Valerie Jeanneret M, Alejandra Rivera S.

Centro de Estudios Pediátricos Universidad Católica de Chile.

Unidad de Adolescencia, Clínica Santa María.

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más frecuente en la infancia y adolescencia, y su prevalencia ha aumentado en los últimos años.

Varios factores hacen a los adolescentes con esta enfermedad más propensos a presentar patología psiquiátrica, especialmente trastorno depresivo mayor (TDM) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estudios recientes dan cuenta de relación bidireccional entre TDM y DM1.

Objetivo: Describir la patología psiquiátrica en un grupo de 10 adolescentes con DM1 con mal control metabólico.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. En un taller para padres y adolescentes (12-17 años) con mala adherencia al tratamiento de su DM1, efectuado entre Julio y Septiembre del año 2012, se realizaron cuestionarios autoadministrados para evaluar calidad de vida (PedsQL módulo Diabetes), trastorno depresivo (CDI) y satisfacción corporal (BSQ). No existen conflictos de interés en este trabajo.

Resultados: CDI: 4 cuestionarios inválidos, 2 mujeres con puntajes que sugieren TDM y 4 adolescentes presentan ideación

suicida. La impresión clínica fue que al menos 3 de ellos presentaban un TDM.

BSQ: 3 Mujeres con puntajes sobre el punto de corte que le confiere mayor riesgo de desarrollar un TCA y 2 Hombres con puntajes muy cercanos a la zona de riesgo.

PedsQL: Reveló mala calidad de vida relacionada con la salud en 9 adolescentes.

Conclusiones: Los adolescentes con DM1 tienen mayor riesgo de presentar psicopatología, especialmente TDM y TCA. El adecuado manejo de la patología psiquiátrica es esencial para el buen control metabólico de la DM1.

TLP5

APROXIMACIÓN CLÍNICA A SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.

Gladys Franco, José Martínez, Nathalia Baddilla, Margarita Ronda

Hospital Doctor Sótero del Río, Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Infanto Juvenil (UHCEIJ). Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los síntomas disociativos en niños y adolescentes se asocian a hechos traumáticos de intensidad variable, tienden a complejizar los cuadros clínicos y el manejo terapéutico. La relevancia de este estudio es ayudar a la aproximación clínica de los pacientes.

Objetivo: Describir presentación clínica y aproximación diagnóstica de síntomas disociativos en población adolescente.

Metodología: Estudio de casos clínicos ingresados durante junio y julio del 2013 a la UHCEIJ. Revisión no sistemática en Pubmed de "case report" y "review" de los últimos 10 años, palabras claves: [dissociative syndrome] and [adolescent]. Se solicitó consentimiento informado a padres y asentimiento informado a pacientes. No existe conflicto de interés. **Resultados:** Se describen 5 casos que ingresaron, por alteración del juicio de realidad intermitente, conductas bizarras y pérdida del ajuste social con episodios recurrentes de conductas como hipersexualidad, heteroagresión y autoflagelación. Mostraban amnesia retró-

grada parcial de estos episodios asociada a una bella indiferencia. Destacaban dificultades sociales previas, disfunción familiar, sobreinvolucración madre-hijo y normas autoritarias. Se planteó un compromiso cualitativo y cuantitativo de consciencia en el contexto de una vulnerabilidad estructural. **Discusión:** Se plantea que en pacientes adolescentes con cuadros disociativos existe alta prevalencia de disfunción familiar, apego ambivalente, sobreinvolucración de la figura vincular primordial y familias aglutinadas. Como pronóstico, probablemente desarrollen estructura neurótica limítrofe, vulnerabilidad de desestructuración y pobre funcionamiento social y profesional. El tratamiento debe considerar fármacos, mejorar alianza terapéutica, terapia cognitivo conductual y vínculo seguro.

Conclusiones: Se debe abordar integralmente los síntomas disociativos, con búsqueda de trauma gatillante y evaluación sistémica del paciente.

TLP6

CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SOSPECHA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA INFANTO JUVENIL EN LA REGIÓN METROPOLITANA.

José Martínez, Gladys Franco, Margarita Ronda

Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Infanto Juvenil (UHCEIJ). Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En la actualidad, existen pocos datos sobre características de trastornos psicóticos en población infanto juvenil, aun cuando representan un grupo de una gravedad mayor en psiquiatría, especialmente la esquizofrenia.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de una población infanto juvenil hospitalizada por cuadros psicóticos en la UHCEIJ entre Agosto del 2009 y junio del 2013. **Metodología:** Estudio des-

criptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas y análisis estadístico. Sin conflictos de interés.

Resultados: Total: 44 casos, 68.18% sexo masculino. Diagnósticos de derivación más frecuentes: 1º brote de esquizofrenia 31.8%, episodio psicótico/trastorno alucinatorio 31,8%, depresión con síntomas psicóticos 18%, otros 18%. Rango de edad: 8-18 años, promedio: 14.6. Rango de días hospitalizado: 7-134, promedio: 39.7. Rango de psicofármacos al alta: 0-5, promedio: 2.3, de ellos 5 pacientes con clozapina y 3 recibieron terapia electroconvulsiva. Diagnósticos principales eje I al alta: el 68,2% corresponde a cuadros psicóticos, los más frecuentes: esquizofrenia/trastorno esquizofreniforme 40%, TGD 20% y trastornos del ánimo 16.6%. Los trastornos no psicóticos correspondieron al 31.8%, destacan trastorno adaptativo 35.7% y trastorno de estrés post traumático 28.6%. En eje II, la mayoría no presenta diagnóstico 65.9%, los más frecuentes observados fueron desarrollos anormales de la personalidad del cluster B: 22.7%.

Discusión: Existe una tendencia a sospechar esquizofrenia ante sintomatología psicótica, sin embargo la literatura y la clínica muestran que no es lo más frecuente en esta etapa de la vida.

Conclusiones: Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes confieren severidad al pronóstico clínico, es necesario la precisión diagnóstica y el abordaje integral.

TLP7

CARACTERIZACION DEL USUARIO DEL PROGRAMA INTENSIVO ALCOHOL Y DROGAS. REVISION DE ENERO A JULIO 2013.

Scarlett Aravena Cifuentes, Sonia Cáceres Inzunza. Cols: Ana Arcos Vargas, Jessica Moya Llanos, Dominique Maret Cortez. Suyai Centro De Salud Mental Del Adolescente. Cosam La Florida. Región Metropolitana.

Introducción: La importancia que adquiere el consumo de alcohol y drogas (OHyD) en nuestra juventud es alarmante. Los programas destinados buscan la reducción no

sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de OH, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos fenómenos.

Objetivos: 1. Caracterizar a los adolescentes del programa intensivo de OHyD de nuestra institución. 2. Evaluar funcionalidad familiar, y riesgo psicosocial

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de fichas clínicas. Revisión enero a julio 2013. La muestra de 19 pacientes, se excluyen inasistentes.

Resultados: La edad promedio de pacientes en control 15,5 años, el 12,5% inicia consumo drogas antes 10 años. El 62,5% son mujeres. 25% con intento suicida previo. 50% con autoagresiones. 25% presenta abuso sexual. 62,5% presenta actos delictuales. Respecto al rendimiento escolar 50% promedio sobre 50, 12,5% sobre 60. Comorbilidad 25% TDAH, 37,5% Trastorno descontrol impulsos, 25% tr adaptativo, 25% Trastorno de personalidad limítrofe. Problemas de comportamiento en la infancia 87.5%.

La principal droga de consumo 90% marihuana, como droga secundaria 100% OH, 50% Cocaína, 25% Benzodiazepinas.

El 62,5% presenta VIF, el 100% riesgo psicosocial alto. El 12,5% disfunción familiar moderado, el resto severa. Padre ausente 25%. Solo 25% presenta violencia en el pololeo. 62,5% padres consumidores, 25% otros familiares.

Conclusiones: Los resultados son concordantes con la literatura respecto al tipo de droga principal de consumo. Al igual que funcionamiento familiar, comorbilidad discordante respecto al rendimiento.

TLP8

PREFERENCIA DE USO DE ANTIDEPRESIVOS ENTRE PSIQUIATRAS INFANTOJUVENILES CHILENOS.

Juan Carlos Martínez A., Luis Dueñas M, Marcelo Briceño A., Constanza Morales Y, Yairot Soto V.

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Universidad de Valparaíso.

Introducción: Es sabido que existe un beneficio indiscutible en el tratamiento con

antidepresivos, en niños y adolescentes con patologías de salud mental. Sin embargo, no existe evidencia a nivel local sobre sobre la preferencia del uso de antidepresivos entre psiquiatras infantojuveniles chilenos.

Objetivo: Caracterizar las preferencias en el uso de antidepresivos entre los psiquiatras infantojuveniles chilenos.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, a través de encuesta electrónica a 44 psiquiatras infantojuveniles chilenos durante el año 2012. Sin conflicto de interés.

Resultados: 44 (100%) utiliza antidepresivos en niños y adolescentes, 38 (86%) los usa preferentemente en el tratamiento de la depresión y ansiedad. 13(30%) trataría un paciente depresivo sólo con psicoterapia. De los antidepresivos –considerando más de una preferencia-, 44 (100%) indica Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), 15 (34,1%) indica duales y 8 (18,2%) indica tricíclicos. Entre los que prescriben ISRS –considerando más de una preferencia-, 30 (68,2%) indica Sertralina; 16 (36,4%) Fluoxetina; 11 (25%) Escitalopram; 4 (9,1%) Paroxetina; 3 (6,9%) Citalopram; 0 (0%) Fluvoxamina.

Conclusiones: El uso de antidepresivos, especialmente ISRS es generalizado en psiquiatras infantojuveniles chilenos que tratan niños y adolescentes diagnosticados con depresión y ansiedad. Entre los ISRS, se destaca la preferencia de uso por Sertralina, Fluoxetina y Escitalopram. La seguridad y experiencia en el uso de estos fármacos es importante dada su probada efectividad.

TLP9

OPINION DEL IMPACTO DE LA ADVERTENCIA DE LA FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION ACERCA DEL AUMENTO DE SUICIDIO PRODUCIDO POR INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA, EN LOS PSIQUIATRAS INFANTOJUVENILES CHILENOS.

Juan Carlos Martínez A, Luis Dueñas M, Marcelo Briceño A, Constanza Morales Y, Yairet Soto V.

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

Universidad de Valparaíso.

Introducción: La advertencia de la Food and Drugs Administration (FDA) sobre el posible aumento en la tasa de suicidio producido por Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se transformó en una polémica altamente discutida y rebatida. Los efectos a 10 años de su publicación han sido poco estudiados en nuestro país.

Objetivo: Describir la opinión de psiquiatras infantojuveniles chilenos, acerca del impacto actual de la advertencia de la FDA del riesgo de suicidio asociado a ISRS.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, a través de encuesta electrónica a psiquiatras infantojuveniles chilenos. Sin conflicto de interés.

Resultados: De 44 encuestas respondidas, 37 (84,1%) cree que ISRS no inducen suicidio, 36 (81,8%) cree que no producen ideación suicida. 20 (45,5%) cree que podría relacionarse con suicidio sólo por efectos secundarios o abandono. 20 (45,4%) atribuye al viraje a manía el efecto secundario relacionado a suicidio. 30 (68,2%) no ha tenido conflicto con los padres al indicar ISRS. 10 (22%) relata no haber modificado su decisión clínica posterior a la advertencia. 24 (54,5%) cree que la advertencia ha sido perjudicial para los pacientes y para el ejercicio de la especialidad.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados cree que el uso de ISRS no induce ni produce ideación suicida y que los pacientes se han visto perjudicados tras la advertencia de la FDA, especialmente porque muchos pueden dejar de recibir un tratamiento necesario, y por lo tanto, paradójicamente, aumentar las tasas de suicidio al no tratar pacientes.

TLP10

IMPACTO DEL SUICIDIO DE SUS PACIENTES EN PSIQUIATRAS INFANTO JUVENILES CHILENOS.

Luis Dueñas M, Juan Carlos Martínez A, Yairet Soto V, Constanza Morales Y, Marcelo Briceño A, Elisa Sepúlveda A.

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El suicidio es el evento más grave al que se enfrenta un psiquiatra. Su impacto trasciende el núcleo familiar del paciente y su entorno social, afectando también a los clínicos tratantes. Este tema ha sido poco estudiado en psiquiatras infantojuveniles chilenos.

Objetivo: Determinar cómo afecta emocionalmente y cómo influye en la conducta de los psiquiatras infantojuveniles chilenos, la experiencia de suicidio en alguno de sus pacientes.

Metodología: Estudio de corte transversal de la opinión de 44 psiquiatras Infantojuveniles obtenida a través de encuesta electrónica. Sin conflictos de interés

Resultados: De los 44 psiquiatras consultados 17 habían experimentado el suicidio de al menos un paciente. A 6 de los encuestados le afectó bastante y a 11 mucho. Los síntomas más frecuentes desarrollados por los clínicos fueron: tristeza (n=14), ansiedad-angustia (n=10) y dudas sobre competencia profesional (n=8). 2 cursaron trastorno adaptativo, 1 estrés agudo y 14 no desarrollaron patología del Eje I. 14 percibieron que los padres agradecieron el esfuerzo realizado, sólo 2 encuestados percibieron reacción descalificatoria. Ningún profesional fue demandado por esta causa. Las medidas posteriores de prevención más frecuentes fueron: Énfasis en educación sobre riesgo de suicidio a familiares (n=14) y facilitar contacto con el profesional frente a urgencias (n=10).

Conclusiones: La experiencia de suicidio afectó significativamente a los médicos tratantes, desarrollando síntomas secundarios en la mayoría de los casos, lo que destaca la importancia del autocuidado en el ejercicio de la especialidad. La conducta fue fortalecer la comunicación médico-paciente-familia.

TLP11

TÍTULO: "INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL A PROFESORES DE ESCUELAS DE CONCEPCIÓN"

Eduardo Araya O., Camila Sanhueza F., Carolina Llorente D., Mario Valdivia P., Carolina Obreque, Diana Vera C.

Introducción: Las patologías conductuales en salud mental infantil son causa frecuente de problemas en el aula y desempeño escolar en niños y adolescentes, es por esto que se hace necesario que los profesores que educan a los niños tengan información básica sobre estas patologías y su manejo.

Objetivos del estudio: Psicoeducar a profesores sobre trastornos conductuales y evaluar el impacto en forma diferida, de los conocimientos aportados.

Métodos empleados: Mediante un estudio de cohorte transversal, se realizó charla psicoeducativa sobre trastornos conductuales, por becado de psiquiatría infantil, a 60 profesores de 5 establecimientos seleccionados de Concepción, realizando dos mediciones de la información manejada por profesores; antes y luego de 2 a 3 meses de realizada la charla. En este estudio no existen conflictos de interés.

Resultados: Hubo cambio en la percepción de ciertos temas consultados luego de la charla, que corresponden a un aumento de los profesores que respondieron en forma correcta a las preguntas de: si los fármacos para TDAH causan adicción, a cuál es efecto colateral más frecuente de los psicoestimulantes, cuánto es la duración aproximada del psicoestimulante estándar, a la característica conductual principal del Sd. de Asperger y cuál es el objetivo farmacológico en este cuadro.

Conclusiones: A pesar de que existen mitos fuertemente arraigados sobre las características de los trastornos conductuales y TGD por parte de la comunidad y de los profesores, es posible mejorar el conocimiento y manejo de estos temas a través de intervenciones psicoeducativas con profesores en los colegios.

TLP12

VISIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD MENTAL EN PROFESORES DE 5 COLEGIOS DE CONCEPCIÓN.

Eduardo Araya O., Camila Sanhueza F., Carolina Llorente D., Mario Valdivia P., Carolina Obreque, Diana Vera C.

Introducción: Las patologías conductuales en salud mental infantil son causa frecuen-

te de problemas en el aula y desempeño escolar en niños y adolescentes, es por esto que se hace necesario que los profesores que educan a los niños tengan información básica sobre estas patologías y su manejo.

Objetivos: del estudio: Realizar una estimación del nivel de conocimiento de profesores sobre trastornos conductuales y su vinculación con los equipos tratantes.

Métodos empleados: Dentro de un estudio de cohorte transversal, se seleccionó a 5 colegios asociados a las intervenciones de un plan de SENAME en Concepción y se aplicó una encuesta a 60 profesores de dichos establecimientos sobre conocimientos de salud mental y relación con los equipos de Salud Mental tratantes. El presente estudio no presenta conflictos de interés.

Resultados: Del universo encuestado, un 40% no había recibido información alguna de los especialistas que controlaban a sus alumnos, un 65 % no sabía qué medicamento estaba siendo administrado a sus alumnos en controles, un 40 % opinaba que los alumnos con Trastorno de conducta debían recibir medicamentos y un 33 % reconoce haber hecho algo, alguna vez, para impedir que a sus alumnos se le administraran los medicamentos indicados por el especialistas.

Conclusiones: Aún persiste un nivel importante de desinformación dentro de los profesores que educan a los niños con trastornos conductuales, y la coordinación entre los equipos tratantes y profesores es insuficiente.

TLP13

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE DIADAS MADRE-BEBÉ VULNERABLES, DETECTADAS POR EQUIPO PERINATAL DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.

Esteban Gutiérrez G; Mónica Kimelman J.

Introducción: La intervención oportuna en el periodo de perinatal, permite identificar y tratar factores de riesgo en el desarrollo de vínculos patológicos, maltrato, negligencia y abandono.

Objetivo: Describir características socio-demográficas de diadas vulnerables, pes-

quisadas por programa Chile crece contigo y equipo de psiquiatría perinatal Universidad de Chile – Hospital Barros Luco.

Método: Se realiza estudio descriptivo prospectivo de diadas vulnerables entre junio del 2012 y enero del 2013 (N=84)

Resultados: El promedio de edad fue de 23 años con 10% correspondientes a menores de 15 años. El 51% correspondió a primigestas. El 63% había asistido a todos los controles básicos durante el embarazo (4 controles y una ecografía). El 65% de los recién nacidos fueron sanos y las principales patologías eran la Prematurez e infección connatal. En cuanto a patologías mentales, el 36% de las madres presentó un trastorno durante la gestación, siendo los más prevalentes el consumo de drogas y el trastorno del ánimo. Previo al embarazo, un 57,1% presentaba antecedentes psiquiátricos, siendo el más frecuente trastorno de personalidad (45%). Solo el 12,3 % presentó alteraciones psicofisiológicas durante la gestación (insomnio, hiperémesis gravídica). Del total de pacientes evaluadas, un 89% de las diadas presentó alto riesgo relacional y sólo un 20% habilidades parentales suficientes.

Conclusiones: La evaluación precoz de factores de riesgo relacional permitiría desplegar estrategias terapéuticas tempranas que propicien el desarrollo de habilidades parentales y/o gestionar en diadas con contextos psicosociales adversos.

TLP15

CARACTERIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE COMPETENCIAS PARENTALES EN DIADAS MADRE-BEBÉ VULNERABLES, EVALUADAS EN PERIODO PERINATAL.

Nathalia Badilla M, Mónica Kimelman J, Esteban Eduardo Gutiérrez G.

Introducción: La competencia parental corresponde a la capacidad para brindar contención, cuidar, proteger y educar al niño, brindando perspectivas sanas de desarrollo.

Objetivo: Describir las dimensiones de competencia parental (alto v/s bajo riesgo relacional; psicopatología materna; estre-

sores psicosociales; red de apoyo familiar-social presente v/s ausente) y el tipo de competencia observada (suficiente; parcial; incompetente o tóxica) en diadas de alta vulnerabilidad, evaluadas por el equipo psiquiatría perinatal Universidad de Chile Sede Sur.

Método: Estudio descriptivo prospectivo, con aplicación de pauta de entrevista relacional madre bebé (kimelman 2006). Entre septiembre 2012 y enero 2013 en servicio de maternidad Hospital Barros Luco Trudeau (N=84; muestra final N=65).

Resultados: Psicopatología presente en 36%; 42,9% de inicio durante gestación (trastorno del ánimo 10%). Antecedentes de psicopatología previa en un 45 % (45% Trastorno de la personalidad y 35 % Consumo de drogas.)

Estresores ambientales: destaca significativamente la presencia de violencia intra familiar en 26% y duelo en curso 9,5%.

Red familiar ausente: 14,3%.

Riesgo relacional detectado en 89,3% de diadas.

Competencia: suficiente: 20,2%; parcial: 57,1%; incompetencia: 22,6%; toxica: 1 caso.

Conclusiones: Los factores que determinan la competencia parental son multidimensionales. Su evaluación contempla un equipo multidisciplinario, ya que no existen factores que por sí solo determinen un tipo de competencia en particular. La competencia parcial e incompetencia parental son los tipos más frecuentemente detectados en las diadas vulnerables, por lo que requieren de un equipo psicosocial que evalúe redes de apoyos consistentes que soporten las competencias de la madre o brinden protección al bebé en su desarrollo.

TLP17

APRECIACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMADAD DE SALUD MENTAL EN EQUIPO DE URGENCIAS INFANTILES HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Paula Carrasco R, Elisa Sepúlveda A, Luis Dueñas M.

Hospital Carlos Van Buren Valparaíso.

Introducción: Las actitudes estigmatizantes hacia pacientes con patología de salud mental, incluso en el personal de salud, son frecuentes. Éstas podrían afectar la calidad de atención que reciben los pacientes que consultan por estos motivos.

Objetivos: Evaluar en el equipo de Unidad Emergencia Infantil-Hospital Carlos Van Buren las actitudes hacia pacientes que consultan por salud mental.

Método: Estudio de tipo transversal, realizado durante abril-mayo del 2013. Se aplicó el "Attribution Questionnaire-9", instrumento autoadministrado, que evalúa nueve actitudes frente a pacientes con patología de salud mental; lástima, peligrosidad, miedo, culpa, segregación, rabia, ayuda, evitación y coerción. Mientras más alto es el valor obtenido, con más fuerza está siendo endosada esa actitud por el sujeto.

Resultados: Se recolectaron 65 encuestas, que corresponden al 70% del total de funcionarios. 48 (73,8%) mujeres y 17 (26,2%) hombres. Distribución por cargos: 26 (40%) médicos, 9 (13,8%) enfermeras, 23 (35,5%) técnicos paramédicos y 7 (10,7%) auxiliares.

Al comparar los resultados con datos aportados por la literatura, encontramos las principales diferencias en los ítems de ayuda y coerción, donde la muestra presenta valores considerablemente más altos en comparación con la población general. Destaca que los puntajes más altos fueron obtenidos por técnicos paramédicos en ítems peligrosidad y miedo; y auxiliares lo obtuvieron en el concepto segregación.

Conclusiones: Las actitudes hacia pacientes con patología psiquiátrica, son en general buenas, siendo algo menos positivas en los profesionales técnicos. Creemos que las intervenciones educativas, por lo tanto, debiesen estar enfocadas en este grupo.

TLP18

PERFIL DE UN GRUPO DE PACIENTES JOVENES-ADOLESCENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Burr, M. Ignacia¹; Leiva, M. José ¹; Cruzat M., Claudia²; Díaz C., Fernanda²; Lizana C., Paula²; Chaigneau, Sergio²

1. Depto. de Nutrición, Clín. Las Condes.

2. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Chile.

Introducción: Aumento de cirugías bariátricas, en particular en pacientes cada vez más jóvenes, que han sido escasamente estudiados.

Objetivo: Describir las características psicológicas y sociodemográficas de pacientes adolescentes postulantes a cirugía bariátrica de la Clínica Las Condes.

Método: Estudio descriptivo, diseño no experimental, transversal. Se aplicó el cuestionario de Salud SF-36, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Binge Eating Disorder Scale y el Cuestionario de Apgar Familiar a 84 pacientes postulantes a cirugía bariátrica entre 14 y 26 años.

Resultados: La mayor parte de la muestra (71,4%) eran mujeres, 64,3% solteros, 76,2% estudiantes, que viven al menos con uno de los padres (50% con ambos y 20% con uno). Un tercio de los pacientes presenta antecedentes de diabetes familiar, mientras que más de la mitad de ellos presenta antecedentes de obesidad familiar (51,2%) y han asistido a algún tipo de tratamiento compensatorio, ya sea nutricional (50%), psicológico (65,5%) o psiquiátrico (51,2%). En cuanto a conductas preoperatorias, 58% dan cuenta de un consumo de alcohol, 8,3% de drogas, y presentan ciertos hábitos alimenticios como atracones (48%) y picoteos (52%). En cuanto a conductas alimentarias características de los trastornos alimentarios, como los vómitos (11%), ayunos (3%), uso de laxantes (6%) y comilonas nocturnas (11,9%).

Conclusiones: Este estudio permite conocer características de jóvenes que deciden operarse. Los atracones y picoteos son conductas asociadas a mal pronóstico postoperatorio y los atracones son conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Sería necesaria preparación para cirugía de los pacientes adolescentes.

TLP19

EL JUEGO COOPERATIVO COMO UNA INSTANCIA PARA LA ADQUISICIÓN DE CONDUCTAS PRO SOCIALES.

Matilde Bortolaso, Francisca Millán, María José Turu, Josefina Urrutia.

Universidad del Desarrollo, Servicio de Psicología Integral, Unidad Infanto-Juvenil.

El concepto de conducta pro-social, se entiende como toda conducta social positiva, que se realiza para el beneficio con o sin motivación altruista. Este tipo de conducta posee directa relación con conductas cooperativas, con el intercambio social que surge cuando las personas coordinan sus conductas, actitudes y/o acciones para un beneficio común y para construir objetivos compartidos (Garaibordobil, 2003).

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el posible impacto en la conducta pro-social en instancias de Juegos Cooperativos en niños, mediante la utilización del Programa de Intervención Socioemocional (Garaibordobil, 2003).

La muestra del estudio corresponde a niños pertenecientes a un colegio de la comuna de Las Condes. Se aplicó el taller a 26 alumnos de cuarto básico, junto con la aplicación pre-post talleres, de la prueba proyectiva gráfica la Figura Humana y la Escala de Comportamiento Asertivo CABS (Wood, Michelson & Flynn, 1978/1983), con el fin de corroborar la eficiencia de la intervención. Por tanto, el estudio es de tipo experimental.

El taller de Juego Cooperativo fue realizado por cuatro Psicólogas, en una sesión de juego semanal de 40 minutos, durante ocho semanas. Los participantes se dividieron en cinco grupos para realizar las actividades. Éstas finalizaban con una reflexión y elaboración de la experiencia.

Posteriormente, se pudo concluir a través

de los instrumentos de medición mencionados y en la evaluación cualitativa, que los niños con mayor conducta asertiva al inicio del taller fueron los que incrementaron más las puntuaciones de conducta pro-sociales, logrando un aumento significativo al terminar el taller.

TLP20

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES INGRESADOS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO: UNA REVISIÓN DE 4 AÑOS.

María Jesús Molina Iduya, Emilia Monsalve Salazar, Ignacio Escobar Maldonado, Javier Rebolledo Avaria, Paulina Cerda Velasco.

Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil, Hospital Clínico San Pablo, Coquimbo.

Introducción: La mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la infancia o adolescencia. En nuestro país existen escasos estudios epidemiológicos de patologías psiquiátricas en este grupo etario. La unidad de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital de Coquimbo ha sido por muchos años el único centro de derivación regional.

Objetivo: Describir el perfil de los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo de fichas clínicas de pacientes ingresados a la Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil (N=363), Hospital de Coquimbo, (Julio 2009 - Junio 2013).

Resultados: 54% fueron hombres. Rango etario 2-17 años, menores de 6 años 3%, 6-12 años 33,6%, 12 años y más 63,4%. 4,6% fue evaluado durante la primera semana, 22,6% dentro del primer mes, 58% en los primeros tres meses, 10% entre 6 meses y un año y 4% después del año. De los diagnósticos de derivación, 30% correspondía a Trastornos del ánimo, 20% Trastornos de conducta, 12,4% Psicosis-esquizofrenia, 8,4% Trastorno adaptativo y 8,2% otros. Los diagnósticos realizados correspondieron a 42% Trastornos del ánimo, 20%

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, 12,3% Trastorno adaptativo, 6,5%, Trastorno de conducta y 4,3% Psicosis-Esquizofrenia. 67% tenía comorbilidad psiquiátrica.

Conclusiones: Hay diferencias entre diagnósticos de derivación y de especialista, encontrándose sobre diagnóstico de: psicosis-esquizofrenia y trastornos de conducta. Gran porcentaje de pacientes presenta comorbilidad psiquiátrica validando la importancia de atención oportuna por especialista. Existe tardanza en atención de hasta más de un año, evidenciándose la importancia de establecer políticas sanitarias que garanticen la atención de estos pacientes.

TLP21

PERFIL COGNITIVO Y PSICOLÓGICO DE CUATRO PACIENTES CON SÍNDROME DE MOMO.

Matías García Abbott, Cristóbal Passalacqua Hidalgo

Introducción: Momo (macrosomía, obesidad, macrocefalia y anomalías oftalmológicas) (OMIM: 157980). Moretti-Ferreira 1993. Existen siete pacientes publicados con discapacidad cognitiva y uno autismo.

Metodología: descripción de 4 pacientes con un perfil neuropsicológico evaluados por genetista, psicólogo y psiquiatra infanto-juvenil. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. Se realizó WISC-III (adaptado a la población chilena) y el test MINI-KID.

Resultados: Tres pacientes son hombres (11, 12 y 17 años) y una mujer (13 años). Los cuatro pacientes cumplen con los criterios de macrocefalia, obesidad y anomalías oftalmológicas; en un paciente se observó macrosomía desde recién nacido (Peso: 4985grs +2,9DS) y otro de talla alta actualmente (Talla: 159cms +1,8DS). Todos tienen miopía, en una fue severa y dos con antecedentes de estrabismo. El cariógrama y el test de metilación para Prader Willi son normales. Todos presentaron retraso en el desarrollo psicomotor. WISC III: Dos pacientes en rango de dis-

capacidad intelectual (CI total 51 y 58) y los otros limítrofe (CI total 77 y 72), dos presentaron una asimetría entre las habilidades verbales y de ejecución y tres evidencian una dificultad para asimilar nueva información. El MINI-KID demostró comorbilidad psiquiátrica en tres casos (ansiedad, fobia y trastorno de conducta). Dos pacientes son hermanos (él 11 años y ella 13) de una pareja sana no consanguínea, siendo sugerente una herencia autosómica recesiva como postuló Di Donato. **Conclusión:** Según nuestra descripción neurocognitiva: concordamos con Di Donato quien propuso cambiar el significado de la M de Macrosomía a Mental (Discapacidad Intelectual).

TLP22

CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE ADOLESCENTES CHILENOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL / HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Marcela Larraguibel, Irene Schiattino, Consuelo Aldunate, Gloria Toledo, Soledad Von Mühlenbrock.

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El trastorno por déficit atencional (TDAH) tiene una alta comorbilidad psiquiátrica, dentro de éstas los trastornos del desarrollo de la personalidad.

Objetivo: Describir la caracterización de la personalidad de adolescentes chilenos entre 13 y 18 años con diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional / Hiperactividad.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (revisión de fichas clínicas 2007 al 2013) de adolescentes consultantes por TDAH a un centro de salud mental privado de Santiago de Chile. Se aplicó en la primera consulta el Inventario Clínico de Adolescentes de Millon (MACI) adaptado a población chilena, que analiza los principales prototipos de personalidad en adolescentes.

Resultado: La muestra quedó constituida por 30 adolescentes, 13 mujeres (43%) y

17 hombres (57%). 13 adolescentes eran TDAH inatento (6 mujeres), 16 TDAH combinado (7 mujeres) y 1 hiperactivo impulsivo (hombre). Al comparar por *sexo* se encontraron diferencias significativas en las escalas de "Poderoso", "Conformista", "Tendencia Limítrofe", "Difusión de la Identidad" y "Desaprobación Corporal". Al comparar la muestra con *no consultantes* se observaron diferencias significativas en todas las escalas menos en "Sumiso" y "Dramatizador" en hombres y "Conformista" en mujeres. Al comparar la muestra con *consultantes* se observaron diferencias significativas en todas las escalas menos en "Sumiso", "Trasgresor", "Conformista" y "Autodegradante" en hombres y "Afligido", "Sumiso", "Conformista" y "Autodevaluación" en mujeres.

Conclusiones: Existen diferencias significativas en relación a la caracterización de la personalidad en adolescentes con TDAH comparados con población no consultante y consultante.

TLP24

MODELO DE MANEJO DE ATENCIONES PSIQUIÁTRICAS INFANTILES EN UNA URGENCIA PEDIÁTRICA.

Elisa Sepúlveda A, Paula Carrasco R, Luis Dueñas M.

Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso.

Introducción: Las patologías de salud mental infantil han aumentado y con ello la consulta a urgencia por esos motivos. Los dispositivos de salud de urgencia general, no se encuentran totalmente preparados para atender óptimamente pacientes con este tipo de patología.

Objetivos: Mejorar el manejo de los pacientes de psiquiatría que consultan en la unidad de emergencia infantil (UEI) del Hospital Carlos Van Buren, a través de estandarizar los cuidados que reciben estos pacientes.

Método: Durante Mayo-Junio del 2013 se realizaron dos focus group con cada equipo de enfermeras y técnicos paramédicos de cada turno de la UEI. Cada reunión duró en promedio 45 minutos. En la primera se recibieron y organizaron los prin-

cipales ítems de preocupación respecto al manejo de los pacientes de psiquiatría siguiendo un guión establecido previamente. En la segunda reunión se discutieron y modificaron las principales propuestas.

Resultados: Se modificó el consentimiento informado general de hospitalización en sala de observación de la UEI, se generó un ingreso de enfermería especializado para pacientes que consultan por salud mental. Además, se realizó una codificación de ingreso de pacientes que define las acciones a seguir en relación a; alimentación, visitas, cuidados personales, contención verbal, farmacológica y mecánica.

Conclusiones: La planificación participativa parece ser sumamente importante en la implementación de estos protocolos ya que facilita la creación de normas de manejo consensuados con el personal encargado de llevar a cabo dichos protocolos. Será necesaria la monitorización del grado de cumplimiento de estos protocolos para el mejoramiento de los mismos.

TLP26

PROGRAMA API (APOYO PSIQUIATRÍA INFANTIL): SISTEMA PILOTO DE COLABORACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO: 4 MESES DE FUNCIONAMIENTO.

Carolina Garcés Q.¹, Beatriz Ortega M.², Luis Alberto Dueñas³, Constanza Morales¹, Marcelo Briceño¹.

1. Residentes Psiquiatría Infantojuvenil Universidad de Valparaíso, Unidad Infantojuvenil, Hospital del Salvador.
2. Psiquiatra Infantojuvenil UV;
3. Director del programa de Psiquiatría Infantojuvenil Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Programa API (Apoyo Psiquiatría Infantil) es un sistema piloto colaborativo multimodal (colaboración telefónica diaria y presencial mensual) de salud mental, entre nivel primario (7 CESFAM) y secundario (Residentes unidad infanto juvenil Universidad de Valparaíso), iniciado en diciembre 2012, para mejorar el acceso de niños y adolescentes a una atención de salud mental oportuna y de ca-

lidad, con los recursos existentes.

Objetivos: Describir el funcionamiento del apoyo vía telefónica durante los primeros 4 meses .

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo sobre los registros de las consultorías telefónicas.

Resultados: En un periodo de 4 meses se recibieron 30 llamadas telefónicas. De estas, un 77% fueron hechas por psicólogos/as. El motivo de llamado más frecuente fue duda diagnóstica con un 57%. El promedio de edad de los pacientes consultados fue de 10 años, siendo varones en un 63%. Las hipótesis diagnósticas más frecuentes fueron el trastorno adaptativo y el trastorno depresivo con un 17% cada uno. Se resolvió la duda en un 73% de los casos y se indicó derivación a nivel secundario en un 30% de los llamados.

Conclusiones: Los psicólogos/as de los equipos de salud mental participantes, coinciden en ser quienes dirigen y a la vez recurren más a este sistema. Se resuelven la mayoría de las dudas, a través de la sugerencia de hipótesis diagnósticas y de manejo. Es posible plantear que a los profesionales de los CESFAM les interesa ser apoyados cuando se ven enfrentados a pacientes infantojuveniles con problemas de salud mental.

TLP27

SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR INTENTO SUICIDA.

Carolina Cáceres Iribarren, Viviana Guillén Ormazábal, Viviana Peñaranda Lituma, Claudia Godoy Hernández.

Int. Med. Romina Mella Melo, Hospital Clínico Félix Bulnes.

Introducción: Las tasas de suicidio adolescente han aumentado.No hay estudios de seguimiento que evalúen nuestro actuar. **Objetivos:** Determinar si los intentadores de suicidio son atendidos por psiquiatra en urgencia y posterior al alta.

Métodos Empleados: Se analizó fichas y registro SIGGES de menores de 18 años que consultaron a urgencia hospital por diagnósticos de intoxicación no accidental

o intento suicida, entre diciembre 2012 y junio 2013.

Resultados: Se obtuvo 20 casos de entre 7 a 14 años, 16 por sobreingesta farmacológica, 14 mujeres. El 85% fue evaluado por Psiquiatría de Enlace. La espera varió de 7 a 34 horas. 1 caso requirió cuidados intensivos y otro fue dado de alta al primer control. Los diagnósticos más formulados fueron Trastornos Conductual y Desarrollo Anormal de personalidad; luego Adaptativo y Depresión Mono y Bipolar, Episodio Psicótico, Descontrol de Impulsos y Dependencia a cocaína.

El 25% siguió en control en el hospital y el 15% en otros dispositivos. El 20% lo estaban previamente. Se detectó además distintas variables de riesgo psicosocial.

Conclusiones: Aunque no se incluye primavera, se mantienen las tendencias: mujeres, sobredosis, factores de riesgo. Un 60% de pacientes con intento suicida con intencionalidad y una psicopatología no están siendo atendidos. La evaluación de médicos de urgencia es adecuada.

La atención psiquiátrica puede ser tardía pero hay buena cobertura. La psicopatología observada agrega entidades propias de la edad.

Salón Bombal A

Viernes 25 de octubre de 2013

17:00 – 18:00 hrs.

PLATAFORMAS

TLP14

FACTORES DE RIESGO RELACIONAL GESTACIONAL: MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PERINATAL TEMPRANO.

Nathalia Badilla M, Mónica Kimelman J, Esteban Eduardo Gutiérrez G.

Introducción: La detección de factores de riesgo relacional desde la gestación, constituye una herramienta fundamental de evaluación e intervención clínica. Ello implica, acciones precoces que detecten el riesgo relacional, favorezcan el desarrollo de vínculos seguros y/o estrategias tempranas de intervención psicosocial.

Objetivo: Describir las características clí-

nicas observadas de los diversos indicadores de vinculación prenatal, evaluados en diadas vulnerables, detectadas por el programa Chile Crece Contigo y equipo de psiquiatría perinatal Universidad de Chile Sede Sur en la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau.

Método: Estudio descriptivo transversal, de diadas vulnerables (N= 84 muestra final). Con aplicación de entrevista relacional madre-bebé (Kimelman 2006) entre septiembre del 2012 a enero del 2013.

Resultados: Embarazo no planificado: 88%. Aceptación de embarazo: 56,8% aceptó totalmente; 43% presentó ambivalencia hasta el parto. Control prenatal adecuado: 63 % (4 controles de embarazo o más). Representación mental: 63% tuvo presencia de bebé imaginario y/o sueños con el bebé. Preparativos previos al nacimiento: 64 % (nombre del bebé, ropa, espacio físico).

Interacción diádica cálida durante gestación: 53%, Progenitor presente durante la gestación 66%.

Riesgo relacional presente en evaluación durante puerperio 89,3%.

Conclusiones: los indicadores de vinculación prenatal evaluados previo a la resolución del parto, tanto a nivel de atención primaria y/o secundaria, constituyen una herramienta de detección temprana del riesgo relacional, permitiendo anticipar intervenciones en pos de favorecer un desarrollo vincular armónico.

TLP16

CARACTERIZACIÓN DE DIADAS MADRE-HIJO EN SUBGRUPO DE MADRES ADOLESCENTES, EVALUADAS POR EQUIPO DE PSIQUIATRÍA PERINATAL DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE SEDE SUR.

Esteban Gutiérrez G; Mónica Kimelman J.

Introducción: “El embarazo adolescente constituye una preocupación de salud pública, debido al impacto sobre el desarrollo del adolescente y el bebé”.

Objetivo: realizar un análisis comparativo de los factores psicosociales y de riesgo relacional en subgrupo de diadas vulnerables de madres adolescentes v/s no adolescen-

tes, pesquisadas por programa Chile Crece Contigo y equipo de psiquiatría perinatal Universidad de Chile - Hospital Barros Luco Trudeau.

Método: Estudio descriptivo prospectivo de diadas vulnerables adolescentes y no adolescentes (N= 32 v/s N= 52), aplicando la entrevista relacional madre-bebé (Kimelman 2006), entre Junio-2012 y enero-2013.

Resultados: Sin diferencia estadística entre los grupos etarios y participación del progenitor en la gestación. La presencia de bebé imaginario fue de un 87% v/s 48% en las gestantes adultas. Las adolescentes presentaron mayor aceptación del embarazo (87,5% v/s 46,2%); control prenatal (84% v/s 50%) y aceptación de las características del recién nacido (81% v/s 51,9%). Su interacción diádica en el embarazo fue significativamente mayor (81,3% v/s 36,5%) pero la tonalidad afectiva placentera con el recién nacido no mostró diferencias, al igual que el componente instrumental. Sin diferencias significativas en prevalencia de Violencia intrafamiliar (20-30%); presencia de red familiar (80%) ni de riesgo relacional (90% en ambas). 96% presentaron una competencia parcial, mientras que en diadas no adolescente se distribuye equitativamente (30 % suficiente; 30%parcial y 30 % incompetente.)

Conclusiones: las madres adolescentes presentan una vulnerabilidad en el desarrollo de competencias parentales, lo que podría traducirse en un impacto en su desarrollo personal y vincular con el recién nacido.

TLP23

DEPRESIÓN, RIESGO RELACIONAL Y APEGO EN GESTANTES ADOLESCENTES DE VALPARAISO.

Elisa Sepúlveda A., Paula Carrasco R., Yai-ret Soto.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La gestación adolescente conlleva un riesgo en el proceso de vinculación. Las dificultades en la vinculación de la joven madre con su hijo podrían rela-

cionarse con sus propios patrones de apego en la primera infancia y con la presencia de depresión prenatal (DPR). Sin embargo, no existe evidencia a nivel local sobre la magnitud de estos riesgos.

Objetivos: Determinar prevalencia de DPR, tipo de vínculo con su progenitor y riesgo relacional prenatal (RRP) en gestantes adolescentes.

Metodología: Se seleccionaron gestantes adolescentes en Consultorios de atención primaria de Valparaíso. Previo consentimiento informado, aprobado por comité de bioética de la facultad de Medicina, se les aplicó Escala Edimburgo, El Instrumento de lazos parentales y la Pauta de riesgo relacional prenatal, todos instrumentos validados en Chile. A través del proceso de matching se seleccionó un grupo control.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 56 pacientes, 28 casos de gestantes adolescentes y 28 controles. El promedio de edad para los casos fue 16,3 años y de 24,4 años para los controles. La prevalencia de DPR, RRP y vínculo óptimo de los casos versus los controles fue de; 43% v/s 17,8%, 46,4% v/s 25%, 18% v/s 36%, respectivamente. Todas las diferencias observadas entre ambos grupo resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Conclusión: La magnitud de riesgos encontrados, que pueden influir en el proceso de vinculación de las gestantes adolescentes con sus hijos, es alta. Esto, nos permite diseñar y realizar intervenciones preventivas enfocadas en minimizar estos riesgos.

TLP25

TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA PARA PROGRAMA API (APOYO PSIQUIATRÍA INFANTIL VALPARAÍSO); PILOTO COLABORATIVO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

Carolina Garcés Q.¹, Beatriz Ortega M.², Felipe Cardemil³, Luis Alberto Dueñas⁴, Eva Madrid⁵

1. Residente Psiquiatría Infantojuvenil UV;

2. Psiquiatra Infantojuvenil UV;

3. Programa de Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

4. Director del programa de Psiquiatría Infantojuvenil Universidad de Valparaíso.

5. Directora Departamento Ciencias Biomédicas,
Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Programa API (Apoyo psiquiatría infantil) es un sistema piloto colaborativo multimodal de salud mental, entre nivel primario y secundario, que cuenta con la aprobación del comité de ética científica del Hospital del Salvador.

Debido a que existen pocas herramientas para medir los efectos de un programa colaborativo, éste es un estudio de corte transversal de validación de un cuestionario. Tiene como objetivo conocer la percepción sobre salud mental infante juvenil, de los profesionales de los CESFAM en cuanto a acceso a psiquiatría infantil, capacidad de satisfacer las necesidades de sus pacientes y recepción oportuna de respuesta.

Objetivos: Validar un cuestionario usado en el Proyecto colaborativo de Massachusetts.

Métodos: Se siguieron los pasos de la teoría clásica de test para validación. Se sometió a un proceso de traducción por dos psiquiatras infantiles bilingües y retro-traducción por un tercero, para posterior aprobación de su versión final por los autores originales del instrumento. Luego, se aplicó el cuestionario en una muestra piloto de 20 profesionales.

Resultados: No hubo cuestionamientos a la preguntas por los encuestados. La consistencia interna del cuestionario a través de Alpha Cronbach es de 0,8. Tiene una fiabilidad test retest a través de la Correlación de Pearson de 0,7 ($p=0,0007$). El coeficiente de correlación intraclase del test retest es de 0,69.

Conclusiones: El instrumento ha demostrado ser válido y confiable. La mayor utilidad de este cuestionario es contar con un instrumento que permita medir la satisfacción de los profesionales en torno a un proyecto colaborativo.

TLP33

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA ADAPTADA PARA NIÑOS (SWLS-C) EN POBLACIÓN ADOLESCENTE CHILENA DE 10 A 18 AÑOS.

Carola A. Álvarez Q.¹, Ana Marina Briceño¹, Iris Delgado², Karla Álvarez³, Mauricio Bravo⁴, Vicente Zúñiga⁵, Marcela Abufhele¹.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile,
Clínica Alemana.

Resumen: Existe un creciente interés por conocer los determinantes del bienestar y la felicidad. La satisfacción con la vida (SV) es una de las medidas más utilizadas para evaluar el bienestar subjetivo, pero no existen instrumentos validados en Chile para adolescentes. El objetivo de este trabajo es realizar la adaptación y validación lingüística y cultural de la escala de SV adaptada para niños (SWLS-C) en población adolescente chilena, basado en guías internacionales. Se aplicó SWLS-C en una muestra intencionada de adolescentes entre 10-18 años, de ambos sexos y 3 niveles socioeconómicos, en 3 etapas: entrevistas cognitivas ($n=23$), pretest ($n=24$) y test ($n=200$). Se realiza análisis factorial y medición de validez convergente y divergente (con escala de autoestima de Piers-Harris e inventario de depresión infantil CDI, validados para Chile). La consistencia interna de la escala a través del Alpha de Cronbach fue de 0,815, con correlaciones ítem-total entre 0,51 y 0,7. La correlación entre los ítems de la escala, varía entre 0,390 y 0,607. En la matriz de componentes principales, todos los ítems cumplen la condición de un factor mayor a 0,3. La correlación inversa entre SWLS-C y CDI es significativa, con un R^2 lineal de 0,465. Se obtiene la versión chilena de SWLS-C, con adecuadas propie-

dades psicométricas. Se confirma su unidimensionalidad, la necesidad de mantener cada ítem y una adecuada validez de constructo. Son necesarias nuevas aplicaciones de la SWLS-C para completar el proceso de validación, verificando la sensibilidad a los cambios tanto en población adolescente normal como clínica.

Salón Bombal A **Viernes 25 de octubre de 2013** **18:00 – 18:45**

TLP28 **PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN UNA COMUNA RURAL DE LA QUINTA REGIÓN Y SU CORRELACIÓN CON MITOS Y CREENCIAS.**

Alejandro Gepp, Egidio Céspedes.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: El maltrato infantil es un problema de salud pública relevante en todo el mundo, relacionado en múltiples trabajos con psicopatología posterior. Su prevalencia calculada en Chile es del 71%, con pocos trabajos que exploren diferencias a nivel local, útiles para la implementación de políticas públicas. Algunos autores plantean que el maltrato prolongado podría llevar a un cambio de creencias respecto a éste en niños maltratados, que justificaría de alguna manera el traspaso generacional.

Objetivos: Determinar la prevalencia del maltrato infantil en Olmué, comparando a nivel nacional. Identificar creencias en relación al maltrato infantil.

Metodología: Estudio de Prevalencia. Se aplicó una versión modificada de la encuesta ocupada por la UNICEF en su cuarto estudio sobre maltrato infantil (validada) a escolares cursando 8vo básico en la comuna de Olmué. Se incluyeron preguntas sobre creencias en relación al maltrato. Declaramos no tener conflictos de interés.

Resultados: Se aplicó la encuesta en un total de 173 alumnos, cubriendo el 99% del total cursando octavo básico. El 77,4% reportó algún tipo de maltrato, frente a un 71% nacional. El aumento fue a expensas del maltrato psicológico (34% contra 19%)

manteniendo similares porcentajes en maltrato físico leve (23% contra 26%) y un leve descenso en el grave (20% contra 26%). Se encontró diferencias estadísticamente significativas en sólo una de las 15 creencias exploradas (Con el maltrato se logra disciplina)

Conclusiones: La prevalencia y el perfil del maltrato infantil pueden variar a nivel local. El maltrato no determina un cambio de creencias significativo frente al mismo.

TLP29 **COMPARACIÓN DEL EEDP VERSUS M-CHAT COMO MÉTODO DE SCREENING PRIMARIO PARA SOSPECHA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: RESULTADOS PRELIMINARES.**

Gabriel Gatica Bahamonde¹, Alessandra Lubiano Aste², Manuel Nájera de Ferrari³

1. Médico residente de Psiquiatría Infantil.
2. Psiquiatra Infantil. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
3. Médico, Magister en Epidemiología. Investigador Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: Diagnosticar precozmente los Trastornos del Espectro Autista (TEA) es fundamental por diversas razones: aumento creciente en prevalencia (hasta 110/10.000); evidencia muestra que las intervenciones que promueven funcionalidad en niños con TEA son más efectivas a menor edad y que el manejo temprano personalizado mejora el pronóstico. Existen recomendaciones sobre la necesidad de implementar protocolos de detección precoz, que incluyan herramientas específicas de detección de niños con riesgo de TEA, como lo es el cuestionario M-CHAT. En nuestro medio, el control habitual del desarrollo, incluye sólo herramientas de vigilancia del desarrollo general, como la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP). No hay estudios que respalden la validez de la EEDP para determinar la sospecha de TEA.

Objetivos: Evaluar la validez de la EEDP como método de Screening de sospecha para TEA.

Método: Diseño de tipo analítico transver-

sal, para estudiar validez de prueba diagnóstica. A 200 niños de 18 meses evaluados con EEDP en atención primaria, se aplicará cuestionario M-CHAT para estimar la prevalencia de sospecha de TEA en grupos con EEDP normal y alterado. Se calculará sensibilidad, especificidad y valores predictivos de EEDP para sospecha de TEA. Aprobado por comité de ética del Hospital Clínico U. de Chile.

Resultados: Se ha aplicado M-CHAT a 20 niños evaluados con EEDP: 11/20 son hombres; 1/20 EEDP muestra alteración; 4/20 M-CHAT (+) para sospecha de TEA, todos ellos con EEDP normal. **Discusión.** Primera experiencia en Chile que evalúa EEDP como Screening para sospecha de TEA. Los resultados preliminares no permiten mayores análisis.

TLP30

PERFIL DE PACIENTES ADOLESCENTES CON CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN CONTROL EN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL N° 3 DE RENCA.

Ángela González, Rosario Páez, Claudia Godoy, Denis Gómez
COSAM 3 de Renca, USACH, UCN

Introducción: El consumo de alcohol y drogas en la infancia y adolescencia es fuente de preocupación.

En Chile, el alcohol es la sustancia de mayor consumo en edad de escolarización, seguida por marihuana, inhalante y cocaína. La edad más frecuente de inicio es la adolescencia, y esto tiene relación con las características propias de esta etapa del desarrollo; alcohol, nicotina y marihuana son puerta de entrada a otras drogas.

Objetivo: Describir las principales características de pacientes con consumo de alcohol-drogas en control en COSAM 3 de Renca

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adolescentes en control por consumo de sustancias en COSAM 3 de Renca. Revisión de fichas de pacientes incluidos en los programas ambulatorios básico e intensivo (n= 29). Se caracterizaron las variables sexo, edad, patrón de con-

sumo y comorbilidad.

Resultados: Del total, 44,8% (13) presentan consumo de una sustancia y 55,2% (16) policonsumo. De los que consumen una sustancia, 92% (12) consumen marihuana, de éstos 1/3 son mujeres y 2/3 hombres, la mediana de edad de inicio es 12 años y la mayor frecuencia, semanal y fines de semana. En policonsumo, 56,2% (9) consumen 2 sustancias (marihuana/alcohol, marihuana/pasta base). 37,5% (6) consumen 3 sustancias (marihuana, alcohol, pasta base) y 6,3% 4 sustancias; 25% son mujeres y 75% hombres, la mediana de edad de inicio es 13 años, 62,5% (10) presentan consumo diario y 50% (8) dependencia.

Conclusiones: Destaca la diferencia de frecuencia de consumo entre ambos grupos, se aporta información relevante para la planificación de futuras intervenciones.

TLP31

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL DEL COSAM 3 DE RENCA.

Rosario Páez, Ángela González, Denis Gómez, Claudia Godoy, Dagoberto Gutiérrez.
COSAM 3 Renca. Universidad de Santiago de Chile. Universidad Católica del Norte.

Introducción: La salud mental infantojuvenil comprende el desarrollo de las capacidades sociales y emocionales del niño que le permiten experimentar, regular sus emociones, establecer relaciones próximas y seguras, y aprender. Caracterizar a la población desde un punto de vista epidemiológico y de su patología de salud mental, permite conocer la realidad y necesidades para futuras intervenciones, así como el logro de estas áreas de desarrollo.

Objetivo: Caracterizar la población infantojuvenil en control en COSAM 3 Renca.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de población infantojuvenil en control en Cosam 3 Renca. Los datos fueron obtenidos de fichas clínicas y para su caracterización se utilizaron las variables sexo y edad por patología general y diagnóstico específico, para luego realizar análisis estadístico.

Resultados: Las patologías más prevalentes

son trastorno por consumo de sustancias (36.25%) y trastorno de conducta (20%). El sexo femenino muestra un leve predominio sobre el masculino: 52.5% y 47.5% respectivamente. En mujeres predomina el trastorno del desarrollo de la personalidad (26.1%), seguido por los trastornos de ansiedad (23.8%) y trastorno por consumo de sustancias (21.4%). En hombres esta última correspondió a un 52.6%, y el trastorno de conducta (28.9%). Según rango etario, en los mayores de 13 años predomina el consumo de sustancias.

Conclusiones: La mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en esta población vulnerable orienta a nuevas intervenciones en políticas de salud, destinadas a una pesquisa y rehabilitación más oportunas, así como a considerar los cambios de conducta como expresión externalizante de conflicto para este fin.

TLP32

PSICOEDUCACIÓN A TRAVÉS DE LA ELABORACIÓN DE UN COMIC EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.

Dra. Carolina Garcés Q.¹, Dr. José Antonio Fuentealba², Sebastián³, Dra. Katia Gysling⁴, Dr. Daniel Martínez⁵.

1. Residentes Psiquiatría Infanto-juvenil Universidad de Valparaíso;
2. Químico farmacéutico, Investigador, Núcleo Científico Milenio "Estrés y Adicción (NEDA);
3. Participante y creador del comic;
4. Directora de NEDA;
5. Médico psiquiatra de PADEU PUC y del CEDA-UC.

Introducción: La psicoeducación en adolescentes con trastorno de dependencia a sustancias, puede ampliar el entendimiento sobre sus vivencias e impactarlos positivamente. Se ha observado que la expresión a través del arte logra una conexión entre la mente y el cuerpo, lo que genera sensaciones de maestría, control, alivio emocional y placer, pudiendo llegar a ser una experiencia organizadora interna.

Se comparte una experiencia psicoeducativa realizada junto a Sebastián, un adolescente de 18 años con un Trastorno de

abuso a cocaína y dependencia a THC, que se encuentra en un Programa ambulatorio intensivo en Valparaíso.

Objetivos: Construcción colaborativa de un método y material psicoeducativo, entre profesionales y un paciente en el cual se abordan los cambios neurobiológicos cerebrales debido al consumo.

Métodos: Se realiza un taller audiovisual al equipo tratante y otro al adolescente sobre las bases neurobiológicas de las adicciones. Paralelamente se realizan 8 sesiones de elaboración de un comic con Sebastián, con el objetivo de explorar: "¿Qué hay detrás de mi cambio conductual?"

Resultados: El adolescente elabora de forma guiada un material psicoeducativo a través del cual aborda la adicción como una enfermedad que modifica el cerebro y que se expresa en conductas de búsqueda y consumo compulsivo para lograr gratificación, dificultando la capacidad de decidir.

Conclusiones: Durante este proceso de construcción colaborativa, se aprecia un creciente interés de Sebastián de resignificar sus vivencias de consumo junto al equipo. Esto podría incidir en la motivación al cambio y en la adherencia al programa de rehabilitación.

TLP34

VOCACIÓN DOCENTE EN PROFESORES DE UNA ESCUELA VULNERABLE DE SANTIAGO: FACTORES A CONSIDERAR EN EL CLIMA ESCOLAR Y LA SALUD MENTAL INFANTIL.

Nicole Vásquez D.
Universidad de Chile.

Introducción: Salud física, salud mental y educación son temas a nivel individual y social que necesitan trabajarse en conjunto. La educación resulta ser un determinante clave que influye en el desarrollo psicosocial de los estudiantes, convirtiéndose en lugar privilegiado para potenciar los factores de protección de salud mental. Los profesores son protagonistas en esto, sin embargo, se considera poco su vocación y motivación, y de qué manera ésta influye en transformar el destino adverso de sus alumnos en riesgo psicosocial. Ur-

gen políticas públicas en salud mental y educación que consideren en conjunto los determinantes sociales que ayudan a modular un desarrollo biopsicosocial normal de los estudiantes.

Objetivo general: Profundizar en la vocación de los profesores del Colegio San Luis Beltrán, sus motivaciones, su percepción del clima escolar y de la salud mental de sus alumnos.

Metodología: Cualitativa, a través de entrevistas a 7 profesores de un colegio de Pudahuel. Se reducen los datos con análisis estructural de contenido apoyado por programa para análisis cualitativo Atlas.ti.

Resultados: Los profesores plantean el servicio a otros como clave de su vocación y su satisfacción laboral se relaciona con la autosuperación de sus alumnos y el proyecto educativo consecuente del colegio. Reconocen su desmotivación con las prioridades del sistema educativo actual y plantean una necesaria mejora de la formación docente en el país. El colegio se identifica por un sentido y objetivo común en su rol social, lo cual define el clima escolar y se valora como espacio privilegiado de apoyo a los alumnos que lo necesitan.

TLP35

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA

Elizabeth Suárez Soto, Vania Martínez Nahuel.

Universidad de Chile.

Los trastornos depresivos son una problemática relevante, debido a su alta preva-

lencia y progresivo aumento a través de las décadas. Los perjuicios ocasionados por esta alteración anímica, llevan a reflexionar que no es suficiente preocuparse de una mejora sintomática en los trastornos depresivos, sino también de la calidad de vida de las personas que los padecen. Esta investigación se centró en determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. Se empleó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes. Se cuenta con la aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN-52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Es relevante mencionar la marcada asociación entre la dimensión Cohesión Familiar y Bienestar psicológico ($r=0,433$; $p\leq 0,01$). Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía ($t=-2,330$; $p\leq 0,05$) y Apoyo Social ($t=-2,393$; $DE\leq 0,05$) del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión autorreportan bajos niveles en su CVRS y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, escasos recursos intra y extra familiares.

Salón Bombal B
Sala Epilepsia y Sueño Enf. Infecciosas
Accidente Cerebro Vascular
Jueves 24 de Octubre de 2013
14:00 – 16:00

TLN8

SÍNDROME DE ANGELMAN. CORRELACIÓN Y SEGUIMIENTO ELECTROENCEFALOGRAFICO. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA.

Fernanda Cordero³, Macarena Alarcón³, Maritza Carvajal¹, Raquel Gaete¹, Gloria Escribano².

1. Neurólogo Infantil

2. Genetista

3. Becada de Neurología Infantil. Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortéz.

Introducción: Síndrome de Angelman (SA), caracterizado por retraso mental, epilepsia, déficit del lenguaje, dismorfias, fenotipo conductual. Prevalencia 1/10.000-20.000. Diagnóstico entre 2-5 años; causada por mutaciones del gen UBE3A, delección del cromosoma materno 15q12, disomía uniparental o defecto del imprinting. Patrones EEG: (1): Actividad lenta persistente 4-6Hz (>200uV), sin efecto bloqueo ocular; mayores de 12 años. (2): Trenes de actividad 2-3Hz, morfología trifásica, (200-500 uV), mayor frontal. Espiga - onda aguda multifocal en salvas; patrón del 50%. (3): Trenes delta 2-3Hz, >200 uV, espigas y ondas posteriores, frecuente antes de 12 años.

Objetivos: (1) Determinar características EEG de los pacientes en busca de patrones descritos para SA y su temporalidad.

Metodología: Descriptivo, retrospectivo, de EEG entre 2001 y 2013. Diagnóstico con criterios clínicos y genéticos (metilación)

Resultados: 7 pacientes, 3 diagnóstico confirmado, 4 pacientes diagnóstico clínico, genética pendiente. Confirmados genética EEG inicial Hipsarritmia 2 (28,5%), evoluciona a patrón (1) y (2) respectivamente; 1 Normal (14,2%) evolución a patrón (2). Confirmación clínica, EEG inicial:

1 Patrón (2) (14,2%) 1 Normal (14,2%), 1 Espiga multifocal (14,2%), 1 patrón (1) (14,2%); Evolucionan a: 2 patrón (2), 2 espiga multifocal. Consolidado evolutivo: Patrón (1) 14,2%, patrón (2) 57,1%; espiga multifocal (28,5%)

Conclusiones: La evolución de patrones EEG temporal es variable. Ante sospecha clínica en edades de diagnóstico, los patrones EEG que se correlacionan con SA constituyen un elemento adicional en el proceso diagnóstico. Nuestra casuística se correlaciona con la internacional siendo el patrón 2 el más frecuente.

TLN28

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN ESCOLARES CON EPILEPSIA: APLICACIÓN DE PRUEBAS CON Y SIN LÍMITE DE TIEMPO.

Mónica Segovia, Jorge Förster, Keryma Acevedo, Denisse Droguett, Elena Fernández, Claudia Ibáñez, Daniela Araya, Marcela Veja.

Liga Chilena contra la Epilepsia.

Introducción: Los niños con epilepsia presentan una alta frecuencia de trastornos de aprendizaje. Es posible implementar diversas estrategias para apoyar su desempeño escolar.

Objetivo: Evaluar si los resultados de evaluaciones psicopedagógicas en niños con epilepsia difieren al no limitar el tiempo de aplicación de las pruebas.

Método: Estudio observacional prospectivo, año 2011. Aplicación de prueba "Evalúa" (versión adaptada chilena) a 57 escolares, con dificultades de aprendizaje y epilepsia, atendidos en programa psicopedagógico del CEDEI, en tiempo asignado estandarizado para la prueba (TA). Una vez alcanzado el límite de tiempo, se les permitió finalizarla (SLT).

Resultados: 33 son mujeres, 77,2% cursa enseñanza básica, 47,4% presenta Epilepsia Idiopática, 73,7% recibe monoterapia. Cuando no se limita el tiempo, el porcentaje de niños que fracasa en las pruebas disminuye en todos los áreas: Subtest Atención:

de 56,1%(TA) a 29,8%(SLT), Procesos cognitivos de 50,9%(TA) a 26,3%(SLT), Lecto-escritura de 52,6%(TA) a 38,6%(SLT) y Matemáticas de 68,4%(TA) a 50,9%(SLT). Correlación de Pearson entre las variables fue: Atención TA y SLT 0.613, significación 0,01 (bilateral); Procesos cognitivos TA y SLT 0.72, significación 0,01 (bilateral); Lecto-escritura TA y SLT 0.95, significación 0,01 (bilateral); Matemáticas TA y SLT 0.9, significación 0,01 (bilateral).

Conclusión: La flexibilización del tiempo al aplicar evaluaciones, permite mejorar el rendimiento de los niños en las áreas evaluadas. Esta estrategia utilizada en el diagnóstico es de fácil implementación y debería ser recomendada habitualmente a los colegios para lograr un mejor rendimiento académico en pacientes con epilepsia y trastorno de aprendizaje.

TLN33

CARACTERIZACIÓN HÁBITOS DEL SUEÑO EN NIÑOS ESCOLARES DE PRIMER CICLO BÁSICO PROVENIENTES DE COLEGIOS DE QUINTA REGIÓN Y REGIÓN METROPOLITANA CHILE.

Patricia Masalán¹, González Rina¹, Tomás Mesa², Claudia Hurtado³, Gabriel Veillon³, Jorge Cortés³, Writh Ana C⁴, Lucila Andrade⁵.

1. Enfermera-Matrona
2. Neurólogo infantil, Profesor(a) Asociado Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile.
3. Médicos U. Valparaíso.
4. Educadora, profesora auxiliar de la Escuela de Medicina Universidad Católica.
5. Neurólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren. lucila.md@gmail.com.

Introducción: El sueño es una necesidad vital que tiene gran impacto en la calidad de vida ya que se relaciona estrechamente con la alimentación, memoria y el rendimiento académico entre otros. Una buena calidad de sueño depende de buenos hábitos.

Objetivo: El presente estudio tiene como propósito determinar algunos hábitos de sueño en niños entre 6 y 14 años de diferentes colegios.

Metodología: Estudio descriptivo de cor-

te transversal, Se aplicó el Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ) a una muestra de 361 padres y niños en forma conjunta, primer ciclo básico en regiones Metropolitana y Quinta, previo consentimiento informado.

Resultados: Igual distribución por edad, presentan somnolencia diurna, en un 9,3% los niños en Valparaíso y en un 5,6 % de Santiago, ingesta de bebidas tipo cola alcanza un 33,9 % Valparaíso y 32,6% en Santiago. Declaran tratamiento conductual el 3,8 % de los niños en Valparaíso y un 9,6% en Santiago observándose diferencias significativas entre ambas muestras. El Déficit atencional Hiperactivo se presenta en 10 % y la dificultad para despertarse en el 25% de ambas muestras.

Conclusiones: Ambos grupos presentan trastornos de sueño, con frecuencias distintas según la región, esto pudiera estar asociado a estilos de crianza. La relación encontrada entre los hábitos de sueño durante el día y previo al dormir y las características del sueño de los niños, sumado a malos hábitos alimentarios, debieran enfrentarse con un trabajo intersectorial entre salud y educación para evitar el deterioro de la calidad de vida y del aprendizaje asociado a trastornos de sueño.

TLN 25

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SOBRE CARGA EN CUIDADORES DE NIÑOS CON EPILEPSIA DE DIFÍCIL MANEJO: SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON SÍNDROME DE WEST DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Arantza Oñat¹, Lucila Andrade², M. García³, Bárbara Oliva¹, J. Berho⁴.

1. Becada Neuropediatría U.Valparaíso
2. Neuropediatra Hospital Carlos Van Buren
3. Psicólogo Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren
4. Interna Medicina U. Valparaíso.

Introducción: El síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica severa en niños menores de 2 años, de difícil manejo y de pronóstico neurocognitivo reservado a largo plazo. Estudios en sobrecarga del cuidador y la calidad de vida, son aspectos poco explorados en nuestro medio siendo fundamentales para desarrollar estrategias

de apoyo a las familias.

Objetivos: Evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con SW y conocer la calidad de vida del familiar afectado.

Método: Estudio descriptivo observacional. Se evalúa nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños que presentaron SW del Hospital Carlos Van Buren Valparaíso, aplicándoles Escala de Zarit y la calidad de vida según opinión de los padres con la Escala de calidad de vida del niño con epilepsia (CAVE).

Resultados: De 12 madres entrevistadas: 7 experimentaban sobrecarga, 3 leve y 4 intensa, siendo los ítems más frecuentes la preocupación por el futuro del familiar, pensar que éste depende totalmente de sus cuidados, y que los ingresos económicos no son suficientes para cuidarlos. Según la opinión de los padres la calidad de vida general de los niños con SW es buena. Los aspectos que más afectan la calidad de vida son: las dificultades en el aprendizaje, la frecuencia e intensidad de las crisis epilépticas.

Conclusiones: Las madres de niños con SW que experimentan sobrecarga requieren de apoyo integral y multidisciplinario para obtener soporte económico y social. La calidad de vida del niño decrece con la persistencia de crisis epilépticas y falta de progreso escolar.

TLN38

SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO.

Gabriela Araya¹, Pilar Rivera¹, Sebastián Espinoza², Lucila Andrade³, Stephanie Marín¹, Arantza Oñat¹, Bárbara Oliva¹.

1. Becado Neuropediatría Universidad de Valparaíso
2. Kinesiólogo, Profesor Auxiliar de la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso,
3. Neuropediatría Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: La concomitancia entre el Síndrome de Déficit Atencional (SDA) y los Trastornos del Sueño merece consideración, ya que ambos afectan la atención y memoria reciente. Por lo que el diagnóstico de Trastorno del Sueño puede ser un agravante o estar encubierto por un SDA y viceversa. Se ha reportado una mayor inci-

dencia de Trastornos del Sueño en el SDA. **Objetivos:** Evaluar Trastornos del Sueño en grupo de escolares con SDA de Valparaíso.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se aplicó encuesta a los padres para evaluar la presencia de Trastorno del sueño en un grupo de niños con SDA y un grupo control. Análisis estadístico: Programa STATA y test exacto de Fisher.

Resultados Se reclutaron 15 niños con SDA y 22 sin SDA ni otros antecedentes mórbidos como grupo control, de edades entre 8 y 14 años. 16 de sexo femenino. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con SDA y el control en la presencia de Síndrome de Piernas Inquietas. Destaca tendencia a una mayor frecuencia de Roncopatía y Patologías Respiratorias en grupo con SDA. No hubo diferencia significativa en otros trastornos evaluados.

Conclusión Los trastornos del sueño se presentan frecuentemente en los niños con SDA lo cual empeora su pronóstico, por lo que las características del sueño deben formar parte de la evaluación clínica de ellos.

Pese a que la muestra es pequeña sugiere que podrían existir trastornos de atención secundarios a patologías respiratorias debido a la fragmentación del sueño que éstas producen.

TLN 37

CRISIS GELÁSTICAS COMO PRIMER MANIFESTACIÓN DE HAMARTOMA HIPOTALÁMICO.

Gabriela Araya¹, Pilar Rivera¹, Carolina San Martín², J. Pablo Aguayo³, Stephanie Marín¹, Bárbara Oliva¹, Arantza Oñat¹.

1. Becado Neuropediatría.
2. Interna 7° Medicina.
3. Becado Neurología, Universidad de Valparaíso, Chile.

Introducción: El Hamartoma Hipotalámico (HH) es un tumor infrecuente 1-2 casos/100.000 habitantes, asociado a epilepsia refractaria, pubertad precoz, alteración cognitiva y de comportamiento con un progresivo curso clínico. Las crisis gelásticas son las manifestaciones más caracterís-

ticas, de inicio en los primeros años, como episodios breves, estereotipados y frecuentes de risa inmotivada o automática, sin sensación de alegría, sin pérdida o con una breve disminución de la conciencia. En Chile existen escasos reportes.

Objetivos: Presentar caso clínico de crisis gelásticas como primera manifestación de HH.

Caso clínico: Paciente femenina de 1 año 2 meses sin mórbidos, DSM normal. A los 4 meses inicia episodios frecuentes de risa espontánea a distintos horarios. Agregándose a los 8 meses cierre parcial ojo izquierdo y desviación de la comisura labial a derecha en el momento de esta. Luego de varias consultas se solicita electroencefalograma técnicamente difícil y RNM de cerebro que evidencia HH derecho. Se inicia Acido Valproico logrando controlar parcialmente las crisis. Video EEG: Lentitud difusa sin actividad epileptiforme. Evaluación endocrinológica normal. Se decide manejo quirúrgico.

Conclusión: Frente a la presencia de crisis gelásticas siempre sospechar HH. El EEG interictal en ocasiones puede ser normal, por lo que el estudio con RNM es determinante. Es fundamental el diagnóstico temprano, ya que comúnmente el tratamiento médico falla y se debe recurrir al tratamiento quirúrgico. El tiempo de extensión entre inicio de epilepsia y tratamiento determina el pronóstico.

TLN 9

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA (MBA) Y SU ASOCIACIÓN A ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) EN PEDIATRÍA.

M. Hernández¹, R Santibáñez¹, I. Huete².

1. División de Pediatría, Unidad de Neurología Infantil.
2. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: A pesar de los avances en tratamientos farmacológicos y cuidados intensivos, la MBA continúa con alta morbimortalidad. Los AVE se describen hasta en el 30% de los casos. El daño vascular es causado por invasión directa, infiltración

de células inflamatorias y activación de estados protrombóticos.

Objetivos: Describir cuadro clínico, hallazgos neuroradiológicos y evolución de 12 pacientes con MBA y AVE. Pacientes y método: Revisión de base de datos de AVE desde Enero 2003-Diciembre 2012 y búsqueda de MBA como asociación.

Resultados: Entre Enero 2004 - Diciembre 2011 se identificaron 12 pacientes con meningitis bacteriana y AVE, 6 varones, 4 en periodo neonatal. Los agentes etiológicos identificados fueron *streptococcus grupo B* (4), *streptococcus pneumoniae* (5) y *neisseria meningitidis* (3). Todos presentaron fiebre, CEG y compromiso de conciencia y en 10 de ellos se asociaron convulsiones. El examen neurológico en la etapa aguda informó solo anisocoria como signo focal en 1 paciente. Las neuroimágenes informaron AVE arterial (10 casos) y venoso (2 casos; trombosis venas cerebrales y TSV con infartos venosos). Fallece un paciente en etapa aguda, 5 evolucionan con parálisis cerebral severa, 2 con hipoacusia sensorio-neural, 3 con diversos grados de retraso del desarrollo psicomotor y uno sin secuelas, con al menos 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: La clínica de la MBA y el AVE son semejantes, por lo que es necesario pensar en realizar imágenes cerebrales en todos los pacientes con MBA para detectar precozmente un AVE cuyo pronóstico y terapia a largo plazo difiere de la patología básica.

TLN65

LORETA: ANALISIS DE LAS FUENTES ELECTRICAS EN EPILEPSIA CON ESPIGAS CENTROTEMPORALES

Álvaro Velásquez, Mario Ermani, David Martínez, Alvaro Retamales, Mónica González, Ada Chicharro, Verónica Burón, Alejandro de Marinis.

Centro de epilepsia, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Introducción: LORETA localiza las fuentes corticales de la actividad bioeléctrica en el espacio tridimensional. (Pascual-Marqui et al.,1994) del EEG de superficie. Esto se conoce como la solución del pro-

blema inverso del EEG. LORETA calcula la solución inversa dentro de un modelo de la cabeza de tres capas incluyendo el cuero cabelludo, el cráneo y el cerebro. El compartimento de cerebro de este modelo se limita a la sustancia gris cortical y del hipocampo, según el Atlas del cerebro de Talairach, digitalizado en Instituto neurológico de Montreal (Talairach y Tournoux, 1988). El compartimento de la sustancia gris se subdivide en 2394 voxels, lo que permite una resolución espacial de 7mm. LORETA calcula la densidad de corriente (Amper /metros cuadrado) de la fuente. La epilepsia con espigas centro temporales (EECT) es la epilepsia más frecuente en la edad escolar, con una semiología características, cuyo electroencefalograma típico está definido por la presencia de actividad epileptiforme en la región centrot temporal, que muchas veces se extiende hacia la región parietal siendo descrita en ocasiones como región perirrolándica.

Objetivos: Realizar un análisis de las fuentes eléctricas corticales obtenidas de EEG a través de LORETA en pacientes con diagnóstico de EECT.

Resultados: se presentan los hallazgos característicos de la actividad interictal de 9 EEG de pacientes con diagnóstico de EECT a través de LORETA.

Conclusión: El análisis de LORETA permite conocer las fuentes eléctricas corticales a través de la solución del problema inverso del EEG.

TLN45

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILEPTICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE EPILEPSIA

Carmen Paz Pérez, María de los Ángeles Avaria, Karin Kleinsteuber, Rocío Cortés, Andrea Shlatter, María José Ferrada, León Adlerstein.

Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Introducción: Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son eventos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de crisis epilépticas.

Objetivo: Determinar la frecuencia de TPNE en pacientes derivados por sospecha

de epilepsia a Neurología del Hospital Roberto del Río, entre enero y junio de 2013.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal. Revisión de fichas clínicas de pacientes referidos por sospecha de epilepsia, diagnosticados como TPNE, entre enero a junio de 2013, excluyendo neonatos. Datos extraídos por tratantes: frecuencia por edad, tipo TPNE diagnosticado, uso fármacos antiepilépticos (FAE). Trabajo aprobado por Comité de Ética, SSMN.

Resultados: 92 pacientes derivados con sospecha de crisis epilépticas. Diagnóstico final: epilepsia 13%, TPNE 86,9% Edades 5 meses-16 años, 51% hombres. Frecuencia por edad: lactantes: apnea 34%, espasmo del sollozo 11,5%; preescolar: auto estimulación 15%, ensoñación 15%; escolar: Sincope 31,8% Descontrol episódico (DE) 22%; Adolescente: Sincope 31,5%, DE 27 %, crisis pánico 15,7%. De los pacientes con TPNE 7,7% (6), recibieron FAE.

Conclusiones: La frecuencia de TPNE en pacientes referidos con sospecha de crisis epilépticas, es casi 10 veces mayor que la de epilepsia, similar a lo descrito en la literatura. Predominan en lactantes eventos respiratorios-hipóxicos y en niños mayores trastornos del comportamiento. Un porcentaje pequeño de pacientes iniciaron FAE sin requerirlos, lo que reafirma la importancia de anamnesis y examen físico detallado, para diagnosticar adecuadamente, permitiendo un correcto manejo de los pacientes y evitar medicación anti-epiléptica innecesaria.

TLN 17

ENCEFALITIS DE RASMUSSEN: DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE 8 CASOS

Ignacia Schmidt, Mauricio López, Lilian Cuadra Arturo Zuleta, Osvaldo Koller, Hernán Acevedo, Cecilia Okuma, Claudia Tissera.

Instituto de Neurocirugía Asenjo.

Introducción: La "Encefalitis de Rasmussen" se caracteriza por crisis parciales motoras, que afecta a la extremidad superior y asociadas a hemiparesia, ambas progresivas, compromiso cognitivo y hemianop-

sia. Su etiología aún no se ha aclarado, postulándose mecanismos autoinmunes.

Objetivos: Describir características médicas de los niños operados con este diagnóstico y análisis de resultado.

Material y método: Se analizan datos de 8 niños con diagnóstico clínico de "Encefalitis de Rasmussen" operados desde el año 1994 al 2013, todos diagnosticados bajo criterios de Comisión Europea de Epilepsia.

Resultados: De los pacientes 5/8 eran de sexo masculino. La edad promedio de la primera crisis fue de 5,8 años. Todos los niños presentaron status de crisis parciales complejas. La edad de aparición de la hemiparesia fue de 6.5 años, de los cuales 7 tuvo progreso. El desarrollo psicomotor previo a síntomas fue normal en 7 niños. En el estudio de neuroimagen 7 de los niños presentaron hemiatrofia y el otro niño tuvo hemiatrofia con compromiso del otro hemisferio. La edad de la cirugía fue de 7.8 años. Se realizó hemiferectomía selectiva a 4 niños, hemiferectomía a 3 y cirugía prefrontal + TSP a un niño. A los 7 años de seguimiento 7 niños evolucionaron sin crisis y otro falleció por crisis convulsiva. 2 de los niños van a escuelas normales.

Conclusiones: Se concluye que la cirugía de la epilepsia es el tratamiento en la encefalitis de Rasmussen, con muy buenos resultados.

TLN 23

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON STATUS EPILÉPTICO TRATADOS CON FENITOÍNA EN INFUSIÓN ENDOVENOSA EN SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HCVB) DE VALPARAÍSO.

Oliva Bárbara¹, Andrade Lucila², Oñat Arantza¹, Campodónico Paola³, Córdova Sebastián³, Araya Gabriela¹, Rivera Pilar¹, Marín Stephanie¹.

1. Residentes Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra Hospital Carlos Van Buren
3. Internos Medicina Universidad de Valparaíso; Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: La Fenitoína endovenosa (EV) se utiliza actualmente para el manejo

del status epiléptico en niños. Se debe utilizar en unidad de cuidados intensivos por las reacciones adversas (RAM) sistémicas graves asociadas, pero éstas se describen en adultos, existiendo pocos estudios en niños.

Objetivo: Describir características clínicas así como las RAM a fenitoína EV en pacientes con Status epiléptico que requirieron este fármaco en Servicio de Urgencia (2009-2012)

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Material: Se revisaron fichas clínicas de 19 pacientes. Se solicitó consentimiento informado a los padres de los pacientes.

Método: Se obtuvo datos de variables demográficas, así como RAM a fenitoína (locales como sistémicas). Análisis estadístico: Programa SPSS.

Resultados: Promedio de edad: 6,5 años (3meses-15años). 14 pacientes mujeres. En un 78% se utilizó velocidad de infusión mayor de 30 minutos. Promedio de días de uso de fenitoína EV fue de 2,3 días. En un 26% hubo hipotensión (n=5). Ningún paciente presentó bradicardia, ni paro cardiorrespiratorio (reacciones adversas sistémicas), ni reacciones adversas locales a la fenitoína (edema, irritación, extravasación). Hubo diferencia significativa entre la edad y el requerimiento de UCI, así como entre la edad y la presencia de hipotensión.

Discusión: Tal como se describe en la literatura, no existe un número importante de RAM sistémicas graves en niños que recibieron fenitoína EV.

Conclusión: La única RAM sistémica fue la hipotensión (26%), sin ninguna RAM local descrita.

Estos datos pueden ser la base para estudios de mayor evidencia que puedan probar el uso seguro de fenitoína en urgencias.

TLN 2

CRISIS FEBRILES Y FACTORES DE RIESGO PARA SU RECURRENCIA.

Marcela Cancino-Fernández, Magdalena Constenla-Álvarez, Macarena Alarcón-Cornejo, Javier Escobari-Cardozo, Maritza Carvajal-Gamé.

Servicio de Neurología Infantil. Hospital

Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción: Las crisis febriles (CF) son el problema más común en la práctica clínica neuropediátrica, 2-5% de los niños presentará al menos una CF. En esta población existe una proporción de pacientes con riesgo incrementado para recurrencia en el tiempo. Los factores de riesgo (FR) para recurrencia descritos son: antecedente familiar de CF, primera CF antes del año de vida, fiebre baja (<38,5°C axilar o <39°C rectal) concomitante y corto intervalo de tiempo entre inicio de la fiebre y CF.

Objetivo: Conocer la prevalencia de recurrencia de CF y los FR más relevantes, en relación a literatura internacional.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo, utilizando guía clínica de CF del HEGC entre el año 2009 y 2012.

Resultados: Del total de 361 pacientes atendidos en policlínico de CF, 89% presenta crisis recurrentes o factores de riesgo de recurrencia: 52% 1 FR, 35% 2 FR, 12% 3 FR y 1% 4 FR. Sólo 6% presentó recurrencia sin FR. De los FR: precocidad de CF en relación a inicio de fiebre está presente en 78%, fiebre baja en 30%, antecedente de CF familiar en 29% y presentación en menor de un año 24%.

Conclusiones: A diferencia de la literatura internacional en la que el FR preponderante es aparición de CF antes del año de vida, en nuestra población es el FR menos prevalente. Siguiendo la línea de los estudios previos publicados en nuestro centro, la precocidad de la CF en relación al inicio de la fiebre es sin lugar a duda el más relevante.

TLN31

DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL Y JUVENIL ATENDIDOS EN HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO

Macarena Bertrán F¹⁻², Rocío Cortés Z¹⁻², María de los Ángeles Avaria B¹⁻².

1. Unidad Neurología Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Roberto Del Río.

2. Dpto. Pediatría, Campus Norte, Universidad de Chile.

Introducción. La epilepsia ausencia constituye uno de los síndromes epilépticos más frecuentes en pediatría. El diagnóstico es clínico, se caracteriza por episodios breves, frecuentes de desconexión. Pueden presentarse otros tipos de crisis: tónico-clónicas generalizadas (CTCG) y mioclonías. A pesar de considerarse benigno, se ha observado asociación a problemas de aprendizaje, inatención e hiperactividad. Para el tratamiento suele usarse ácido valproico como primera opción, aunque existe evidencia de que éste pudiera relacionarse con mayores efectos adversos cognitivos respecto de otras alternativas.

Objetivo. Describir características clínicas de pacientes atendidos en Hospital Roberto del Río entre Abril de 2011 y Abril de 2013 con Epilepsia Ausencia infantil y juvenil, asociación con otros tipos de crisis, escolaridad y tratamiento.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de epilepsia ausencia infantil o juvenil en nuestra unidad, entre Abril 2011 y Abril 2013. Proyecto aprobado por comité de ética SSMN.

Resultados. 33 pacientes, 25 debutaron con ausencias, 7 con CTCG y 1 status epiléptico. Evolucionan 4 más con crisis de otro tipo. 29/33 fueron tratados con ácido valproico (AVP), 2 con levetiracetam y 2 con lamotrigina. 9/29 tratados con AVP presentaron problemas de atención o aprendizaje.

Conclusiones. 1. Un 36% de los pacientes presentaron crisis motoras en su evolución. La aparición de crisis distintas a las ausencias pareciera ser menos frecuente cuando el debut ha sido con ausencias. 2. En esta serie, la epilepsia ausencia y/o su tratamiento se asocia a trastornos de aprendizaje y de atención.

TLN 27

TUMORES CEREBRALES Y EPILEPSIA

Gustavo Mallea E, Felipe Castro V, Ximena Varela E.

Unidad de Neurología Hospital Dr. Roberto del Río. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

Introducción: En pacientes con Tumores Cerebrales (TC) la frecuencia de epilepsia es aproximadamente 30% y 30 a 50% tienen una Crisis Epiléptica (CE) como primera manifestación del tumor. Las crisis pueden ser variadas. El desarrollo de CE añade comorbilidad al tumor, por lo que deben ser manejadas, a veces con politerapia.

Objetivo general: Determinar las características de los pacientes con TC y CE tratados en la Unidad de Neurología del Hospital Dr. Roberto del Río.

Objetivo específico: Determinar si la histología del tumor se correlaciona con posibilidad de Epilepsia Refractaria (ER).

Pacientes y Método: Se revisaron tanto fichas electrónicas como fichas de papel de 5 pacientes con diagnóstico de TC que en algún momento de la evolución presentaron CE. Datos buscados: forma de comienzo, tipo de crisis, edad de diagnóstico de epilepsia y del tumor, momento y tipo de primera neuroimagen solicitada, fármacos recibidos, momento y tipo de cirugía si la han tenido, biopsia y estado actual. Se resguardó en todo momento la confidencialidad de los datos. Trabajo aprobado por comité de ética.

Hipótesis: La histología del tumor y la localización determinan la posibilidad de ER.

Resultados: 3 pacientes fueron diagnosticados de TC por la neuroimagen posterior a la primera convulsión: por esto la latencia al diagnóstico fue 0 días, los 5 pacientes presentaron ER y 4 pacientes fueron operados, 1 en 3 ocasiones.

Conclusión: La latencia al diagnóstico es baja, debido al bajo número de pacientes no es posible correlacionar el tipo de tumor con la posibilidad de ER.

TLN 15

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO (AVE) Y SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO (SHU), ANALISIS DE 3 CASOS

M. Hernández, M. López, I. Huete.

División de Pediatría, Unidad de Neurología Infantil. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El SHU es una patología sistémica caracterizada por anemia microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, asociada a infección bacteriana. Presenta 30% de compromiso neurológico.

Objetivo: Describir 3 pacientes con AVE arterial que cursaban con un SHU.

Metodología: Descripción de 3 casos de niños con SHU y AVE pediátrico en base de datos de AVE pediátrico

Resultados. Las edades fueron de 14, 18 y 36 meses, 2 varones, sanos previamente

Caso 1: síndrome diarreico agudo (SDA) 48 horas, debut con crisis tónico-clónica generalizada y compromiso de conciencia progresivo. Al ingreso: hematocrito 25%, plaquetas 66.000/mm³ y falla renal aguda oligúrica, TC normal, RM encéfalo: infartos agudos en corona radiada y periventricular frontal izquierdo. Evolucionan en coma, al tercer día RM encéfalo: se agregan múltiples infartos agudos de cápsula externa y límite corticosubcorticales bilaterales. Persiste con hemiparesia izquierda. **Caso 2:** disentería 24 horas, ingresa en coma, falla renal aguda, plaquetopenia y anemia, RM encéfalo: encefalopatía hipóxico-isquémica e infartos agudos supra e infratentoriales bilaterales. Evolucionan con epilepsia y tetraparesia espástica. **Caso 3:** SDA 12 horas, falla renal aguda en hemodiálisis y ventilación mecánica, al extubarlo persiste compromiso de conciencia, agregándose posteriormente convulsiones, TC: infarto silviano bilateral, AngioRM encéfalo: oclusión proximal M1 izquierda y distal M1 derecha. Evolucionan con tetraparesia espástica, crisis distónicas y epilepsia.

Conclusión: El estudio del SHU con compromiso neurológico debe incluir neuroimágenes precoces por el riesgo de AVE, el cual suele presentarse precozmente y comprometer territorios vasculares proximales y distales bilaterales, evolucionan con secuelas neurológicas de diferente magnitud.

TLN22

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE INFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASOS.

Oliva Bárbara¹, Andrade Lucila², Oñat Arantza¹, Campodónico Paola³, Córdova Sebastián³, Araya Gabriela¹, Rivera Pilar¹, Marín Stephanie¹.

1. Residentes Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra Hospital Carlos Van Buren
3. Internos Medicina Universidad de Valparaíso; Servicio Neuropediatría Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: Las infecciones otorrinolaringológicas (ORL) son frecuentes en Pediatría, éstas pueden tener complicaciones neurológicas, algunas graves con mortalidad de hasta un 10%.

Objetivo: Describir características clínicas y evolución de 5 casos de infecciones ORL con complicaciones neurológicas, en el servicio de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren.

Metodología: Reporte de Caso. Se revisaron fichas clínicas previo consentimiento informado de los tutores de los pacientes. No se declaran conflictos de interés en este estudio.

Resultados: Se presentan 4 casos de infecciones ORL que evolucionaron con complicaciones neurológicas durante el año 2009 y 2013. 3 casos hacen referencia a pacientes que debutaron con cuadro de sinusitis refractaria a tratamiento, que evolucionaron con distintas complicaciones neurológicas, entre ellas compromiso de conciencia, diplopía, edema de papila, déficit focal y crisis convulsivas. Dos de estos casos presentaron trombosis de senos venosos cerebrales, uno de los cuales requirió durante hospitalización, manejo en UCI. El cuarto caso se refiere a una paciente que debutó con otitis media aguda y evoluciona con otomastoiditis y parálisis facial periférica, requiriendo mastoidectomía cortical. En todos los casos la evolución es favorable desde el punto de vista neurológico, sin secuelas neurológicas al alta.

Discusión: Las enfermedades ORL son frecuentes pero ocasionalmente pueden

provocar complicaciones neurológicas. Por esto recobra interés el conocimiento de éstas y sus repercusiones clínicas.

Conclusión: Es imperativa la sospecha precoz de estas complicaciones, ya que el avance imagenológico, farmacológico y quirúrgico han mejorado considerablemente el pronóstico de estas afecciones.

TLN 5

MENINGITIS TUBERCULOSA (MT). REPORTE DE UN CASO.

Marcos Manríquez; Mauricio Espinosa; Laura Culcay; Viviana Venegas. Servicio Neuropsiquiatría Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La tuberculosis constituye un problema de salud pública, con mayor impacto en los países menos industrializados. Entre 7 a 12% de todas las formas de tuberculosis corresponden a MT. Asocia una tasa de mortalidad de 30% y secuelas neurológicas en 20 a 25% de sobrevivientes

Caso clínico: Preescolar masculino de 4 años. El 19/2/13 inicia cuadro de cefalea frontal intermitente asociada a decaimiento, fiebre y vómitos alimentarios, consulta en varias oportunidades diagnosticándose cuadros infecciosos respiratorios. Debido a persistencia de síntomas e intensificación de la cefalea reconsulta y se diagnosticó herpangina. El 6/3/13 continua febril, cefalea intensa, decaimiento, vómitos frecuentes, agregándose paresia del VI par izquierdo y ataxia de marcha. Acude a Hospital de Talagante y luego a INCA donde se realiza TAC cerebral que muestra dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo, PL: leucocitos: 163 (80% MN); glucosa: 26; proteínas: 176. Enviado a Hospital Metropolitano con diagnóstico de meningoencefalitis, se inicia tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Evoluciona con deterioro neurológico progresivo, hidrocefalia, deterioro de conciencia, mayor compromiso de oculomotricidad, hemiparesia izquierda. En exámenes destaca cultivos de LCR repetidos (-), entherpex(-), cultivo para hongos(-). En examen físico ausencia de cicatriz BCG. El 14/03/13 se plantea empíricamente Meningitis por TBC e inició

tratamiento tetraasociado. El 19/3/13 PCR en LCR para Bacilo de Koch (+).

Conclusión: En etapas tempranas de la meningitis tuberculosa las manifestaciones clínicas son inespecíficas lo que dificulta el diagnóstico, lo que empobrece el pronóstico. Es necesario considerarla siempre como un diagnóstico diferencial y tomar decisiones terapéuticas lo más precoz posible.

Salón Terraza

Sala Neuro Desarrollo

Metabólica y Genética

Jueves 24 de Octubre de 2013

14:00 – 16:00

TLN18

HOSPITALIZACIONES NEUROPEDIÁTRICAS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO

Stephanie Marín¹, Cyndi Barraza², Dra. Pilar Rivera¹, Arantza Oñat¹, Gabriela Araya¹, Bárbara Oliva¹, Ximena Villanueva³, Fernando Novoa³.

1. Residentes Neurología Pediátrica, Hospital Carlos van Buren; Universidad de Valparaíso
2. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso
3. Neurólogo(a) Infantil, Docente de Programa de Especialización de Neurología Pediátrica, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Neuropediatría es una especialidad joven en neurociencias. Desarrollo impulsado por técnicas diagnósticas como neurobiología, genética, neuroimagen y neuropsicología. La necesidad de asistencia sanitaria en neuropediatría siempre ha existido. Aumenta con los cambios poblacionales determinados por avances científicos y sociales. Esto junto con la frecuencia y diversidad de la patología justifican la existencia de especialistas y unidades correspondientes. El Hospital Carlos van Buren (HCVB) cuenta con servicio de Pediatría con 48 camas, 6 de ellas de Neuropediatría, 2.286 egresos anuales, cubriendo una población de 93.780 pacientes pediátricos. Es el único hospital que cuenta con sala de Neuropediatría, por lo que es importante conocer la carga asistencial

de la unidad para planificar asignación de recursos.

Objetivo: Conocer las hospitalizaciones con diagnóstico principal de patologías neurológicas en Servicio de Pediatría, años 2011-2012 en HCVB, Valparaíso.

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo. Se obtuvo información a través del registro de altas médicas del servicio de pediatría.

Resultados: Se obtuvo un total de 502 pacientes, representando el 11% de las altas del servicio. 52% mujeres. Edad promedio de 5,3 años (5 días a 17 años). 66% se encontraba hospitalizado en sala de neuropediatría. Promedio de hospitalización de 9 días. Diagnósticos frecuentes fueron: síndromes convulsivos 43%, apnea/ALTE 11%, infecciones de sistema nervioso central 4%, trastornos neuromusculares 3,8%, cefalea 3,7%.

Conclusiones: En concordancia con la literatura, los síndromes convulsivos siguen siendo el principal motivo de hospitalización de pacientes neurológicos. La importancia de estas patologías se debe a la gran frecuencia, diversidad y complejidad de estas patologías.

TLN49

10 AÑOS DE MALFORMACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 2002-2012, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO.

Arantza Oñat¹, Stephanie Marín¹, Pilar Rivera¹, Gabriela Araya¹, Bárbara Oliva¹, Víctor Villegas², Fernando Novoa³.

1. Residentes de Neuropediatría U. Valparaíso.
2. Neonatólogo Hospital Carlos Van Buren.
3. Neuropediatra, Docente de Neurología Pediátrica, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Las anomalías congénitas mayores son un problema de salud pública, representan el 25% de la mortalidad perinatal en Chile. Las malformaciones del sistema nervioso central (SNC) son la segunda causa de malformaciones congénitas mayores después de los defectos cardíacos, por lo que conocer su prevalencia local y sus características es relevante para su prevención.

Objetivos: Caracterizar los Recién Naci-

dos Vivos (RNV) con malformaciones del SNC diagnosticados en período neonatal nacidos en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB) de Valparaíso en los últimos 10 años.

Método: Se revisó la base de datos estadísticas de la unidad de neonatología del HCVB y las epicrisis desde enero 2002 a diciembre 2012.

Resultados: De un total de 34319, se registraron 72 malformaciones del SNC con una prevalencia de 20,6/10000RNV. Las más frecuentes fueron los defectos del tubo neural con un 51,3 %, seguidos por disgenesia de cuerpo calloso (7,9%), malformaciones de la fosa posterior (7,9%) y malformaciones corticales (6,9%). 15,3% se relacionó con trastornos genéticos o cromosómicos. Fallecieron 34,3%, representando el 7,7% del total de muertes de RNV en el periodo analizado, correspondiendo en su mayoría a encefalocele y anencefalia. La mortalidad se relaciona significativamente con un puntaje de Apgar al minuto y 5 minutos <6 y con prematuridad con un valor $p < 0,001$.

Conclusiones: Las malformaciones del SNC son una causa importante de morbimortalidad neonatal. El desafío para el futuro es reconocer su etiología y así prevenir con una buena planificación del embarazo, evitar teratógenos y suplementar con ácido fólico.

TLN12

SÍNDROME DE JOUBERT: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Arantza Oñat¹, Lucila Andrade², Cristóbal Passalacqua³, Bárbara Oliva¹, Stephanie Marin¹, Pilar Rivera¹, Gabriela Araya¹.

1. Residentes de Neuropediatría U. Valparaíso.

2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren.

3. Genetista Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: El Síndrome de Joubert (SJ) es una enfermedad genética autosómica recesiva con una incidencia de 1:80.000-1:100.000 Recién Nacidos Vivos. Sus características son hipotonía, ataxia, retraso del desarrollo psicomotor (RDSM), movimientos oculares anormales y alteraciones del patrón respiratorio en neonatos. Su se-

llo es el signo del molar en la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) por hipoplasia o agenesia del vermis cerebeloso. Es importante considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de parálisis cerebral, dado su origen genético. Existen muy pocos casos de SJ publicados en Chile.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de SJ en la quinta Región.

Material y Método: Se revisan las fichas clínicas y se entrevista a las madres de los pacientes previo consentimiento informado.

Resultados: Caso 1: Lactante de 3 meses de edad, sexo femenino, sin antecedentes del embarazo. Destaca hipertelorismo, polidactilia en ambos pies, orejas de implantación baja e hipotonía leve. A las 40 horas de vida presentó episodios de taquipnea hasta 140 por min. Actualmente hipotonía y RDSM. Caso2: Preescolar femenina de 4 años, con antecedente de escasos movimientos fetales. A los 3 meses se pesquiza hipotonía, hipokinesia, y RDSM. Destacan hipertelorismo, pliegue epicanto bilateral y macrocefalia. A los 12 meses presenta apraxia ocular, retraso del lenguaje, Cuadro no progresivo durante el seguimiento. En ambas pacientes la RNM mostró signo del molar.

Conclusiones: Debe sospecharse SJ en todo niño con hipotonía, movimientos oculares anormales y alteración del patrón respiratorio. Es de gran importancia su diagnóstico oportuno para brindar consejo genético a los padres.

TLN 11

DEFECTOS DE CIERRE DEL TUBO NEURAL EN EL PERIODO 2002-2012, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO.

Arantza Oñat¹, Dra. Bárbara Oliva¹, Javiera Berho², Stephanie Marin¹, Pilar Rivera¹, Gabriela Araya¹, Víctor Villegas³, Fernando Novoa⁴.

1. Residentes de Neuropediatría U. Valparaíso

2. Interno (a) Medicina U. Valparaíso

3. Neonatólogo Hospital Carlos Van Buren;

4. Neuropediatra, Docente de Programa de Especialización de Neurología Pediátrica, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El año 2000 se inicia en Chile el programa de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico, para disminuir los Defectos de Cierre del Tubo Neural (DCTN). Un estudio local reveló una incidencia de defectos del tubo neural de 46,3/10000 Recién Nacidos Vivos (RNV), previo a la incorporación del ácido fólico en la harina de trigo (1992-1999). El impacto de esta intervención no ha sido estudiado en la quinta región.

Objetivos: Describir a los Recién Nacidos con diagnóstico de DCTN desde el año 2002 - 2012 y calcular la disminución de su frecuencia en el total de partos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, tomando como referencia estudio local previo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó la base de datos estadísticos de la unidad de Neonatología del HCVB y los informes de las ecografías cerebrales de neonatos, realizadas entre enero del 2002 y diciembre del 2012.

Resultados: Se encontraron 72 Recién nacidos con malformaciones del Sistema Nervioso, de 34.319 partos. Los DCTN corresponden al 51,3 % (mielomeningocele 31,9%, anencefalia 6,9%, encefalocele 9,7%) y se asociaron en un 45,9% a hidrocefalia. La incidencia de DCTN en nuestro hospital en los últimos 10 años fue 10,7 x 10000 RNV, lo que corresponde a una disminución de 76,8%($p < 0.001$).

Conclusiones: Los DCTN son una patología grave y prevenible. El más frecuente es el mielomeningocele y se asocia con hidrocefalia. El impacto de la fortificación de la harina con ácido fólico en Valparaíso ha sido significativo.

TLN 50

NEUROFIBROMATOSIS I: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DEL APORTE DE ESTUDIO RADIOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y PESQUISA PRECOZ DE GLIOMA ÓPTICO, DE PACIENTES CONTROLADOS EN POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA HOSPITAL DR. ROBERTO DEL RÍO.

Karla Riquelme T., Rocío Cortés Z., Daniela Franco M., Andrea Schlatter V., Felipe

Castro V.

Unidad Neurología Hospital Dr. Roberto del Río. Dpto. Pediatría, Campus Norte U. de Chile.

Introducción: Neurofibromatosis 1 (NF1), trastorno neurocutáneo más frecuente[1], cuyas manifestaciones clínicas incluyen manchas café con leche, efélides en pliegues, neurofibromas, nódulos de Lisch, displasia ósea, glioma óptico (GO), siendo éste el tumor de sistema nervioso central (SNC) más frecuentemente relacionado a NF1 (15%).[2]

Objetivos: Describir características clínicas de pacientes con NF1 controlados en Hospital Roberto del Río. Evaluar aporte del seguimiento clínico y radiológico de pacientes con NF1, en detección precoz y seguimiento de complicaciones como GO y otras manifestaciones neurológicas asociadas.

Pacientes y Método: Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes controlados con 2 o más criterios diagnósticos de NF1. Se evaluó frecuencia de manifestaciones clínicas, con énfasis en diagnóstico de GO mediante TAC/RM cerebro/órbita, otras complicaciones neurológicas, seguimiento y necesidad de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, la edad promedio de diagnóstico fue 29 meses (rango: 1 mes a 13 años). Respecto a criterios clínicos, 100% tenían manchas café con leche, 77% efélides, 16% neurofibromas, (3.5% plexiformes). 77% de los pacientes contaba con neuroimágenes; GO fue pesquisado en 5 pacientes (9%), 2 de ellos en tratamiento oncológico (quimioterapia). Otros trastornos neurológicos frecuentemente identificados fueron: Trastornos de aprendizaje (7%), Trastorno Déficit Atencional (21%), Discapacidad cognitiva leve (14%).

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas más frecuentes en NF1 son cutáneas, si bien tienen alta prevalencia, nuestra serie evidencia que patologías neurológicas asociadas con dificultades escolares, son problemas de relevancia. Respecto a GO, nuestra serie muestra frecuencia de 9%, menor a lo descrito, confirmándola como

complicación de baja frecuencia y generalmente asintomática.

TLN 16

ESPECTRO DE MUTACIONES DEL GEN FMRI EN 183 PACIENTES CON SÍNDROME X FRÁGIL Y 68 FAMILIARES PORTADORES.

Solange Rubio, Lorena Santa María, Solange Aliaga, Bianca Curotto, Angela Pugin, Teresa Aravena, M. Angélica Alliende.

Laboratorio de Citogenética Molecular INTA-Universidad de Chile.

Introducción: El síndrome X frágil (SXF) es la principal causa de déficit intelectual (DI) heredado, producido por inactivación del gen FMRI y amplificación del repetido CGG en 5'UTR. Expansiones >200 CGG, corresponden a una mutación Completa (MC); condición asociada a un fenotipo variable, con déficits cognitivos de leve a moderado, trastornos del espectro autista y problemas socio-emocionales. Esta variabilidad se debe a distintas presentaciones de la mutación, al silenciamiento parcial o total del gen por hipermetilación del locus y la expresión variable de FMRP.

Objetivos: 1. Mostrar los tipos de mutaciones del gen FMRI en pacientes Chilenos que explican la heterogeneidad clínica del SXF. 2. Estimular entre los neurólogos la sospecha clínica y favorecer su diagnóstico a edades preescolares.

Metodología: Estudio clínico retrospectivo de pacientes referidos y muestras recibidas para estudio diagnóstico por PCR y Southern Blot.

Resultados: Se presentan 183 probandos con SXF, con edad promedio al diagnóstico de $8,8 \pm 5,4$ años; 157 tienen MC; 12 son mosaicos; 8 son premutados (<200 CGG) y 6 zona gris (45 a 55 CGG). De 105 familiares estudiados, 68 son portadores; 56 premutados y 2 corresponden a mujeres heterocigotas compuestas.

Conclusión: El tipo y frecuencia de mutaciones encontradas es similar a lo descrito en otras poblaciones donde se ha implementado pesquisa selectiva del SXF en pacientes con DI. Sin embargo, en esta muestra la edad de diagnóstico es signi-

ficativamente más alta a lo sugerido; el diagnóstico precoz permite dar un consejo genético oportuno a la familia y una intervención temprana al paciente, mejorando su aprendizaje y desarrollo.

TLN 46

PERCEPCIÓN DE CUIDADORES DE PACIENTES EN CONTROL EN SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, EN RELACIÓN AL ARTÍCULO 18 DE LA LEY NÚM. 20.584 QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD.

Javiera Tello, Valentina Micolich, Diane Vergara, Kay Gittermann, Paula Ortega, Pamela Canales.

Residentes de Neurología Pediátrica Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: El año 2012 entró en vigencia la ley n° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en salud. Según el artículo 28 de esta ley: "ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica", lo que dificulta el desarrollo de proyectos de investigación orientados a establecer diagnósticos precisos y estrategias terapéuticas oportunas y actualizadas.

Objetivos: Conocer la percepción de los tutores de pacientes en control en servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja Arriarán acerca de la ley n° 20.584, artículo 28.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo en base a encuesta confeccionada por los autores, que incluye variables socio-demográficas del encuestado y preguntas acerca del artículo 28 de la Ley N°20.584.

Resultados: De un total de 50 tutores encuestados, once de ellos (22%) conocía la restricción del ingreso de pacientes con

discapacidad intelectual y psíquica a investigaciones científicas. Un 66% del total considera que esto es discriminatorio y 92% cree que los resultados de estas investigaciones pueden entregar conocimientos beneficiosos a pacientes afectados. Un 16% cree que es favorable que estos pacientes no puedan ingresar a estudios científicos.

Conclusión: En nuestro estudio un porcentaje significativo de encuestados no está de acuerdo con la restricción del ingreso de pacientes con déficit intelectual y psíquico a investigaciones científicas, al no respetar su derecho a participar en estudios que buscan mejorar su condición clínica y de calidad de vida.

TLN13

EL PARADIGMA DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR ACTUAL PARA EL RETRASO DEL DESARROLLO, A PROPÓSITO DE UN ESTUDIO FAMILIAR POR ACGH

Lorena Santa María, Bianca Curotto, Teresa Aravena, Solange Rubio y M. Angélica Alliende.

Laboratorio de Neurogenética Molecular. INTA, U. de Chile.

Introducción: El *microarray* basado en la hibridación genómica comparada (aCGH) es una metodología genómica ampliamente utilizada especialmente para el estudio genético de pacientes con autismo, retraso del desarrollo psicomotor (RDPM) y/o discapacidad intelectual (DI) de causa desconocida; permitiendo el reconocimiento de nuevos síndromes genéticos como causa de estas condiciones. Se presenta el estudio por aCGH de una familia con dos hijos afectados con RDPM e infecciones recurrentes; uno de ellos con el mismo diagnóstico clínico falleció de diarrea a temprana edad. Previamente se les había realizado una serie de estudios genéticos: cariotipo, FISH 22q, FISH subtelomérico y MLPA subtelomérico, todos con resultados normales.

Objetivo: Destacar la importancia del estudio por aCGH en determinar la causa molecular y genes involucrados en esta patología aparentemente hereditaria.

Metodología: Se estudiaron ambos padres sanos y los 2 hijos afectados. Bajo consentimiento informado se aisló DNA de sangre para aplicar a plataforma array ISCA de 60K (Agilent) y analizar mediante software CytoGenomics.

Resultados: El aCGH mostró en ambos afectados una deleción de región polimórfica en 4q compartida con el padre y una deleción de casi 1 MB en 8q23.1 que también compartía el padre sano, pero en este último era solo de 580 kpb.

Conclusiones: La deleción de 1 MB en 8q23.1 involucra varios genes para las Defensinas, importantes en la respuesta inmunológica innata. Esta alteración heredada aparentemente de una deleción paterna y en concordancia con el fenotipo e historia clínica de la familia, se describe por primera vez con probable significado patológico.

TLN 20

ALTERACIONES CROMOSÓMICAS EN PACIENTES CON CLÍNICA DE SÍNDROME VELOCARDIOFACIAL (SVCF) Y FISH 22Q11.2 NORMAL.

Sophía Calvo¹, Bianca Curotto¹, Angélica Alliende¹, Solange Aliaga¹, Lorena Santa María¹, Solange Rubio¹, Patricio Guerra², Teresa Aravena¹.

1. Laboratorio de Citogenética Molecular. INTA. Universidad de Chile
2. Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: El SVCF se caracteriza por discapacidad intelectual, cardiopatía congénita, dismorfias faciales y predisposición a enfermedades psiquiátricas. Menos del 90% de los individuos con las características clínicas de SVCF tiene una deleción 22q11.2, por lo que existirían otras causas de un fenotipo similar.

Objetivo: determinar la presencia de otras alteraciones cromosómicas en pacientes con clínica compatible con SVCF y sin deleción del 22.

Métodos: análisis descriptivo retrospectivo de casos con FISH normal del Laboratorio de Citogenética molecular del INTA, entre el año 2000 y el primer semestre del 2013. Sin conflictos de interés.

Resultados: De 520 pacientes con FISH normal, 20 (3,8%) tenían alteraciones cromosómicas. 5 pacientes tenían translocaciones (3 involucrando al brazo largo del cromosoma 4), 4 con pacientes otras alteraciones estructurales del cromosoma 22 (incluyendo dos deleciones de la sonda control del FISH), 3 casos con material cromosómico adicional cuyo origen no pudo ser determinado por citogenética convencional, 2 casos con deleciones (cromosomas 16 y 10), derivados de los cromosomas 4 y 17 en 2 casos, una alteración numérica de los cromosomas sexuales, una duplicación parcial de cromosoma 5, una inversión del cromosoma 14, y un cromosoma adicional de origen no determinado (marcador).

Discusión: Muchas de estas alteraciones se asocian a se dismorfias faciales, discapacidad intelectual y defectos cardiacos similares al SVFC. Es importante destacar la importancia de la citogenética convencional como una herramienta imprescindible que debiera realizarse conjuntamente a los estudios con técnicas de citogenética molecular, para descartar la presencia de otras alteraciones cromosómicas asociadas al fenotipo.

TLN 21 ENFERMEDADES LISOSOMALES; TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO EN LOS ANGELES, PROVINCIA DE BIOBIO, CHILE.

Wicki Monsalves, Alvaro Miguel, Neurólogo Infantil.

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Provincia de Bío Bío, Chile.

Introducción: Las Enfermedades Lisosomales (EL) son un grupo de enfermedades metabólicas que genera un depósito de moléculas complejas desencadenando graves alteraciones orgánicas. En algunas se cuenta con terapia de reemplazo enzimático (TRE) de costo elevado.

Objetivo: Describir características clínicas de 4 pacientes en TRE del Hospital de Los Ángeles.

Método: Revisión de fichas clínicas de los pacientes en TRE.

Resultados: 4 pacientes, todos femeninos, edad promedio 6 años 4 meses (3 años 10 meses a 11 años 5 meses), 3 urbanos (75%) 1 rural (25%). Diagnósticos: 2 (50%) MPS Tipo I Hurler, 1 MPS Tipo VI y 1 Enfermedad de Gaucher. Todo diagnóstico enzimático INTA. Edad Promedio inicio TRE 4 años 1 mes (2 años 5 meses a 5 años 8 meses), Promedio tiempo en TRE 5 años 2 meses (1 año 8 meses a 8 años). 1 paciente fallecido (MPS Tipo I) Septiembre 2011, 2 paciente en AVNI en su domicilio (MPS tipo I y VI). 2 pacientes con Hidrocefalia, 1 con VDVP. Estenosis de canal raquídeo (MPS VI) operado y TRE en Domicilio. Ninguno ha presentado reacción adversa a TRE. Financiamiento: Inicialmente donativo Genzyme, Desde Enero de 2012 costeados por MINSAL. Costo U\$ 50.000 mensuales

Existe paciente masculino; 2 años 6 meses, rural, diagnóstico MPS Tipo I con 1 año 4 meses, postulado a trasplante de Médula ósea, descartado, se está solicitando TRE.

Discusión: El trabajo y esfuerzo conjunto del equipo médico permite mejorar calidad de vida de pacientes demostrado con MPS VI en TRE a domicilio.

TLN 24 CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL.

Cabello JF, Cornejo V, Raimann E, Valiente A, Castro G, Hamilton V, Peredo P, Arias C, Bravo P, de la Parra A, Aravena T, Colombo M.

Centro de Diagnóstico del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (CEDINTA; INTA), Universidad de Chile.

Introducción: Los Errores Innatos del Metabolismo (EIM) son relevantes en la práctica de la Neuropediatría. Constituido como Centro de Referencia Nacional, el Centro de Diagnóstico del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (CEDINTA) atiende a través de Programas Ministeriales de diagnóstico y/o tratamiento

pacientes con Fenilcetonuria, Acidurias Orgánicas (Propiónica, Metilmalónica e Isovalérica), Enfermedad Orina Olor a Jarabe de Arce, Tirosinemia tipo I, Citrulinemia tipo I y Enfermedades Lisosomales. A su vez, es el principal Laboratorio Diagnóstico y Centro de Docencia para este grupo de condiciones en el país.

Objetivo: Presentar la experiencia en consultas ambulatorias, muestras diagnósticas recibidas, y docencia impartida en CEDINTA.

Metodología: Revisión de número de atenciones por médicos (5), nutricionistas (3) y psicóloga infantil (1). Revisión de número de muestras analizadas en el laboratorio del CEDINTA y estudiantes de postgrado que recibieron docencia el año 2012

Resultados: Se realizaron 1.832 consultas y se analizaron 3.978 muestras en el año 2012. 50 alumnos de postgrado rotaron por el Policlínico de Enfermedades Metabólicas del CEDINTA en el mismo periodo.

Discusión y conclusiones: Desde la formación del CEDINTA, se ha logrado aumentar progresivamente el número de profesionales, de pacientes evaluados y muestras examinadas. Así mismo, la colaboración con el Ministerio de Salud en el diseño de Políticas de Salud Pública relacionadas con este grupo de enfermedades ha permitido consolidar su rol de Centro de Referencia Nacional para el diagnóstico, seguimiento y docencia en EIM.

TLN 63

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ELECTROENCEFALOGRÁFICA E IMAGENOLÓGICA DE UN GRUPO DE PACIENTES CON SEVERA ALTERACIÓN DE LENGUAJE

Luengo I.¹, Larraín J.² & Carrasco X.³

1. Residente Neurología Pediátrica Universidad de Chile.
2. Fonoaudióloga Laboratorio de Neurociencias Cognitivas UC.
3. Neuropediatra, Servicio de Neurología Y Psiquiatría, Hospital de niños Dr. Luis Calvo Mackenna & Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: El lenguaje es una habilidad humana esencial, responsable de gran parte de nuestro desarrollo cognitivo y social.

Cuando un niño presenta un severo trastorno del desarrollo del lenguaje, existen múltiples posibilidades etiológicas destacan defectos estructurales y/o actividad eléctrica anormal y/o mutaciones genéticas específicas.

Objetivos: Profundizar el estudio de pacientes con alteración severa del lenguaje verbal, refractario a terapias fonoaudiológicas, en términos de sus características clínicas y posibles etiologías.

Metodología: Estudio de casos clínicos de 10 niños (preescolares y escolares) consultantes al Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Calvo Mackenna, con semiología de trastorno severo de lenguaje, previa firma de Consentimientos Informados. El estudio incluyó: Evaluación neurológica, Protocolo de evaluación cognitiva y de lenguaje adaptable a cada caso, Estudio auditivo, Video-electroencefalograma de sueño y Resonancia magnética encefálica.

Resultados: 3 pacientes correspondieron a un TEL expresivo tipo Dispraxia Verbal, 3 correspondieron a un TEL Mixto, 1 correspondió a una disartria severa y 3 resultaron inclasificables. Todos los pacientes con TEL presentan alguna afectación cognitiva, no así la paciente con disartria. A la fecha de este resumen, se pesquisaron alteraciones electroencefalográficas en 3 pacientes y las resonancias han resultado normales, a excepción de la paciente con disartria severa. Presentamos las etiologías presuntas en cada caso.

Discusión: Resulta un desafío poder objetivar las competencias cognitivas y de lenguaje en este tipo de pacientes, como asimismo clasificarlos. Su estudio en profundidad genera severas dudas acerca de la validez de la delimitación entre diferentes trastornos. Existe además una superposición entre factores fisiopatológicos particularmente interesante.

TLN36

SOBRECARGA EN CUIDADORES DE NIÑOS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

Pilar Rivera¹, Gabriela Araya¹, Yerka Luksic², Stephanie Marín¹ Arantza Oñat¹, Bárbara Oliva¹.

1. Becada Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra hospital Carlos Van Buren Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Chile.

Introducción: Las características clínicas de los niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) suponen una constante fuente de estrés para su cuidador, la cual es determinante en su salud, proyecto vital y vida social, lo que impacta finalmente en todo el círculo familiar. En Chile no existen reportes del nivel de sobrecarga experimentado por los cuidadores de niños con TEA.

Objetivo Evaluar el grado de sobrecarga del cuidador principal de niños con TEA.

Método Estudio descriptivo transversal. Se entregó encuesta de sobrecarga del cuidador (ZARIT) a 51 cuidadores principales de alumnos con TEA pertenecientes a 5 escuelas de Valparaíso.

Resultados 34 cuidadores contestaron la encuesta. 32 de ellos eran padres de los niños. Mayoría sexo femenino (33). Edad promedio de 41 años. Alumnos entre 5 y 21 años, 3 mujeres y 31 hombres.

Presentaron sobrecarga intensa 17 cuidadores, ligera 4 y sin ella 13. No se observó diferencias entre distintos rangos etarios. Destaca que sienten con mayor frecuencia miedo del futuro del alumno y que deberían hacer más por su familiar.

Conclusión El cuidado de los niños con TEA, al igual que reportes internacionales está principalmente a cargo de mujeres. La mayoría de los cuidadores sufre algún grado de sobrecarga. Las escuelas son un espacio cotidiano, cercano y de encuentro con otras familias de experiencias similares, por lo que generar estrategias de apoyo en ellas impacta positivamente en el nivel de estrés de los cuidadores.

TLN29

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN ESCOLARES CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, CON Y SIN EPILEPSIA

Elena Fernández, Keryma Acevedo, Denisse Droguett, Mónica Segovia, Daniela Araya, Marcela Vega, Claudia Ibáñez, Jorge Förster.

Liga Chilena contra la Epilepsia.

Introducción: La literatura indica que niños con epilepsia presentan mayores dificultades de aprendizaje que sus pares. La Liga Chilena Contra la Epilepsia creó un Programa de Apoyo Psicopedagógico, donde se les otorga un apoyo multidisciplinario al niño y su familia.

Objetivo: Comparar resultados psicopedagógicos de escolares con dificultades de aprendizaje con Epilepsia (ECE) versus grupo control sin epilepsia (ESE).

Método: Estudio observacional. Aplicación batería psicopedagógica "Evalúa" (adaptación chilena) a dos muestras de escolares con dificultades de aprendizaje de similares condiciones socioculturales, pareadas por género, curso y nivel de prueba aplicada. Grupo con epilepsia atendido en Programa de Apoyo Psicopedagógico. Grupo control con apoyo psicopedagógico en su escuela.

Resultados: 34 pacientes/grupo. 55,9% varones, edad promedio 11 años, 50% cursa segundo ciclo básico. ECE: 7/34 (20,6%) presenta Epilepsia Idiopática, 13/34 (38,2%) en monoterapia, 16/34 (47%) utiliza ácido valproico. La evaluación muestra un 23,5% con niveles bajos en "Procesos cognitivos", un 27,9% en "Comprensión lectora" y un 32,4% en "Matemáticas". El grupo control obtiene 10,3%, 20,6% y 16,2%, respectivamente. Correlación de Pearson entre las variables: Procesos Cognitivos ECE y ESE 0.175; comprensión lectora ECE y ESE 0.222. Sin diferencias significativas en Matemáticas.

Conclusión: ECE muestran rendimientos disminuidos en relación al grupo control, lo que coincide con la literatura. Los resultados obtenidos determinan que el apoyo psicopedagógico debe ser global, considerando lo psicológico para un próximo estudio. Destaca un mayor porcentaje de epilepsias sintomáticas y politerapias. Esto podría atribuirse a una mayor prevalencia de dificultades de aprendizaje y un sesgo de derivación a nuestra Institución.

TLN 52

CONTROL METABÓLICO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA COMO PREDICTOR DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DESARROLLO COGNITIVO POSTERIOR EN NIÑOS CON FENILQUETONURIA (PKU).

Alicia De la Parra Cieciva.

INTA, Laboratorio de Enfermedades Genéticas y Metabólicas.

Introducción: La Fenilquetonuria (PKU), enfermedad metabólica de origen genético caracterizada por un aumento de fenilalanina (FA) en sangre, si no es tratada precozmente provoca deficiencia mental. Desde 1992 se realiza en Chile la pesquisa neonatal de PKU a todos los recién nacidos. Los niños diagnosticados con PKU (FA > 20 mg/dl) o Hiperfenilalaninemia (HFA) (FA 4-10 mg/dl) ingresan al Programa de Seguimiento. Control metabólico sugerido en PKU para los primeros 4 años es de FA 2 – 6 mg/dl.

Objetivo: Determinar niveles de FA promedio y desviación estándar (DS) en primer año de vida que se asocian con un buen control metabólico posterior y buen desarrollo cognitivo. Comparar CI entre grupos con diferentes FA y DS en el primer año de vida entre sí y con grupo de niños con HFA.

Material y método: Se separan los niños PKU tomando en cuenta nivel de FA y DS en el primer año de vida en: Grupo 1 (n=26): FA<4,5 mg/dl y DS <3,5mg/dl; grupo 2(n=28): 4,5mg/dl<FA <6,0mg/dl y/o DS>3,5mg/dl, Grupo 3 (n=19): FA>6,0mg/dl. Se comparan Coeficiente intelectual (WISC-R) en la edad escolar y con grupo HFA.

Resultados: Grupo 1, FA=2,9mg/dl, DS=2,4mg/dl en primer año de vida y en edad escolar CI total = 96 (8,6), Gr 2: FA=4,8mg/dl, Ds=4,2mg/dl, CIT=84,7 (18,2); Gr 3, FA=7,3mg/dl, DS=5,3mg/dl, CIT=87,4 (12,8). Diferencias CIT Gr1 vs Gr2, p<0,008; G1 vs HFA, p<0,11; Gr2 vs HFA, p<0.0002; Gr2 vs Gr3, p N.S. Grupo 1, 28 de los 29 niños (96,5%) mantienen niveles de FA menores de 6mg/dl en el segundo y 22/29 (76%) en tercer año de vida; Gr 2 el

8/23 (35%) mantiene niveles <6 mg/dl en segundo y tercer año de vida.

Conclusiones: Niveles de FA promedio menores de 4,5mg/dl y estables durante el primer año de vida aseguran una buena adherencia en los primeros años de vida y un desarrollo intelectual normal y comparable a los niños HFA en la edad escolar.

TLN 54

COMPARACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE DE CONCEPTOS EN ADULTOS Y NIÑOSManterola, Carla¹ & Aylwin, María de la Luz².

1. Residente de Neurología Infantil. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.
2. Escuela de Medicina, Universidad de Talca.

Introducción: El aprendizaje es un proceso cognitivo que permite la adaptación al ambiente. Una forma de aprendizaje es la generación de conceptos. Un concepto se define como la abstracción de los elementos comunes entre los estímulos que componen una categoría. El aprendizaje de conceptos permite un comportamiento común ante los diferentes elementos de una categoría, incluyendo elementos nuevos. La adquisición de conceptos y su correlato neuronal, consistente en activación del circuito hipocampo-corteza prefrontal ventromedial, ha sido estudiada en adultos. Existen pocos estudios sobre la adquisición de conceptos en niños. La evidencia anatómica, funcional y conductual indica que existen cambios sustanciales durante el desarrollo en la corteza prefrontal, lo que podrían explicar diferencias en la adquisición de conceptos en los niños.

Objetivos: El objetivo del estudio es comparar la adquisición de conceptos entre niños y adultos.

Métodos: Participaron 20 niños de cinco años y 20 adultos. Se utilizó una tarea de aprendizaje basada en retroalimentación, consistente en la predicción del clima con la presentación de patrones. Cada patrón se asocia al clima de manera determinística, por una regla desconocida. De este modo, se requiere adquirir el concepto para obtener un buen desempeño.

Resultados: A diferencia de los adultos

quienes rápidamente adquieren el concepto, los niños no logran adquirir el concepto. Quienes presentan mejor desempeño lo logran a través de la identificación.

Los resultados presentados en este estudio contribuyen a determinar las estrategias utilizadas por niños al enfrentarse a una tarea de aprendizaje basada en retroalimentación que requiere formación de conceptos.

TLN43

LATENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, Y VARIABLES ASOCIADAS A ÉSTA, EN UN GRUPO DE PACIENTES CONTROLADOS ENTRE LOS AÑOS 2010-2013, EN EL POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO.

Paola Andrea Vacarizas Aguirre, Roxana María Peillard Mercado, Cecilia Rojas Sepúlveda, María José Ferrada Patiño.

Unidad de Neurología Pediátrica Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Introducción: “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) categoriza niños con deficiencia cualitativa en tres aspectos conductuales (interacción, comunicación, intereses restringidos) redefinidos actualmente intentando avances investigativos, facilitando abordajes educacional/conductual/terapéutico, beneficiados con diagnóstico precoz, en que Neuropediatría y otros profesionales cumplen rol capital.

Objetivos: Conocer latencia y variables asociadas al diagnóstico TGD en nuestra Unidad, compararla con realidad nacional e internacional.

Métodos: Estudio retrospectivo de orientación cuantitativa, descriptiva y corte transeccional-correlacional. Presentado y aprobado en Comité Ética Investigación Servicio de Salud Metropolitano Norte. 699 casos identificados por estadística hospitalaria por sus CIE-10 F84.0/F84.1/F84.5/F84.9, entre los años 2010-2013 son codificados. Los atributos útiles para esta investigación son obtenidos de ficha computacional por Neurólogo Tratante del

paciente, quien sólo entregará datos al Investigador. Evaluados por especialista, 250 casos cumplen con todos los atributos buscados. Se analizan estadísticas.

Resultados: 80% logra diagnóstico a los 5 meses. El máximo demora 88 meses, el mínimo dentro de un mes (26%). Por variables asociadas: Sexo 84% masculino / 16% femenino; Procedencia 35% Extrahospitalarios / 65% Intrahospitalarios; 81% se diagnostica entre los 2 y 11 años. Motivo primera consulta 33% con sospecha TGD, siguen por relevancia Trastornos Específicos Lenguaje (16%), Déficit Cognitivo (13%), Epilepsia (13%), RDSM (12%); 58% presenta comorbilidades, siendo 50% Déficit Cognitivo, 24% TDAH, 16% Trastorno Motor, 7% Trastorno Ansioso y 3% TOC.

Conclusiones: Nuestra experiencia local arroja corta latencia diagnóstica, similar a estudios internacionales, y mejor respecto epidemiología nacional. Una explicación para esto subyace en la alta sensibilización por detectar y diagnosticar precozmente, pese al habitual déficit de recursos. Optimizar la edad diagnóstica se convierte en el nuevo desafío. No se declaran conflictos de Intereses.

TLN7

CONSUMO DE PANTALLA EN ESCOLARES Y PREESCOLARES EN LA ESCUELA DR. ERNESTO QUIRÓZ WEBER, VALPARAÍSO.

Natalia Muñoz Peña¹, Francisco González Coloma¹, Valeria Rojas Osorio², Hugo Yáñez Moya¹.

1. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso

2. Neuropediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Universidad de Valparaíso, Chile.

Introducción: Un 46% de los niños mayores de 2 años está expuesto a más de 2 horas de pantallas diariamente, asociándose a sobrepeso, trastornos del sueño, desórdenes alimentarios, síndrome metabólico, hipertensión, agresividad y alteraciones del desarrollo cognitivo. Esta sobreexposición se asocia a un menor nivel socioeconómico, la presencia de aparatos tecnológicos en la pieza del niño y padres permisivos. Este estudio motivará la planificación de intervenciones sobre la exposición responsable

a pantallas.

Objetivo: Caracterizar el consumo de pantallas en escolares y preescolares de una escuela municipal de Valparaíso.

Método: Estudio descriptivo prospectivo. Se encuestó sobre consumo de pantallas, incluyendo televisión, computador, celular y videojuegos, a apoderados de 120 alumnos entre pre-kinder y 4° básico de la Escuela Dr. Ernesto Quiroz Weber, Valparaíso. Se analizaron aquellas con consentimiento informado firmado.

Resultados: Se analizaron 42 encuestas, de las cuales 27 (64,3%) correspondían a varones. La edad media fue de 7 años (DS=2,07). 32 niños (76,2%) tienen televisión en su dormitorio y 27 (65,9%) ven televisión antes de dormir. 12 (28,6%) niños poseen algún videojuego, 24 (57,1%) computador y 11 (26%) celular. La media de consumo de pantallas fue 3,65 horas (DS=1,97), destacando la televisión con una media de 2,95 horas (DS=1,51). 15 (35,7%) niños ven televisión pasadas las 21 horas.

Conclusiones: El número de horas de pantalla diario sobrepasa las 2 horas diarias máximas recomendadas internacionalmente, resultado similar a lo obtenido en otros estudios chilenos. Pese al bajo nivel socio-económico, un alto porcentaje tiene televisión en su pieza y posee algún videojuego.

TLN64

HABILIDADES DE LENGUAJE VERBAL: COMPARACIÓN ENTRE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y NIÑOS DE DESARROLLO NORMAL.

Salazar L.¹ & Carrasco X.²

1. Residente Pediatría Universidad de Chile.
2. Neuropediatra, Servicio de Neurología Y Psiquiatría, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna & Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: Aún cuando se reconoce que existe gran superposición entre trastornos del desarrollo, un aspecto aún poco estudiado es la coexistencia de alteraciones del desarrollo del lenguaje en niños con TDAH.

Objetivo general: Comparar el rendimiento en los diferentes aspectos del lenguaje de niños con TDAH y niños de desarrollo normal.

Hipótesis: Los niños con TDAH presentan una frecuencia mayor de déficits en el desarrollo de lenguaje en comparación con sujetos control.

Metodología: Niños escolarizados, de ambos sexos, entre 8 y 12 años, sin patología neurológica fuera de los aspectos del neurodesarrollo; 30 con diagnóstico de TDAH combinado y 30 controles. Se obtuvo Consentimiento y Asentimiento Informados en cada caso y aprobación del Comité de Ética local. Se cuenta con antecedentes clínicos y escolares y examen neurológico. Se aplica la sección Lenguaje de la Batería de Evaluación Neuropsicológica de Luria-Nebraska versión infantil-revisada, con estandarización para población chilena.

Resultados: Se muestra resultado preliminar sobre 27 niños con TDAH (21 varones) y 12 controles (8 varones), al momento de este resumen. En todos los aspectos del lenguaje estudiados con esta batería (comprensivos, expresivos; fonológicos y semántico-lexicales), los pacientes con TDAH muestran, como grupo, una desventaja significativa. A nivel individual, en la mayoría de los casos, tales alteraciones no habían sido detectadas.

Discusión: Las alteraciones del lenguaje detectadas en el grupo de niños con TDAH, ignoradas por padres, profesores y equipo de salud a cargo de los niños, pueden ser un factor relevante que contribuye a las dificultades escolares y sociales que estos niños presentan

Salón Sausalito A-B

Sala Neuro Muscular, Trastornos Motores, Rehabilitación

Autoinmune y Neonatología

Jueves 24 de Octubre de 2013

14:00 – 16:00

TLN 58

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE HEMIPLEJIA ALTERNANTE DE LA INFANCIA CON DIAGNÓSTICO GENÉTICO.

Verónica Burón, Viviana Venegas, Ricardo Ronco.
Clínica Alemana Santiago.

Introducción: La hemiplejía alternante de la infancia (HAI) tiene una incidencia estimada 1/1.000.000 RN vivos. Los criterios diagnósticos son 1) inicio antes de 18 meses de edad 2) ataques recurrentes de hemiplejía que afectan ambos lados 3) otras manifestaciones paroxísticas (ataques tónicos, distónicos, manifestaciones oculomotoras (nistagmo), manifestaciones autonómicas) 4) Episodios de hemiplejía bilateral o cuadraplejía 5) desaparición de síntomas al dormir 6) deterioro cognitivo y otras manifestaciones neurológicas como coreoatetosis, ataxia o distonías. Un 50% asocia epilepsia.

Presentación de caso clínico: Paciente sexo femenino consulta a los 5 meses por episodios recurrentes de desviación de mirada con movimientos nistagmoideos de ojos, asociados a hipertonía de extremidad superior derecha y desconexión del medio, que ceden con diazepam. Examen neurológico y desarrollo sicomotor normal. Estudio de imágenes y metabólico normales. Primer EEG video monitoreo actividad epileptiforme interictal fronto-central derecha. Episodios repiten cada 3 a 4 semanas con posterior alternancia de lado de manifestaciones motoras, haciéndose más frecuentes y prolongados. Tratamiento inicial con Levetiracetam, luego Fenobarbital, Acido Valproico, Piridoxina, Oxcarbazepina sin lograr remisión. EEG video monitoreos posteriores no objetivaron actividad epiléptica. A los 5 meses de evolución, episodios se asocian a hemiparesia transitoria, que alterna de lado, según lateralización de crisis. Se plantea diagnóstico de HAI, realizándose estudio genético en Dinamarca, resultando heterocigoto para la mutación c2401G>ApD801N en ATP1A3. Inicia tratamiento con Flurazina.

Comentario: Los reportes de HAI son de presentación esporádica y se asocian a mutaciones del gen ATP1A3. Este caso cumple criterios diagnósticos clínicos y confirma-

ción genética. Es importante conocer este síndrome, su manejo y evitar tratamientos fútiles.

TLN 10 PATOLOGÍA DE GANGLIOS BASALES EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO: REVISIÓN DE 10 CASOS CLÍNICOS.

M. Hernández¹, K Muñoz¹, I. Huete².

1. División de Pediatría, Unidad de Neurol. Infantil.
2. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los ganglios basales y tálamo son áreas cerebrales vulnerables a noxas metabólicas, isquémicas y hemodinámicas por su alto metabolismo, demandas de energía, receptores de glutamato y activa mielinización en niños de término.

Objetivos: Describir la clínica y neuroradiología de patologías del RNT que afectan sustancia gris profunda.

Método: Revisión de bases de datos de lesiones neuroradiológicas que afectan a los ganglios basales en el RNT atendidos en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica.

Resultados: Todos los pacientes eran producto de un embarazo controlado, normal, con ecografías normales, 6 pacientes eran varones, 8 patologías sucedieron en los primeros tres días de vida y 2 en la tercera semana. La causa fue Encefalopatía hipóxica isquémica en 4 pacientes, kernicterus en 3 pacientes e infecciosa en 3 pacientes. El compromiso de los ganglios basales fue diferente según patología estudiada: compromiso de tálamo y putamen en la EHI, globo pálido en la encefalopatía aguda por bilirrubina y patología infecciosa afectaba indistintamente caudados, estriado o tálamos. La evolución permitió identificar 7 pacientes con Parálisis cerebral, 1 con retraso del desarrollo psicomotor, 1 con síndrome hipotónico y 1 paciente sin secuelas.

Conclusiones. La clínica y neuroimágenes orientan al diagnóstico etiológico y nos dan un pronóstico a largo plazo, un alto porcentaje RNT con lesiones de ganglios basales evolucionan con parálisis cerebral.

TLN 44

DEPRESION EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.

Mariana Contreras, Rocío Cortés, María de los Ángeles Avaria, Jennifer Conejero, Victoria Leiderman, Karin Kleinstauber.

Unidad de Neurología Hospital Dr. Roberto del Río, Dpto. de Pediatría Sede Norte, Universidad de Chile.

Introducción: La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es la enfermedad neuromuscular más prevalente y grave de la infancia. Su curso progresivo e invalidante con compromiso de múltiples sistemas ha sido ampliamente estudiado, no así su asociación con trastornos afectivos. Prevalencia de depresión en niños chilenos sanos sería 6,1%, estimándose que en enfermedades crónicas (EC) ésta podría triplicarse.

Objetivos: 1. Determinar riesgo de TA en pacientes con DMD controlados en Unidad de Neurología, Hospital Roberto del Río. 2. Comparar riesgo de TA con prevalencia en niños sanos y con lo estimado para otras EC.

Metodología: 21 pacientes, entre 5 y 22 años, evaluados. Recolección de datos por médicos tratantes en protocolo aprobado por comité de ética SSMN. Se aplicó test M.I.N.I KI D (Mini International Neuropsychiatric interview) para niños entre 5-17 años y BDI (Beck Depression Inventory) para mayores de 18 años por médico entrenado, vía presencial o contacto telefónico previo consentimiento informado, buscando riesgo de presentar TA.

Resultados: De los 21 pacientes, 3/17 niños entre 5-17 años y 2/4 en mayores de 18 años presentaron indicadores de depresión; estimándose un 23,8% de riesgo de trastorno del ánimo.

Conclusión: El riesgo de trastorno del ánimo en pacientes con DMD evaluados es superior a lo descrito en niños chilenos sanos. En comparación a otras EC, el riesgo de TA en DMD es similar, pese a que la DMD conlleva mayor gravedad, invalidez y dependencia en AVD que otras EC.

TLN 4

UTILIDAD DEL JITTER ESTIMULADO EN LA EVALUACIÓN DE SÍNDROMES MIASTÉNICOS EN NEUROLOGÍA INFANTIL.

Magdalena Constenla-Álvarez, Gonzalo Barraza-Sandoval, Maritza Carvajal Gamé.

Unidad de Electromiografía y Potenciales Evocados. Servicio de Neurología. Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: El estudio electrofisiológico del síndrome miasténico complementa el examen neurológico y ofrece ventajas diagnósticas. El test de estimulación repetitiva utilizado clásicamente tiene baja sensibilidad en cuadros leves. El estudio de fibra única demuestra mayor selectividad y sensibilidad; y el jitter estimulado mayor aún, proyectándose como opción diagnóstica en paciente pediátrico.

Objetivo: Comparar la técnica de estudio clásica de síndrome miasténico con estudio de fibra única mediante estímulo eléctrico repetitivo a baja frecuencia.

Método: Se realizó jitter estimulado en 4 pacientes con síndrome miasténico entre 8-15 años, tres con tratamiento anticolinérgico.

Caso 1. Mujer, 8 años, compromiso ocular, test de tensilon y anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos. Test de estimulación repetitiva normal.

Caso 2. Mujer, 13 años, compromiso generalizado grave. Test de tensilon positivo. Test de estimulación repetitiva normal.

Caso 3. Hombre, 14 años, compromiso ocular. Test de tensilon y anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos. Test de estimulación repetitiva normal.

Caso 4. Mujer, 15 años, compromiso generalizado leve. Sin test de tensilon ni estudio de anticuerpos.

Resultados: En tres de los cuatro pacientes se obtuvo jitter estimulado alterado en músculo frontalis, los cuales contaban con test de estimulación repetitiva normal. En paciente con jitter normal se objetivó posteriormente síndrome piramidal.

Conclusión: El estudio de fibra única con

estimulación axonal para determinar jitter en pacientes con síndrome miasténico demostró mayor sensibilidad en relación al test de estimulación repetitiva, como se demuestra en la literatura. Además destaca su utilidad en paciente pediátrico al no requerir cooperación con contracción muscular voluntaria.

TLN19

SPASMUS NUTANS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Stephanie Marín¹, Cyndi Barraza², Pilar Rivera¹, Arantza Oñat¹, Gabriela Araya¹, Bárbara Oliva¹, Yerka Luksic³, Fernando Novoa³.

1. Residentes Neurología Pediátrica, Hospital Carlos van Buren, Universidad de Valparaíso.
2. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
3. Neurólogo(a) Infantil, Docente de Programa de Especialización de Neurología Pediátrica, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Spasmus nutans (SN) es un trastorno raro y benigno de la niñez. Consiste de nistagmo asimétrico, desconjugado, pendular, vertical o torsional asociado a cabeceo tipo “asentir con la cabeza” y posición anómala de ésta. Aún no existe explicación fisiopatológica. No está acompañada de otras anomalías neurológicas, aunque se han reportado “SN like” asociado a malformaciones de Sistema Nervioso Central. Autolimitada, desapareciendo la sintomatología antes de los 3 años, aunque podría permanecer nistagmo detectable en el electroretinograma. Se recomienda estudio oftalmológico e imagenológico. Su importancia es ser diagnóstico diferencial de nistagmo en la niñez.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de SN.

Resultados: Caso clínico 1: Lactante de 6 meses, sexo femenino. Recién nacida de término (RNT). Desarrollo psicomotor normal (DSM). Desde los 2 meses presenta temblor cefálico, nistagmo rotacional unilateral. Posición anormal de la cabeza. Temblor cefálico cede al ocluir la visión. Electroencefalograma y resonancia magnética de cerebro normales. Evaluación oftalmológica sólo hallazgos descritos. A

los dos meses desaparición espontánea de temblor cefálico y nistagmo. Caso Clínico 2: Paciente 2 años, sexo femenino. RNT. DSM normal. A los 2 meses inicia movimiento anormal circular cefálico, nistagmo tipo temblor fino ojo derecho. Además presenta estrabismo convergente ojo izquierdo. Ecografía cerebral normal. Evaluación oftalmológica sólo hallazgos descritos. Ha evolucionado con disminución de movimiento cefálico.

Conclusiones: SN es una entidad neurooftalmológica de etiología aún no precisada. Debe ser conocida para su correcto diagnóstico y estudio y plantearlo como diagnóstico diferencial en pacientes con nistagmo congénito.

TLN6

ENCEFALITIS LÍMBICA

Orietta Carmona Alarcón, Ramón Lillo Puyoll, Francisco Vallejos.
Hospital Dr. Gustavo Fricke, Pediatría.

Introducción: Más de dos décadas atrás se describieron casos de pacientes con movimientos anormales, alteraciones cognitivas y coma catalogada como encefalopatía aguda y de origen “oscuro”. El 2005 se encontró en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con síntomas psiquiátricos y teratomas ováricos, anticuerpos que se fijaban a receptores de NMDA expresado en neuronas del hipocampo. La mejoría después de la extracción quirúrgica del tumor y terapias inmunomoduladores reforzó la creencia del origen autoinmune. Existen reportes de casos en edad pediátrica. Describimos uno en nuestro Hospital.

Caso Clínico: paciente 5 años 14 días, con insomnio, somnolencia diurna de 1 semana evolución, consulta neurólogo quien solicita EEG normal. Se agrega incontinencia urinaria ocasional. El día 10 presenta crisis de agitación psicomotora, se hospitaliza. Posteriormente aparecen alucinaciones, labilidad emocional, risa sin motivo y lenguaje coprolálico e incoherente. Exámenes generales normales. El día 11 se traslada a UCIP, se constata marcha inestable y compromiso de conciencia fluctuante con períodos de agitación. LCR normal. Se plan-

tea intoxicación por neurolépticos. El día 13 EEG, TAC y RNM cerebro normales. El día 15 se plantea encefalopatía autoinmune, iniciando Metil prednisolona por 5 días. El día 18 se plantea encefalopatía por anticuerpos anti receptor NMDA iniciando el día 19 inmunoglobulina por dos días. Se envían muestras de suero y LCR a la Universidad de Oxford, positivo para Ac anti R-NMDA. Alta con paciente en buenas condiciones.

Conclusión: la encefalitis por anticuerpos anti receptor NMDA es un diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas psiquiátricos o conductuales y actividad epiléptica.

TLN 59

DEGLUCION EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES.

Luis Salinas ¹; Escobar Raúl ².

1. Fonoaudiólogo

2. Neurólogo Pediatra. Laboratorio de Neurorrehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas. División de Pediatría. P. Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: Las enfermedades neuromusculares (ENM) determinan alteraciones funcionales significativas, siendo los Trastornos de Deglución (TD) causa importante de comorbilidad en este grupo de pacientes. Las características clínicas y de video-fluoroscopia (VDF) de los mecanismos de deglución en pacientes pediátricos portadores de ENM están insuficientemente descritas.

Objetivo: Se realiza estudio descriptivo de los hallazgos de la evaluación clínica (EC) y VDF en pacientes pediátricos portadores de ENM.

Metodología: Como parte de protocolo rutinario de evaluación inicial y de seguimiento de pacientes portadores de ENM, se realizó evaluación fonoaudiológica con pauta estandarizada de deglución, con registro de signos y síntomas, y estudio por VDF, clasificándolos en Normal (sin TD), y en TD Leve, Moderado o Grave, según hallazgos.

Resultados: Desde 15 de enero de 2012 al 15 de julio de 2013 se han evaluado 12

pacientes, con edad promedio de 8.8 años (rango: 1 año 1 mes a 15 años 11 meses). Los diagnósticos de ENM fueron 5 Enfermedad de Duchenne, 4 Miopatías Congénitas, 1 Distrofia Muscular Congénita, 1 Síndrome Miasténico y 1 Atrofia Músculo Espinal III. La evaluación clínica fonoaudiológica fue Normal en 6 pacientes, mostrando TD Leve en 3, Moderado en 2 y Grave en 1. La VDF fue normal en 7 pacientes, mostrando TD Leve en 2, Moderado en 2 y Grave en 1. En 11 de 12 pacientes, ambas clasificaciones coincidieron.

Conclusión: Los resultados obtenidos en este trabajo muestran buena relación entre hallazgos de Evaluación Clínica y VDF en pacientes portadores de ENM.

TLN 48

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN NEURORREHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ.

Andrés Sánchez, Natalia Cancino, Carolina Muñoz, Alicia Núñez.

Hospital Josefina Martínez.

Introducción: El Hospital Josefina Martínez recibe a niños con patologías respiratorias crónicas, que permanecen hospitalizados por largos períodos, muchos de los cuales presentan algún tipo de discapacidad de origen neurológico de diversa magnitud y requieren neurorrehabilitación.

Objetivo: Caracterizar a la población del centro, en relación al abordaje terapéutico durante el I Semestre del año 2013.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas, registrándose datos demográficos, diagnóstico neurológico, aspectos clínicos y características del tratamiento en neurorrehabilitación.

Resultados: Se evaluaron 50 niños, con edad promedio de 39,7 meses (mediana de 37 meses), y un rango de edad de 1 mes a 10 años. Las alteraciones sensoriomotrices más frecuentes observadas corresponden a niños con: Enfermedades Neuromusculares (14), Genopatías (11), Parálisis Cerebral (14) y Retraso en el desarrollo psicomotor no precisado (11).

Tienen traqueotomía 44 pacientes (88%)

y requieren asistencia ventilatoria 41 pacientes (82%), de los cuales 40 (80%) es ventilación invasiva. En relación a las intervenciones realizadas por el equipo de neurorrehabilitación, 90% recibe atención con alguna de las terapias desempeñadas en kinesiología y un 82% de los niños reciben atención igualmente en algunas de las áreas de terapia ocupacional como fonoaudiología. Las estrategias más utilizadas en kinesiología corresponden a terapia de neurodesarrollo y posicionamientos, en terapia ocupacional a estimulación sensorial y psicomotricidad; en fonoaudiología a desensibilización, estimulación del reflejo de deglución y precursores del lenguaje.

Conclusiones: Este grupo de pacientes con enfermedades respiratorias complejas requiere un alto porcentaje de atención multidisciplinaria del equipo de neurorrehabilitación.

TLN 35

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A MIELITIS AGUDA.

Pilar Rivera¹, Gabriela Araya¹, Lucila Andrade², Stephanie Marín¹, Oñat¹, Bárbara Oliva².

1. Becada Neuropediatria, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Chile.

Introducción: El síndrome de Guillain Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda, con una presentación variable. Mielitis aguda (MA) es mucho menos común. La ocurrencia simultánea no está bien estudiada y probablemente subdiagnosticada. Pocos casos de concurrencia de estas enfermedades han sido reportados.

Objetivo: Presentar un caso de SGB que cursó con MA con evolución favorable. Caso clínico: Paciente femenina. 4 años, sin mórbidos. Antecedente de cuadro disentérico 3 semanas previas, que cesa autolimitadamente en 5 días. Despierta con debilidad de extremidades inferiores que progresa rápidamente en forma ascendente con compromiso respiratorio en horas. Consulta en Hospital de Copiapó, con requerimiento de ventilación mecánica,

tetraplejía flácida arrefléctica y punción lumbar sin disociación albúmino citológica y 20 células. Se deriva a Hospital Carlos Van Buren, objetivando además diplejía facial y sexto par bilateral. Control punción lumbar normal, panel viral y PCR mycoplasma negativo. Estudio inmunodeficiencia negativo. Se administra dos pulsos de inmunoglobulina. Resonancia de cerebro normal y de columna con mielitis entre t3-10. Estudio electrofisiológico informa Polirradiculoneuropatía axonal motora pura severa. Se administra Metilprednisolona, evoluciona estacionariamente, se realiza un ciclo de plasmaféresis. Evoluciona favorablemente, logra movimientos oromandibulares durante mes siguiente hasta la marcha al sexto mes.

Conclusión: La ocurrencia simultánea es rara, siendo ésta de inicio inusualmente rápido comparada con SGB aislado. En la mayoría de los casos no se encuentra el agente infeccioso desencadenante. En casos refractarios al tratamiento con Inmunoglobulina más esteroides se recomienda el uso de plasmaféresis. La rehabilitación es fundamental.

TLN56

BOTULISMO DEL LACTANTE (BL). PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Marcos Manríquez; Mauricio Espinosa; Viviana Venegas; Cynthia Margarit; Catalina Culcay; Andres Ehrmantraut; Paulina Alid; Ricardo Erazo

Servicio Neuropsiquiatría Hospital San Juan de Dios (HSJD) y Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM).

Introducción: El BL cursa con parálisis flácida descendente en lactantes. Causado por neurotoxina del clostridium botulinum (CBt). Es infrecuente y potencialmente grave. Se presentan tres casos atendidos en Servicio Neuropsiquiatría HSJD y HLCM.

Caso 1: Lactante 2 meses masculino. El 3/10/12 inicia decaimiento, llanto débil, rechazo alimentario, hipoactivo y constipado. Se sospechó intoxicación, deshidratado, pupilas midriáticas arreflécticas, hipotonía global, ptosis palpebral izquierda. Requirió VM por 48 horas. Exámenes:

TAC cerebral, LCR, screening metabólico, electromiografía y RNM cerebral normales. Clínica más antecedente de ingesta de agua de hierbas plantea BL, confirmado el 18/10/12 por CBt en deposiciones (+).

Caso 2: Lactante 3 meses femenino. El 9/2/13 inicia decaimiento, rechazo alimentario y fiebre, ingresa con dificultad respiratoria progresiva, decaída, hiporreactiva, hipotónica, llanto débil, a UCI con midriasis bilateral reactiva RFM lento, movilidad y fuerza disminuida, hipotonía global, ROT disminuidos, VM 4 días. Exámenes: RNM cerebro y médula, EEG, amonio, láctico, CPK y screening metabólico normales, EMG: polineuropatía sensitivo-motora axonal. Por clínica se plantea BL, confirmado 14/3/13 con CBt (+).

Caso 3: Lactante 6 meses masculino. El 14/7/13 inicia rechazo alimentario, llanto débil, constipación se agrega hipotonía generalizada. Ingres a UCI a VM por 17 días. Evoluciona con midriasis hiporreactiva, ptosis palpebral, oftalmoparesia, diparesia facial, cefaloparesia severa, hipotonía generalizada e hiporreflexia. Clínica y antecedente de ingesta de agua de hierbas plantean BL, confirmado 2/9/13 con estimulación repetitiva, respuesta incremental del 30% en amplitud de potenciales. LCR, RNM cerebral y medular normales, estudio CBt (-).

Conclusión: El diagnóstico BL requiere un alto índice de sospecha para definir tratamiento de soporte adecuado.

TLN 1

TRABAJO PERFIL DEL CUIDADOR DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL EN SERVICIO DE NINEAS HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Figuroa, María José; Rojas, Catalina; Pinochet, Fernando; Rosso, Karina.

Servicio de NINEAS Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: La parálisis cerebral (PC) es la causa más común de discapacidad física severa en la infancia. Su incidencia mundial es 2,4 por cada 1000 niños 3-10 años.

Uno de los retos para los cuidadores de

niños con PC, es la gestión de los problemas de salud manteniendo las exigencias de la vida cotidiana. La provisión de estos cuidados puede tener impacto para la salud física y psicológica de los cuidadores y también en el funcionamiento familiar.

Objetivos: Conocer las características demográficas y epidemiológicas de los niños con PC y cuidadores controlados en servicio de NINEAS. Conocer si existe relación entre características demográficas y epidemiológicas con impacto familiar.

Método: Estudio descriptivo transversal. Aprobado por comité de ética. Pacientes atendidos en servicio de NINEAS, portadores de PC. Previo aceptación de participación con consentimiento informado. Se realiza entrevista y evaluación clínica. Se realiza cuestionario PedsQL Family_Impact_Module.

Resultados: 82 niños evaluados. Al comparar el puntaje total del cuestionario, la presencia de epilepsia activa, hospitalización los últimos 6 meses y diagnóstico de depresión en el cuidador, presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Al comparar severidad de PC medida por GMFS existe diferencia significativa solo en ítem de funcionamiento social.

Conclusión: Según esta revisión la presencia de epilepsia activa, hospitalización los últimos 6 meses, y diagnóstico de depresión en el cuidador, se asociaron en forma significativa a mayor impacto familiar. Estos datos son de importancia para detectar aquellas familias con más riesgo de sobrecarga y de esta manera intervenir precozmente.

TLN 42

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MIALGIAS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RIO.

Daniela Alvarado, Karin Kleinstauber, Rocío Cortes, María de los Ángeles Avaria.

Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Departamento de Pediatría Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Las mialgias y calambres

son síntomas frecuentes de una serie de enfermedades cuyo diagnóstico específico es habitualmente difícil. Las mialgias pueden ser a veces benignas y autolimitadas como en el caso de las miositis agudas benignas, como también ser el primer síntoma de una miopatía.

Objetivo: Describir la evolución y diagnóstico final de pacientes que ingresaron por sintomatología de mialgias al servicio de pediatría de nuestro hospital, y que siguieron en controles en policlínico de neurología

Metodología: Trabajo retrospectivo, descriptivo de revisión de fichas clínicas de pacientes hospitalizados con los códigos CIE10 m60.0, m60.8, m60.9, m 33, m79, m79.1 entre enero de 2007 y marzo 2013 con evaluaciones por equipo de Neurología. Recolección de datos por médicos tratantes en protocolo aprobado por comité de ética SSMN.

Resultados: 21 pacientes 13 varones, edad promedio 6,6 años, alteración en la marcha 16/21, debilidad 3/21, elevación niveles creatinquinasa (CK) mayor a 10 veces valor normal en 16/21. Dos de los pacientes tuvieron 2 episodios de mialgias e hiperCKemia y uno antecedentes familiares de miopatía. Diagnósticos finales fueron: Miositis (11), Dermatomiositis (2) y Miopatía en estudio (2).

Conclusiones: La mayoría de los casos correspondieron miositis benigna, sin embargo en 4 casos las mialgias fueron las primeras manifestaciones de patologías potencialmente severas e invalidantes. La presentación de mialgias a repetición asociada a elevaciones de creatinquinasa debe hacer plantear el diagnóstico de miopatía.

TLN32

RECONOCIMIENTO DE LA VARIABILIDAD CLÍNICA DEL SÍNDROME OPSOCLONUS MIOCLONUS. DIAGNÓSTICO PRECOZ SIN OPSOCLONUS.

Lozano A. Andrés, Barassi I. Claudia, Legue C. Marcela, González G. Juan Enrique, Carvajal G. Maritza

Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: El Síndrome Opsoclonus

Mioclonus (SOM) es una enfermedad inmunomediada, generalmente de etiología paraneoplásica, pero también puede atribuirse a causas postinfecciosas o postinmunización.

Objetivos: Describir y caracterizar el espectro de presentación del SOM en una serie de casos, destacando aquellos con clínica incompleta.

Método: Retrospectivo, con consentimiento informado. Se revisaron 6 fichas de pacientes con diagnóstico o sospecha de Síndrome Opsoclonus-Mioclonus entre los años 2006 y 2013 en el servicio de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés. Se aplicaron como criterios de inclusión el tener evaluación paraneoplásica completa y al menos tres de los siguientes síntomas: opsoclonus, mioclonías, ataxia y/o irritabilidad. Se excluyeron dos pacientes por evaluación incompleta.

Resultados: Las edades se encontraron entre 1 y 12 años, tres pacientes de sexo masculino y uno femenino, tres con antecedente infeccioso hasta un mes previo al inicio de los síntomas, los cuatro pacientes presentaron mioclonus, ataxia e irritabilidad en grado variable, solo dos de ellos presentaron opsoclonus durante el seguimiento. En cuanto a la etiología, un paciente tuvo confirmación de SOM parainfeccioso secundario a enterovirus, uno SOM paraneoplásico secundario a neuroblastoma, uno con sospecha de SOM post-vacuna y otro parainfeccioso secundario.

Conclusión: El SOM puede manifestarse no infrecuentemente en forma incompleta. Un alto índice de sospecha permite un diagnóstico precoz en ausencia de opsoclonus.

TLN 62

ATAXIA TELANGECTASIA. SERIE DE 3 CASOS CLÍNICOS.

Ramos Bárbara¹, Manterola Carla¹, Olivares Víctor¹, Triviño Daniela¹ & Erazo Ricardo¹⁻².

1. Departamento de Neurología Pediátrica, Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile

2. Clínica Alemana de Santiago (CAS).

Introducción: Ataxia Telangectasia (AT)

es una patología neurodegenerativa de baja incidencia. Es causada por mutaciones en el gen ataxia-telangectasia (ATM), que codifica para fosfatidilinositol 3 kinasa, involucrado en la marcación de DNA dañado y regulación del ciclo celular. Presenta una herencia autosómica recesiva de penetrancia completa. Se caracteriza por un cuadro de inicio previo a los 3 años de edad que puede incluir: ataxia progresiva, apraxia oculomotora, telangectasias oculocutáneas, signos extrapiramidales e infecciones a repetición.

Pacientes y métodos: Se realizó una revisión de fichas de tres pacientes de nuestro Servicio y de CAS, con diagnóstico de Ataxia Telangectasia, evaluados entre los años 2010-2013. Las edades de los pacientes al diagnóstico fluctuaron entre los 4 y los 6 años.

Resultados: El motivo de consulta en todos los casos fue inestabilidad de la marcha. Las principales manifestaciones neurológicas fueron la apraxia ocular, ataxia de marcha y de tronco, y dismetría. El signo más constante fue la ataxia de la marcha. Ninguno de los niños presentó telangectasias antes de los 3 años.

Conclusiones: La presentación clínica de los pacientes se ajusta a lo reportado en la literatura, siendo importante la sospecha clínica.

TLN 3

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA. ESTUDIO DE CASOS.

Marcela Cancino-Fernández, Juan Enrique González-Gastellú, Maritza Carvajal-Gamé.

Servicio de Neurología Infantil. Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: La mielitis transversa aguda (MTA) es una entidad muy poco frecuente con incidencia global estimada 1-4 por millón/año, secundaria a una lesión inflamatoria aguda de la médula espinal, de etiología variada.

Objetivo: Descripción clínica y comparación con la literatura de 3 casos de MTA.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo

de casos clínicos, previo consentimiento informado. Experiencia entre el año 2007 y 2013.

Resultados: A: Varón, 16 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico. Inicia dorsalgia aguda, parestesias de extremidades inferiores y posteriormente paraparesia. Resonancia magnética (RM) revela compromiso medular inflamatorio cervicodorsal extenso, cerebral normal. Recuperación completa y posterior recaída con compromiso sensitivo, motor y autonómico. Segunda RM evidencia mielitis cervicodorsal de menor extensión. Recuperación completa.

B: Mujer, 10 años. Inicia dorsalgia, posteriormente parestesias de extremidades inferiores, compromiso motor y autonómico. Líquido Cefalorraquídeo (LCR) normal. RM Columna con lesión medular inflamatoria dorsal de tres segmentos, cerebral normal. Potenciales evocados somatosensitivos (PESS) alterados. Bandas oligoclonales (BOC) negativas. Estudio inmunológico normal. Recuperación completa.

C: Varón, 10 años. Inicia dorsalgia, evoluciona con compromiso sensitivo, motor y autonómico severo. LCR normal. RM medular revela lesión inflamatoria cervicodorsal extensa, cerebral normal. BOC negativas. PESS alterados, potenciales evocados visuales normales. Estudio inmunológico normal. Test de aquaporina negativo. Recuperación parcial, síndrome piramidal disarmónico secuelar.

Discusión: La MTA es una patología de difícil diagnóstico, requiriendo alto nivel de sospecha pues no siempre se expresa de forma clásica y su evolución es variada. El estudio extenso es necesario para identificar etiología asociada, que en esta experiencia 2 casos son idiopáticos y uno relacionado a patología autoinmune crónica.

TLN 34

KERNICTERUS: RESURGIMIENTO DE UNA PATOLOGÍA OLVIDADA

Ignacia Schmidt, Marta Hernández, Isidro Huete.

Hospital Clínico Universidad Católica.

Introducción: La ictericia neonatal es

común en recién nacidos. La bilirrubina mayor a 20mg/dL puede causar parálisis cerebral coreoatética, hipoacusia sensorineural, trastornos de la mirada y displasia del esmalte dental, cuadro clínico conocido como kernicterus.

Objetivos: Describir una serie de casos de 5 recién nacidos pretérminos tardíos y término con kernicterus ocurridos entre 2002-2012.

Metodología: Se revisan fichas clínicas registrando presentación clínica, estudio, neuroimágenes y evolución clínica. Con aprobación del comité de ética.

Resultados: Todos los pacientes de sexo masculino, diagnóstico entre 7 días-10 años, 3 pacientes se diagnosticaron en etapa de encefalopatía aguda por bilirrubina (hipotonía, fiebre, irritabilidad, convulsiones, opistótono) con niveles de bilirrubina entre 24 y 46 mg/dl. En dos casos el diagnóstico se realizó a los 10 meses y 10 años respectivamente. El manejo en periodo neonatal fue sólo fototerapia en 2 casos y fototerapia más exanguineotransfusión en tres. Todos los pacientes evolucionaron con RDSM y movimientos anormales. Tres pacientes presentaron hipoacusia sensorineural y dos tenían trastornos oculomotores. El desarrollo cognitivo fue normal para 2 pacientes y en rango retraso para los 3 restantes. La RM cerebral confirma impregnación de ganglios de la base en todos los pacientes.

Conclusiones: El kernicterus es una patología devastadora, aún está presente en la realidad nacional. Es la única causa de parálisis cerebral prevenible, por lo que es necesario detección precoz, tratamiento oportuno mediante la educación al equipo de salud, padres y a la comunidad para evitar el desarrollo de esta encefalopatía.

TLN 60

ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE: EXPERIENCIA CLINICA EN UN HOSPITAL DE NIÑOS

Olivares Víctor, Gálvez Alejandra, Moya Juan, Ramos Bárbara, Manterola Carla, Carrasco Ximena.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La Encefalopatía Posterior Reversible o Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES, Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome) es una entidad clínico imagenológica caracterizada por cefalea, disminución del nivel de conciencia, crisis epilépticas y alteraciones visuales. Está asociada a diferentes condiciones clínicas, incluyendo uso de ciertos fármacos e hipertensión arterial.

Pacientes y métodos: Se revisaron los antecedentes de tres pacientes evaluados recientemente en nuestro centro durante 2013. El promedio de edad fue 10,3 años (9-12). Dos de estos pacientes presentaban patología oncológica (leucemia linfática aguda y leucemia mieloide aguda M2).

Resultados: Dos de los pacientes se presentaron inicialmente con crisis epilépticas. La tercera paciente debutó con síndrome cerebeloso y encefalopatía, igualmente seguida de crisis durante la evolución posterior. Dos niños tuvieron crisis motoras focales, que se asociaron a hemiparesia y signos piramidales ipsilaterales. Todos los pacientes presentaron hipertensión arterial y dos de ellos (con antecedentes de patología oncológica) fueron tratados con medicamentos cuyo uso se asocia a PRES (ciclosporina, Ara-C). En todos, la evolución posterior fue hacia la mejoría.

Conclusiones: Si bien infrecuente, el PRES es una condición, que debe ser sospechada y manejada a tiempo, pues ello puede mejorar el pronóstico. Los pacientes oncológicos son particularmente susceptibles.

TLN47

CARACTERISTICAS CLÍNICAS, RADIOLOGICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Dra. Andrea Schlatter V.; Dra. Carmen Paz Vargas; Dra. Patricia Orellana; Ps. Jennifer Conejero.

Hospital Roberto del Río, Clínica Santa María.

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) pediátrica es una patología de diagnóstico creciente. La prevalencia en menores de 18

años es 3-10% del total. La mayoría de los estudios sobre evolución de EM pediátrica describe una clínica recurrente remitente y patrón radiológico variable.

Objetivos: Describir presentación clínica, radiológica, frecuencia de recaídas y la respuesta al tratamiento recibido tras 4 años de seguimiento en pacientes pediátricos con EM controlados y tratados en el Hospital Roberto del Río y en Clínica Santa María.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, aprobado por comité ética SSMN, con consentimiento informado, sin conflicto de interés. Revisando presentación clínica, neuroimagenológica, frecuencia de recaídas, respuesta y complicaciones al tratamiento, durante 4 años de seguimiento, de 11 pacientes con EM.

Resultados: Desde 2009 se han diagnosticado 11 pacientes con EM, 5 hombres 6 mujeres, edad promedio de diagnóstico 11 años (Rango 7-14), presentación clínica en 4 S. Vertiginoso, 3 trastorno de marcha, 1 compromiso de pares craneales, 1 cefalea, 1 Neuritis óptica, 1 oftalmoplejia internuclear. Laboratorio 10 bandas oligoclonales positivas, 2 Potenciales evocados visuales alterados, seguimiento promedio 23,5 meses (Rango 1-43), 7 con seguimiento \geq 12 meses, 5 con recaída clínica, todas con componente motor, 1 Neuritis óptica, con nuevas lesiones en la neuroimagen. 10 en tratamiento con interferón 1a, efectos adversos en 2 (alteración de transaminasas y flu-like).

Conclusiones: La EM, aún siendo poco frecuente, debe ser sospechada en pacientes pediátricos, 5/11 presentaron recaída clínica y nuevas lesiones neuroimagenológicas, se reportan pocos efectos adversos del tratamiento como se describe en la literatura.

Salón Bombal B

Viernes 25 de octubre de 2013

17:00 – 18:45 hrs.

PLATAFORMAS

TLN61

CORRELACION ENTRE EVALUACIONES FUNCIONALES EN PACIENTES PEDIATRICOS PORTADORES DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES.

Muñoz Karin¹, Bravo María José¹, Bañados Pamela¹, Escobar Raúl²

1. Kinesióloga

2. Neurólogo Pediatra. Laboratorio de Neurorehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas. División de Pediatría. P. Universidad Católica de Chile. Santiago Chile.

Introducción: La evaluación objetiva motora en pacientes portadores de enfermedades neuromusculares (ENM) es esencial en el seguimiento y valoración de estrategias terapéuticas. Evaluaciones funcionales como North Star (NSAA), test de marcha 6 minutos (TM6M), tiempo de incorporación (TI), recorrido 10 metros (T10M), ascenso y descenso de cuatro escalones (ASC 4, DES 4), se utilizan para conocer el impacto de ENM en independencia funcional. La relación entre estas pruebas no está definida.

El objetivo de esta comunicación es mostrar la relación entre distintas pruebas funcionales aplicadas a pacientes portadores de ENM.

Como rutina de seguimiento, se evalúan pacientes portadores de ENM controlados en policlínico de ENM pediátricas de la Universidad Católica de Chile. Se presentan resultados de estas evaluaciones realizadas desde 2011 hasta la fecha.

Se analizó un total de 125 evaluaciones, en 44 pacientes. Edad promedio 8,8 años (rango 2,7 a 17,5). Distancia promedio en

TM6M 335 m; puntaje NSAA 21,9; tiempo promedio TI 5,7 s; T10M 6,4 s, y ASC 4 y DES 4 7,0 y 6,7 s respectivamente. Coeficiente de correlación de Pearson entre TM6M y NSAA fue 0,82; entre NSAA y TI, ASC 4 y DESC 4 fue -0,58, -0,56 y -0,49 respectivamente; entre T10M y ASC 4 0,51; entre ASC 4 y DES 4 0,80.

En pruebas que permiten seguimiento funcional en ENM se encontró muy buena correlación entre TM6M y NSAA y entre ASC 4 y DES 4. Buena correlación se encontró entre NSAA y TI y entre NSAA y DES 4.

TLN53

PERFIL CLÍNICO EN 22 PACIENTES CON EPILEPSIA GENÉTICA Y CRISIS FEBRILES PLUS (GEFS+).

Juan Moya-Vilches, Marcelo Devilat-Barros.

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

Introducción. La relación entre epilepsia y trastornos cognitivo-conductuales ha sido planteada en múltiples estudios. En epilepsias de origen genético, se ha descrito deterioro cognitivo.

Objetivo. Describir el perfil cognitivo-conductual y comorbilidades asociadas en 22 pacientes con diagnóstico de GEFS+. Al mismo tiempo, investigar factores de riesgo que contribuyen a la aparición de dichas condiciones.

Métodología: Se analizaron fichas clínicas de 22 pacientes de nuestro Servicio, con diagnóstico de GEFS+ entre 1996-2011, realizado mayoritariamente por uno de nosotros (MDB). El seguimiento promedio fue de 5,3 años (1-11 años). Se investigaron las siguientes comorbilidades: trastorno de conducta (TC), trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH), trastornos del lenguaje (TEL), del aprendizaje (TEA) y discapacidad intelectual (DI). Además, se evaluó la influencia de posibles factores de riesgo, incluyendo tiempo de evolución de epilepsia, edad de inicio, y otros.

Resultados. Se presentó al menos una de las condiciones señaladas en 15 de 22 pa-

cientes (68%), incluyendo: TDAH (6 pacientes, 27,3%), TC (5 pacientes, 22,7%), TEA, TEL y DI (4 pacientes, 18,2% cada uno). Un período prolongado de crisis activas, y el inicio de crisis antes del año de vida, se relacionaron con la presencia de DI ($p=0,028$ y $p=0,048$). En pacientes con crisis febriles como subtipo predominante, la incidencia de TEA fue mayor ($p=0,045$); y la ausencia de anomalías al electroencefalograma fue mayor en pacientes con TEL ($p=0,009$).

Conclusiones. Los trastornos neuropsicológicos son comunes entre los pacientes con GEFS+. Variados factores pueden asociarse a estas condiciones, incluyendo epilepsia activa y edad temprana de inicio.

TLN51

SÍNTOMAS NEUROCONDUCTUALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO.

Rosso K¹, Krakowiak MJ¹, Mesa T¹, Pincheira E¹, Bertrán K², Pinochet F³, Brockmann PE^{1,2}

1. Centro de Medicina del Sueño, Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
2. Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
3. Bioestadístico Médico.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (OSA) se asocia con síntomas neuroconductuales, en particular con hiperactividad, inatención y otros problemas de rendimiento escolar, los que podrían erróneamente confundirse con Síndrome de déficit atencional con hiperactividad (ADHD). Clínicamente, OSA es frecuente, pero poco diagnosticada en niños, ya que los distintos signos y síntomas son más inespecíficos al compararlos con los de adultos.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue correlacionar los síntomas neuroconductuales incluidos en cuestionario de sueño pediátrico (PSQ) y síndrome de apnea de sueño.

Método: Estudio de corte transversal. Revisión de polisomnogramas (PSG) y los 6 ítems referentes a síntomas neuroconductuales.

tuales del PSQ, realizados en Centro de Sueño, a población pediátrica entre 5 y 15 años, entre los años 2007 y 2012. Se aplicó análisis descriptivo y de asociaciones usando test exacto de Fisher y test U de Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, 65% varones, edad: mediana (IQR) fue 10,2(5,1) años. 48,5% (n=32) presentó OSA, de los cuales un 69% refería dificultad para organizar actividades y tareas vs 41% en el grupo sin OSA (p = 0,05). El índice de apnea obstructiva fue significativamente mayor en aquellos que referían que actuaban como movidos por un motor. El índice de apnea central fue significativamente mayor en los que parecían no escuchar cuando le hablan directamente (p= 0,05).

Conclusiones: El síndrome de apnea del sueño se asocia significativamente con algunos de los síntomas de hiperactividad e inatención pesquizados mediante el ítem de síntomas neuroconductuales de PSQ. Esto muestra que estos síntomas no son exclusivos de síndrome de déficit atencional y frente a la sospecha de ADHD, es necesario una buena anamnesis de sueño para realizar diagnóstico diferencial.

TLN41

SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO DE PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA NEONATAL MODERADA A SEVERA TRATADOS CON HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL SAN JOSÉ, A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Vargas Leal, Carmen Paz^{1,3}; Lindemann Tappert, Christina^{2,3}; Navarro F, Francisco²; Avaria Benapres, María de los Ángeles^{1,3}; Conejeros Alvarado, Jeniffer².

1. Unidad Neurología Pediátrica, Hospital Dr. Roberto del Río.
2. Servicio Neonatología, Hospital San José
3. Dpto. Pediatría, Campus Norte, U Chile.

Introducción: Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) neonatal tiene elevada morbimortalidad, que disminuye con uso de hipotermia precoz. En Chile existen reportes de EHI tratados con Protocolo Hi-

potermia Corporal Total (PHCT), pero no seguimiento del neurodesarrollo.

Objetivos: Evaluar evolución clínica/neurodesarrollo de 31 neonatos tratados con PHCT.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de cohorte, pacientes tratados con PHCT años 2008 a la fecha, sin conflicto de interés. Consentimiento informado de padres, aprobación comité de ética SSMN. Evaluación anual desde 2012 mediante examen neurológico y neurodesarrollo protocolizados y Denver II.

Resultados: 31 neonatos tratados con PHCT: Promedios EG 39 semanas, Peso 3554 gr, cráneo 35,2 cm. EHI II 24 y III 7, destaca que 26 mantenían Apgar ≤ 5 a 5 minutos. 27 crisis epilépticas. Fallecen 5, todos EHI III. Sobreviven 26, edad actual: 3 meses - 4 años 11 meses. Seguimiento a 21 pacientes: De 2 pacientes EHI III vivos: 1 Parálisis cerebral con Epilepsia y 1 DSM normal. De 19 EHI GII: 2 Parálisis cerebral con Epilepsia e Hipoacusia, 1 RDSD y síndrome piramidal (9 meses), 2 Hipotonía central leve (5-6 meses), 12 examen físico neurológico normal, 1 Microcefalia aislada, 1 VI par. Denver II destacan 2 anormal ≥ 2 áreas, 1 riesgo motor fino y 9 anormal solo lenguaje.

Conclusiones: PHCT Sobrevivida al alta: 83,8%, muerte o discapacidad severa: 29 %, similar a literatura, contrastando con no tratados (62%). Neurodesarrollo destaca mayoría normal o retraso de lenguaje. Tratamiento PHCT demuestra beneficios en esta serie.

TLN30

ESTIMULACIÓN AUDIOVISUAL EN NIÑOS CON LIMITACIÓN SEVERA DE LA MOTRICIDAD: ¿MEJORA SU CALIDAD DE VIDA?

Salesa Barja, Carolina Muñoz, Natalia Cancino, Alicia Núñez, Mario Ubilla, Rodrigo Sylleros, Rodrigo Riveros, Ricardo Rosas. Hospital Josefina Martínez. Facultades de: Medicina, Arquitectura, Diseño y Estudios urbanos y de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los niños con enfermeda-

des neurológicas que condicionan una limitación severa de la movilidad tienen una calidad de vida (CV) deficiente.

Objetivo: Estudiar si la CV de dichos pacientes mejora con la aplicación de un programa de estimulación audiovisual.

Método y pacientes: Estudio prospectivo en 9 niños con limitación severa de la movilidad, hospitalizados en forma prolongada. Se elaboraron dos programas de estímulo audiovisual, los cuales junto a videos se aplicaron mediante una estructura especialmente diseñada. La frecuencia fue de dos veces al día, por 10 minutos, durante 20 días. Los primeros diez días se realizó en forma pasiva y los segundos diez con guía del observador. Se registraron variables biológicas, conductuales, cognitivas y se aplicó una encuesta de CV adaptada.

Resultados: Se estudiaron 9 pacientes, 6 hombres, con edad de $42,6 \pm 28,6$ meses. Diagnósticos: 3 Atrofia Muscular Espinal, 2 Distrofia Muscular Congénita, 2 miopatías, 2 otros. Ocho pacientes completaron el seguimiento, basalmente presentaron CV "regular" $7,2 \pm 1,7$ (Mediana: 7,0, rango: 6-10 puntos), mejorando a "buena" al finalizar: $9,4 \pm 1,2$ (Mediana 9,0, rango: 8-11 puntos), con diferencia intra-individual de $2,1 \pm 1,6$ (Mediana 2,5, rango: -1 a 4) (IC 95%: 0,83 a 3,42, $p=0,006$). Se detectó mejoría en cognición y percepción favorable de los cuidadores. No hubo cambio en las variables biológicas ni conductuales.

Conclusión: A través de la estimulación audiovisual es posible mejorar la calidad de vida de niños con limitación severa de la movilidad.0

TLN26

UTILIDAD DEL CUESTIONARIO DE SUEÑO PEDIÁTRICO COMO PREDICTOR DE SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Karina Rosso, Katalina Bertrán, María José Krakowiak, Tomás Mesa, Eduardo Pincheira, Fernando Pinochet, Pablo Brockmann.

Centro de Medicina del Sueño, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El síndrome de apnea obs-

tructiva del sueño (SAOS) afecta a 0,7-3% de la población pediátrica, existiendo importante subdiagnóstico. El polisomnograma es el gold standar diagnóstico, sin embargo debido a su baja accesibilidad, son necesarias algunas herramientas que pesquisen población de alto riesgo de SAOS. El cuestionario pediátrico de sueño (PSQ) incluye 22 preguntas validadas en español dirigidas a trastornos respiratorios del sueño. El objetivo de este estudio fue analizar el valor diagnóstico del PSQ para SAOS.

Metodología: Estudio transversal, en que se estudiaron los niños entre 2-15 años que se realizaron un polisomnograma por indicación clínica en el Centro de Medicina del Sueño entre los años 2007-2012. Se excluyeron algunas enfermedades respiratorias y neurológicas. Los padres completaron el PSQ la noche de realización del polisomnograma. SAOS se definió como un índice de apnea -hipopnea mixta u obstructiva >1 . Se hizo análisis estadístico de prueba diagnóstica.

Resultados: 83 pacientes, 65% género masculino, promedio de edad: 9,6 años. 35% tenía sobrepeso u obesidad. El score de PSQ positivo tuvo asociación estadísticamente significativa con SAOS. Las preguntas que tuvieron mayor asociación con SAOS fueron: ¿su hijo siempre ronca? OR: 8.3 (IC:2.5-27), especificidad del 90%. ¿Ha visto que la respiración de su hijo se detiene mientras duerme? OR: 6.5 (IC:2.1-20), 89% de especificidad. ¿Duerme su hijo con la boca abierta? OR: 5 (IC:1.6-16), 87% sensibilidad.

Conclusiones: El PSQ es una buena prueba diagnóstica al compararla con el polisomnograma, sobretodo considerando que son preguntas breves y muy fáciles de aplicar en nuestra práctica diaria.

TLN14

SECUELAS NEUROLÓGICAS EN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO PEDIÁTRICO

M. Hernández¹, M. López¹, I. Huete².

1. División de Pediatría, Unidad de Neurol. Infantil.

2. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En Chile, existe poca información acerca de las secuelas neurológicas del accidente cerebrovascular isquémico pediátrico (ACVI). En la literatura internacional se describen una mortalidad del 10% y hasta un 70% de secuelas a largo plazo.

Objetivo: Describir la mortalidad y secuelas neurológicas a 5 años de una cohorte de pacientes con AVE isquémico pediátrico.

Metodología: Se describe la evolución a corto y largo plazo de una cohorte de 69 pacientes que presentaron AVE isquémico entre los años 2003-2008, con edades entre los 30 días y 17 años.

Resultados: Descripción de la muestra: promedio y mediana de edad ACVI: 4,6 años; y 2,6 años respectivamente; sexo: 44 (64%) varones; tipo de ACVI: 56 (81%) arterial, 8 (12%) venoso y 5 (7%) otro tipo. Evolución: mortalidad: 34% (prealta: 13 (19%) y posalta: 10 (15%)); secuelas neurológicas: 58% (única: 20 (29%) y múltiple: 20 (29%)); tipo de secuelas: motoras: 20 (29%), epilepsia: 19 (28%), cognitivas: 16 (23%), otras: 8 (12%). La pérdida en el seguimiento fue de 4 pacientes (6%).

Conclusiones: La mortalidad y las secuelas neurológicas a largo plazo del ACVI pediátrico son altas, por lo que es necesaria una prevención primaria efectiva en la población de riesgo.

TLN57

RIZOTOMÍA DORSAL SELECTIVA EN EL MANEJO DE LA ESPASTICIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE PARÁLISIS CEREBRAL DE FORMA DIPLEJIA ESPÁSTICA.

Cubillos Lobos Alejandro¹, Morante Rodríguez Mónica¹, Navarrete Vidal Elizabeth¹, Araya Zavala Alejandra¹, Horlacher Kuntsmann Andrés².

1. Instituto Teletón Santiago de Chile.

2. Instituto Teletón Valparaíso Chile.

Introducción: El correcto manejo de la espasticidad en niños con Diplejia espástica (DE) y Parálisis cerebral (PC), favorece su pronóstico motor. Para ello, la Rizotomía Dorsal Selectiva (RDS) se ha demostrado eficaz en estudios controlados fuera de Latinoamérica.

Objetivo: Evaluar potenciales beneficios de la RDS en pacientes portadores de DE secundaria a PC.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de 8 pacientes (edad 5-17 años) que fueron intervenidos de RDS. Los criterios de inclusión fueron: PC y DE con leucomalacia periventricular; espasticidad promedio >1.5 en extremidades inferiores; perturbación funcional o de actividades diarias por espasticidad; ausencia de contracturas avanzadas; buena condición psicosocial. La espasticidad se midió con escala Ashworth modificada. La función en pacientes no ambulantes (5 casos) se midió con GMFM-88 y PEDI. La marcha en pacientes ambulantes (3 casos), se evaluó con Índice Desviación Marcha (GDI). Todos tuvieron rehabilitación postoperatoria. El seguimiento promedio fue 11,2 meses. Las mediciones se efectuaron en preoperatorio y en postoperatorio al final del seguimiento. El grado de satisfacción parental (GSP) se midió con EVA (0-10) post RDS.

Resultados: Obtuvimos reducción de espasticidad entre 1 y 3 puntos en todos los músculos de miembros inferiores. El GMFM-88 aumentó en el grupo no ambulante ($p < 0,05$ t Test). El PEDI aumentó en 4/5 casos. El GDI mejoró en 2/3 casos ambulantes. El GSP promedio fue de 8,1. No hubo morbilidad operatoria relevante.

Conclusiones: La RDS contribuiría a reducir la espasticidad y producir mejorías funcionales con mínima morbilidad y alta satisfacción parental.

INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Autor	N° Trabajo Libre
Abufhele, Marcela	TLP33
Acevedo, Hernán	TLN17
Acevedo, Keryma	TLN28, TLN29
Adlerstein, León	TLN 45
Aguayo, J. Pablo	TLN 37
Alarcón, Macarena	TLN 2, TLN 8
Aldunate, Consuelo	TLP22
Aliaga, Solange	TLN16, TLN20
Alid, Paulina	TLN56
Alliende, Ma. Angélica	TLN20, TLN13, TLN16
Alvarado, Daniela	TLN 42
Álvarez, Carola	TLP33
Álvarez, Karla	TLP33
Andrade, Lucila	TLN12, TLN22, TLN23, TLN25, TLN33, TLN35, TLN38
Anguita, Tania	TLP1
Aravena, Teresa	TLN13, TLN16, TLN20, TLN24
Aravena, Scarlett	TLP7
Araya, Gabriela	TLN11, TLN12, TLN18, TLN 19, TLN22, TLN23, TLN35, TLN36,
Araya, Daniela	TLN37, TLN38, TLN49
Araya, Alejandra	TLN28, TLN29,
Araya, Eduardo	TLN 57
Arcos, Ana	TLP11, TLP12
Arias, Carolina	TLP7
Astaburuaga, Macarena	TLN24
Avaria, M ^a de los Ángeles	TLP2
Aylwin, M. de la Luz	TLN 31, TLN 41, TLN 42, TLN 44, TLN 45
Badilla, Nathalia	TLN 54
Bañados, Pamela	TLP5, TLP14, TLP15
Barassi, Claudia	TLN 61
Barja, Salesa	TLN 32
Barraza, Gonzalo	TLN30
Barraza, Cyndi	TLN 4
Berho, Javiera	TLN18, TLN 19
Berríos, Carolina	TLN11, TLN25
Bertrán, Katalina	TLP1
Bertrán, Macarena	TLN26, TLN 51
Bortolaso, Matilde	TLN 31
Bravo, María José	TLP19
Bravo, Mauricio	TLN 61
Bravo, Paulina	TLP33
Briceño, Marcelo	TLN24
Briceño, Ana Marina	TLP8, TLP9, TLP10, TLP26
Brockmann, Pablo	TLP33
Burón, Verónica	TLN26, TLN 51
Burr, María Ignacia	TLN 58, TLN 65
	TLP18

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Cabello, J.Francisco	TLN24
Cáceres, Sonia	TLP7
Cáceres, Carolina	TLP27
Calvo, Sophia	TLN20
Campodónico, Paola	TLN22, TLN23
Canales, Pamela	TLN 46
Cancino, Marcela	TLN 2, TLN 3
Cancino, Natalia	TLN30, TLN 48
Capella, Claudia	TLP3
Cardemil, Felipe	TLP25
Carmona, Orietta	TLN 6
Carrasco, Ximena	TLN 60, TLN 63, TLN 64
Carrasco, Paula	TLP17, TLP23, TLP24
Carvajal, Maritza	TLN 2, TLN 3, TLN 4, TLN 8, TLN 32
Castaño, Catalina	TLP2
Castro, Gabriela	TLN24
Castro, Felipe	TLN27, TLN 50
Cerda, Paulina	TLP20
Céspedes, Egidio	TLP28
Chaigneau, Sergio	TLP18
Chicharro, Ada	TLN 65
Colombo, Marta	TLN24
Conejeros, Jeniffer	TLN 41, TLN 44, TLN 47
Constenla, Magdalena	TLN 2, TLN 4
Contreras, Mariana	TLN 44
Cordero, Fernanda	TLN 8
Córdova, Sebastián	TLN22, TLN23
Cornejo, Verónica	TLN24
Cortés, Rocío	TLN 42, TLN45, TLN31, TLN44, TLN50
Cortés, Jorge	TLN 33
Crockett, Marcelo	TLP3
Cruzat, Claudia	TLP18
Cuadra, Lilian	TLN17
Cubillo, Alejandro	TLN57
Culcay, Laura	TLN5
Culcay, Catalina	TLN56
Curoto, Bianca	TLN13, TLN16, TLN20
De la Parra, Alicia	TLN52, TLN24
De Marinis, Alejandro	TLN65
Delgado, Iris	TLP33
Devilat, Marcelo	TLN53
Díaz, Fernanda	TLP18
Droguett, Denisse	TLN28, TLN29
Dueña, Luis	TLP8, TLP9, TLP10, TLP17, TLP24, TLP25, TLP26
Erazo, Ricardo	TLN62, TLN56
Andrés , Ehrmantraut	TLN56
Ermani, Mario	TLN65
Escobar, Raúl	TLN59, TLN61
Escobar, Ignacio	TLP20

Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Escobari, Javier	TLN2
Escribano, Gloria	TLN8
Espinoza, Mauricio	TLN5, TLN56
Espinoza, Sebastián	TLN38
Espinoza, Claudia	TLP1
Fernández, Elena	TLN28, TLN29
Ferrada, María José	TLN43, TLN45
Figueroa, María José	TLN 1
Förster, Jorge	TLN28, TLN29
Franco, Daniela	TLN 50
Franco, Gladys	TLP5, TLP6
Fuentealba, José	TLP32
Gaete, Raquel	TLN 8
Gálvez, Alejandra	TLN60
Garcés, Carolina	TLP25, TLP26, TLP32
García, Matías	TLN25
García, Matías	TLP21
Gatica, Gabriel	TLP29
Gepp , Alejandro	TLP 28
Gittermann, Kay	TLN46
Godoy, Claudia	TLP27, TLP30, TLP31
Gómez, Denis	TLP30, TLP31
González, Juan Enrique	TLN3, TLN32
González, Francisco	TLN7
González, Rina	TLN33
González, Mónica	TLN65
González, Ángela	TLP30, TLP31
Guerra, Patricio	TLN20
Guillén, Viviana	TLP27
Gutiérrez, Esteban	TLP13, TLP14, TLP15, TLP16
Gutiérrez, Dagoberto	TLP31
Gysling, Katia	TLP32
Hamilton, Valerie	TLN24
Henández, Marta	TLN9, TLN34, TLN14, TLN15, TLN10
Horlacher, Andrés	TLN 57
Huete, Isidro	TLN9, TLN10, TLN14, TLN15, TLN34
Hurtado, Claudia	TLN33
Ibáñez, Claudia	TLN28, TLN29
Jeanneret, Valerie	TLP4
Kimelman, Mónica	TLP13, TLP14, TLP15, TLP16
Kleinstauber, Karin	TLN42, TLN44, TLN45
Koller, Osvaldo	TLN17
Krakowiak, M ^a José	TLN26, TLN51
Larraguibel, Marcela	TLP22
Larraín, J	TLN63
Legue, Marcela	TLN32
Leiderman, Victoria	TLN44
Leiva , María José	TLP18
Lepe, Paula	TLP2
Lillo, Ramón	TLN6

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Lindemann, Christina	TLN41
Lizana, Paula	TLP18
Llorente, Carolina	TLP11
Llorente, Carolina	TLP12
López, Mauricio	TLN14, TLN15, TLN17
Lozano, Andrés	TLN32
Lubiano, Alessandra	TLP29
Luengo, Ingrid	TLN63
Luksic, Yerka	TLN19, TLN36
Madrid, Eva	TLP25
Mallea, Gustavo	TLN27
Manríquez, Marcos	TLN5, TLN56
Manterola, Carla	TLN62, TLN 54, TLN60
Maret, Dominique	TLP7
Margarit, Cynthia	TLN56
Marín, Stephanie	TLN11, TLN12, TLN18, TLN19, TLN22, TLN23, TLN35, TLN36, TLN37, TLN38, TLN49
Martínez, David	TLN65
Martínez, Juan Carlos	TLP10, TLP8, TLP9
Martínez, Daniel	TLP32
Martínez, José	TLP5, TLP6
Martínez, Vania	TLP35
Masalán, Patricia	TLN33
Mesa, Tomás	TLN26, TLN33, TLN51
Micolich, Valentina	TLN46
Millán, Francisca	TLP19
Molina , María Jesús	TLP20
Monsalve, Emilia	TLP20
Morales, Constanza	TLP8, TLP9, TLP10, TLP26
Morante, Mónica	TLN57
Moya, Juan	TLN53, TLN60
Moya, Jessica	TLP7
Muñoz, Natalia	TLN7
Muñoz, Karina	TLN10, TLN61
Muñoz, Carolina	TLN30, TLN48
Nájera de Ferrari, Manuel	TLP29
Navarrete, Elizabeth	TLN57
Navarrete, Olga	TLP1
Navarro, Francisco	TLN41
Novoa, Fernando	TLN11, TLN18, TLN19, TLN49
Nuñez, Alicia	TLN30, TLN48
Obreque, Carolina	TLP11, TLP12
Okuma, Cecilia	TLN17
Oliva, Bárbara	TLN11, TLN12, TLN18, TLN19, TLN22, TLN23, TLN25, TLN35, TLN36, TLN37, TLN38, TLN49
Olivares, Víctor	TLN60, TLN62
Oñat, Arantza	TLN11, TLN12, TLN18, TLN19, TLN22, TLN23, TLN25, TLN35, TLN36, TLN37, TLN38, TLN49
Orellana, Patricia	TLN47
Ortega, Paula	TLN46

Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Ortega, Beatriz	TLP25, TLP26
Pacheco, Cristóbal	TLP1
Padilla, Carolina	TLP2
Páez, Rosario	TLP30, TLP31
Passalacqua, Cristóbal	TLP21
Passalacqua, Cristóbal	TLN12
Peillard, Roxana	TLN43
Peñaranda, Viviana	TLP27
Peredo, Pilar	TLN24
Pérez, Carmen	TLN 45
Pincheira, Eduardo	TLN26, TLN51
Pinochet, Fernando	TLN1, TLN26, TLN51
Pugin, Angela	TLN16
Raimann, Erna	TLN24
Ramírez, Patricio	TLP1
Ramos, Bárbara	TLN60, TLN62
Rebolledo, Javier	TLP20
Retamales, Alvaro	TLN65
Reyes, Fenella	TLP2
Riquelme, Karla	TLN50
Rivera, Pilar	TLN11, TLN12, TLN18, TLN19, TLN22, TLN23, TLN35, TLN36, TLN37, TLN38, TLN49
Rivera, Alejandra	TLP4
Riveros, Rodrigo	TLN30
Rojas, Catalina	TLN1
Rojas, Valeria	TLN7
Rojas, Cecilia	TLN43
Ronco, Ricardo	TLN58
Ronda, Margarita	TLP5, TLP6
Rosas, Ricardo	TLN30
Rosso, Karina	TLN1, TLN26, TLN51
Rubio, Solange	TLN13, TLN16, TLN20
Salazar, Luis	TLN64
Salinas, Luis	TLN59
San Martín, Carolina	TLN37
Sánchez, Andrés	TLN48
Sanhueza, Camila	TLP11, TLP12
Santa María, Lorena	TLN16, TLN20, TLN13
Santibáñez, R	TLN 9
Schiattino, Irene	TLP22
Schlatter, Andrea	TLN47, TLN50, TLN45
Schmidt, Ignacia	TLN17, TLN34
Sebastián, Sebastian	TLP32
Segovia, Mónica	TLN28, TLN29
Sepúlveda, Guillermo	TLP1
Sepúlveda, Elisa	TLP10, TLP17, TLP23, TLP24
Soto, Yairet	TLP8, TLP9, TLP10, TLP23
Suárez, Elizabeth	TLP35
Sylleros, Rodrigo	TLN30
Tello, Javiera	TLN46

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Tissera, Claudia	TLN17
Toledo, Gloria	TLP22
Triviño, Daniela	TLN62
Turu, María José	TLP19
Ubilla, Mario	TLN30
Urrutia, Josefina	TLP19
Vacarisas, Paola	TLN 43
Valdivia, Mario	TLP11, TLP12
Valiente, Alf	TLN24
Vallejos, Francisco	TLN 6
Varela, Ximena	TLN27
Vargas, Carmen	TLN41, TLN47
Vásquez, Nicole	TLP34
Vega, Marcela	TLN29, TLN29
Veillón, Gabriel	TLN33
Velásquez, Álvaro	TLN65
Véliz, Lorenzo	TLP1
Venegas, Viviana	TLN5, TLN56, TLN58,
Vera, Diana	TLP11, TLP12
Vergara, Diane	TLN46
Villanueva, Ximena	TLN18
Villegas, Víctor	TLN11, TLN49
Von Mühlenbrock, Soledad	TLP22
Wicki, Alvaro	TLN21
Writh, Ana	TLN33
Yáñez, Hugo	TLN7
Zuleta, Arturo	TLN17
Zulic, Cristianne	TLP2
Zúñiga, Vicente	TLP33

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 Editor de la Revista, un Editor 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 estas especialidades con la ética, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos.

Las modalidades de presentación del material son: artículos 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 la Infancia y Adolescencia, otros 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, señaladas 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 a artículos completos on line www.sopnia.com

Abreviatura:

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

Diseño:

Juan Silva: jusilva2@gmail.com / Cel.: 9799 5964

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2° piso interior, Fono/Fax: 632.0884, e.mails: sopnia@tie.cl - sopniasoc@gmail.com, Sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

(Actualizado en Octubre 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revista Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org.

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados.

Se enviará el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl – sopniasoc@gmail.com. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico.

El trabajo se enviará, a doble espacio, con letra arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

El envío del trabajo se considerará evidencia de que ni el artículo ni sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los trabajos originales serán sometidos a revisión por pares. Los trabajos 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 debe 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 dónde 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 objetos 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 principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras.

Contarán con la siguiente estructura:

Instrucciones a los Autores

a. 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.

b. 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 por qué 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.

c. Estadísticas

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación de 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.

d. 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".

e. 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 implicaciones 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.

f. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por número pe-

queño 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 una clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(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 país, 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, Troncoso 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”.

g. 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 en formato word a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisoras 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).

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografadas 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 127 x 173 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.

i. 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.

Instrucciones a los Autores

5. Revisión de Temas

Extensión del tema y elementos de apoyo: hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 tablas o figuras.

Revisión bibliográfica actualizada de temas de interés, según las instrucciones ya descritas.

6. Casos Clínicos

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 tablas o figuras.

De interés práctico, con una revisión del tema y comentarios al respecto, en lo demás esquema semejante al anterior.

7. Contribuciones

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras.

Pueden incluir experiencias de trabajo, temas en relación a nuestras especialidades como aspectos éticos, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos u otros que se consideren de interés.

8. Cartas al Director

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 1.500 palabras incluyendo hasta 6 referencias y una tabla o figura.

Espacio abierto, en que los socios pueden plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. 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.

10. 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:

Aprobación de los editores de ambas revistas.

En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.

La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.

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).