



XXXIII Congreso Anual  
de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología  
de la Infancia y Adolescencia

“Horizontes Diagnósticos y Terapéuticos”

**Programa Oficial y Libro de Resúmenes**

11, 12 y 13 Noviembre 2015  
Hotel Enjoy, Coquimbo

# INDICE

---

Palabras de Bienvenida Dra. Joanna Borax Petrikowski, Presidenta Congreso	3
Palabras de Bienvenida Dra. Viviana Venegas Silva, Presidenta SOPNIA	5
Directorio SOPNIA	7
Comité Organizador Congreso	8
Temas Oficiales	9
Patrocinadores	10
Auspiciadores	11
Invitados Internacionales	12
Invitados Nacionales	15
Directores de Simposio de Psiquiatría y Neurología	16
Informaciones Generales	19
Programa Precongreso	21
Programa del XXXIII Congreso	22
Staff Revista SOPNIA	28
Trabajos Libres Psiquiatría	30
Trabajos Libres Neurología	52
Índice de autores trabajos libres de Neurología y Psiquiatría	94
Información General revista SOPNIA	101
Instrucción a los autores	102

Palabras de Bienvenida al XXXIII Congreso SOPNIA 2015  
“HORIZONTES DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS”



Es muy grato darles la bienvenida al Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia; una de las instancias más importantes a nivel nacional de encuentro académico que se ha venido celebrando hace 33 años.

La organización de este evento se logra gracias al trabajo conjunto entre representantes de distintos centros, lo que permite múltiples miradas enfocadas a la actualización del estado del arte de nuestras especialidades; cuyo objetivo final es entregar excelencia en nuestro quehacer clínico, dirigido a los protagonistas y motores del avance y conocimiento..... nuestros pacientes.

La locación elegida, la IV región; una zona valiente, diversa y hermosa, que fue afectada por el terremoto del pasado Septiembre; nos recibe con un gran ejemplo que es el sello que caracteriza a los chilenos, que es la fortaleza y entereza para levantarse y caminar siempre hacia adelante.

Esta región es cuna de Gabriela Mistral, quien este año 2015 conmemora 70 años del Premio Nobel de Literatura, nos unimos orgullosos en esta celebración; la recordamos como profesora inicialmente y luego como poetisa, valorando como supo dar a la infancia la importancia que siempre ha merecido.

Me permito tomar una de sus célebres frases, **“El Futuro de los niños es siempre hoy, mañana será tarde”**; para resaltar que, en nuestras especialidades, el diagnóstico precoz e intervención temprana y certera, cambia el pronóstico de un niño.

Los temas elegidos en este congreso, apuntan en esa línea; revisando los “horizontes diagnósticos y terapéuticos”, como lo hemos titulado; invitando a destacados expositores nacionales y extranjeros, para desarrollar a fondo temas de contingencia y otros de permanente vigencia, como Desarrollo Cerebral y Neurodiversidad, Epilepsia, Trastorno de Espectro Autista, Diagnóstico diferencial de Asfixia Neonatal, Síndromes Miasténicos, Síndrome de Déficit Atencional, Inclusión Escolar, Psiquiatría de Enlace, Psicoterapia, Disregulación Emocional, entre otros.

Este año se ha querido tomar temas de interés transversal, tanto para la Psiquiatría como para la Neurología y abordarlos en plenarias conjuntas, enriqueciendo la discusión, para lograr una visión global, considerando no solo la patología, sino el contexto socioemocional del niño y del adolescente.

Los expositores nacionales e internacionales que darán vida al programa, llevan el liderazgo en sus temas, por lo que es un honor que hayan aceptado compartir su experiencia en este congreso.

## Bienvenida

---

La invitación queda extendida a todos los asistentes a vivir esta instancia académica, de manera proactiva en cada exposición, a través de sus preguntas, comentarios y experiencias; creando o afianzando lazos; porque reitero lo que mencioné en la convocatoria, el congreso lo hacemos todos!

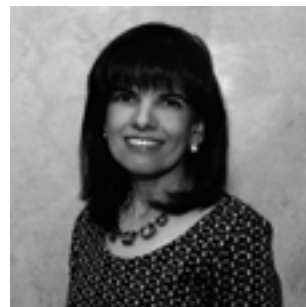
Un abrazo cordial,



Dra. Joanna Borax Petrikowski  
Neuróloga de la Infancia y la Adolescencia  
Presidenta XXXIII Congreso Sopnia 2015

XXXIII Congreso SOPNIA 2015 “HORIZONTES DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS”

Palabras de la Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia Adolescencia



Quisiera compartir algunas reflexiones al dar inicio a nuestro XXXIII Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Nos congregamos nuevamente para asistir al evento más importante que desarrolla SOPNIA, año a año. Como siempre el espíritu que mueve a los organizadores, que son un grupo importante de voluntarios, apunta a cumplir con la misión de la sociedad, promover el desarrollo científico de sus miembros y de su comunidad. Este año, la Dra. Joanna Borax nos presenta un programa científico de alto nivel, con prestigiosos invitados internacionales que nos compartirán su saber, y con la asistencia de muchos especialistas y residentes de todo Chile. Por otro lado, un gran número de invitados nacionales, nos compartirán su experiencia e investigaciones en diversos temas, permitiendo el intercambio de experiencias y comparar las diferencias que finalmente enriquecen el ejercicio profesional en todos los ámbitos. El congreso SOPNIA es principalmente una reunión científica, pero también es una reunión social, donde nos reconocemos como integrantes de una comunidad científica que se ocupa de la salud neurológica y psiquiátrica de nuestros niños y adolescentes en Chile. Es un espacio que convoca, pero que también invita, a participar en forma activa tanto en actividades académicas y también sociales. Aquí construimos formas de hacer las cosas, ya que se comparte diferentes visiones frente a un mismo problema, y esta diversidad sustenta la riqueza de esta sociedad científica.

Los invitamos cordialmente a ser parte de la historia de SOPNIA, hay espacios de participación activa para todos. La suma de voluntades y de trabajo conjunto, finalmente se traducirá en un mejor actuar médico, actualizado y renovado, lo que impactará directamente en nuestros preciados usuarios, que son el futuro de Chile. Las conferencias, los simposios y especialmente las presentaciones de trabajos científicos de los diferentes centros formadores, así como de los especialistas nacionales, constituyen los pilares del programa. La continuidad y contenidos han sido construidos con el abnegado y arduo trabajo de un comité organizador comprometido, representado en Psiquiatría por Dra. Ana Marina Briñeño y en Neurología por Dra. Paola Santander. Ambas junto a un cohesionado equipo de colaboradores, han logrado desarrollar este gran evento que disfrutaremos durante estos días, en un bello entorno cargado de simbolismo. Coquimbo, nos acoge y nos muestra su empuje y recuperación tras el reciente terremoto, evidencia viva del esfuerzo y unión necesaria, para hacer crecer el todo más allá de sus partes. Por otro lado, dentro del rol social, hemos mantenido la tradición de realizar actividades científicas paralelas, como ocurre con el curso precongreso, actividad educativa especialmente dirigida a la comunidad local de la IV región, con el objetivo de entregar herramientas de trabajo con los niños en aula, y promover su desarrollo en un clima de comprensión y respeto a sus derechos fundamentales, de inclusión social, independiente de sus discapacidades. En la sesión de la SOPNIA donde se hace expresión de la cuenta anual y memoria del directorio, se dará también la bienvenida a los nuevos socios activos, así como de un gran número de entusiastas socios junior, residentes de ambas especialidades que se integran a esta comunidad. Además el

## Palabras de la Presidenta de SOPNIA

---

congreso este año presenta dos hitos importantes, la elección del nuevo directorio 2016 – 2017 y la entrega del Premio Ricardo Olea Guldemont, el máximo reconocimiento con el cual la sociedad premia la trayectoria científica, académica y asistencial de sus miembros.

Esperamos que la experiencia de este congreso les provea muchos frutos, del conocimiento llevado a la práctica pero también de la convivencia vivida con pares. Bienvenidos al congreso.



Dra Viviana Venegas Silva  
Presidenta SOPNIA

**Presidenta**

Dra. Viviana Venegas Silva

**Vicepresidenta**

Dra. Patricia González Mons

**Tesorera**

Dra. Verónica Burón Klose

**Secretaria General**

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

**Past President**

Dra. Alicia Espinoza Abarzúa

**Directores**

Dra. Carola Alvarez Quiñones

Dr. Elias Arab López

Dra. Andrea Schlatter Vieira

Dra. Paola Santander Vidal

**Presidenta**

Dra. Joanna Borax P.

**Coordinadora Comité Psiquiatría**

Dra. Ana Marina Briceño

**Coordinadora Comité Neurología**

Dra. Paola Santander

**Comité Científico de Psiquiatría**

Dra. Marcela Abufhele

Dra. Carola Álvarez

Ps. Karla Álvarez

Dr. Alfonso Correa

Dra. Gabriela Guzmán

Dr. Matías Irrarázaval

Dr. Jaime Pereira

Dra. Emilia Monsalve

**Comité Científico de Neurología**

Dra. Keryma Acevedo

Dra. Lucila Andrade

Dra. Daniela Avila

Dra. Ximena Carrasco

Dra. Susana Lara

Dra. Marcela Legue

Dra. Cynthia Margarit

Dra. Tatiana Muñoz

Dra. Andrea Schlatter

Dra. Daniela Triviño

Dra. Scarlet Witting

**Comité Científico Local**

Dra. Macarena Franco

Dra. Consuelo Gayoso

Dra. Loreto Vilches

Dra. Ruth Pavez

Dr. José Zamora



- Desarrollo Cerebral y Neurodiversidad
- Diagnóstico diferencial de asfixia neonatal
- Epilepsia refractaria bajo la mirada de un trastorno metabólico
- Controversias en epilepsia
- Terapias en atrofia espinal
- Síndromes miasténicos
- Trastornos del espectro autista
- Psiquiatría de enlace
- Psicofarmacología
- Controversias en hidrocefalia
- Transición desde la infancia a la adolescencia
- Novedades en Psicoterapia

### **Curso Pre Congreso**

Destinado a: Profesores, padres, pediatras, médicos generales, psicólogos y profesiones a fines.

- Uso y abuso de pantallas, internet y videojuegos
- Trastornos por déficit atencional (TDAH) y sus implicancias emocionales y en el aprendizaje
- Taller de manejo del alumno con TDAH en el aula
- Taller: técnicas de meditación y yoga: autocuidado para profesores

## PATROCINADORES

---

- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- CONACEM
- Universidad Católica del Norte
- Universidad de Santiago
- Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile (ASOCIMED)
- Sociedad Chilena de Pediatría
- Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía (SONEPSYN)
- Sociedad de Epileptología de Chile

- Abbott / Recalcine
- Laboratorio Andrómaco S.A.
- Laboratorio Astrazeneca
- Laboratorio Biomarin
- Liga Chilena Contra La Epiepsia
- Laboratorio Genzyme
- Laboratorio GlaxoSmithKline
- Hospital Solutions
- Laboratorio Janssen - Cilag
- Laboratorio Pharmavita
- Laboratorio Royal Pharma
- Laboratorio Synthron
- Clínica Los Tiempos

## INVITADOS INTERNACIONALES

---

### **Peter Camfield**

- Dr. Peter Camfield es Profesor Emérito del Departamento de Pediatría de la Universidad de Dalhousie y del Centro de salud IWK en Halifax, Nova Scotia.
- Junto a su esposa, la Dra Carol Camfield, mantiene un programa de investigación enfocado en la historia natural de la epilepsia infantil, así como su pronóstico social y médico.



### **Carol Camfield**

- Carol S. Camfield es Profesora de Pediatría en la Universidad de Dalhousie en Halifax, Nova Scotia (División de Neurología Infantil).
- Estudios de pregrado en la Universidad de Michigan y de Epidemiología en Universidad de McGill.
- Además de los estudios de seguimiento de cohorte de epilepsia en Nova Scotia por más de 20 años, también se ha interesado en temas de calidad de vida y del impacto del manejo del dolor en niños con discapacidad cognitiva.



### **Susan T. Iannaccone**

- La Dra. Iannaccone cursó sus estudios de pregrado en la Universidad de Nueva York, realizando su residencia en este centro y en Saint Louis Children's Hospital.
- Cursó su Fellow en la Universidad de Rochester y actualmente es profesor de Neurología y Pediatría y Jefe del Departamento de Neurología Pediátrica en la Universidad de Texas.

#### ***Intereses Clínicos:***

Enfermedades Neuromusculares (especialmente en AME) Neurorrehabilitación.



### **Sir Joshep Sergeant**

- Académico de la Universidad de Amsterdam
- Jefe de Dpto de Neuropsicología
- Preside European Network on Hyperkinetic disorders (Eunethydis)
- Amplia trayectoria en investigación en TDA y Disregulación emocional en los niños.



### **Raimund Firsching**

- Prof. Firsching titular de la cátedra de Neurocirugía en la Universitaetsklinik fuer Neurochirurgie en Magdeburg, Alemania.
- Ha desarrollado áreas de interés en injuria encefálica y clasificación de estudios en resonancia magnética de este tipo de lesiones cerebrales.



### **Cecilia Breinbauer**

- Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil, Universidad de Chile.
- Master en Salud Pública, George Washington University.
- Experta y entrenadora líder en el modelo DIRFloortime.
- Experta desarrollo infanto-juvenil, trastornos y discapacidades del desarrollo y aprendizaje, RISE Institute.
- Profesora visitante Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- Miembro, Academia Americana de Psiquiatría Infanto-Juvenil.



### **Lisa L. Giles**

- Profesora Asistente de Pediatría y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Utah.
- Se graduó con las especialidades de Pediatría, Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infantil en la Universidad de Cincinnati, Ohio.
- Jefa del Equipo de Salud Conductual (Enlace) del Primary Children's Hospital de Salt Lake City.
- Sus áreas de trabajo incluyen comorbilidades psiquiátricas en pacientes con enfermedades crónicas, manejo de cuadros psicossomáticos o "no explicados físicamente" y delirium en UCI.
- Miembro del grupo de estudio de Psiquiatría de Enlace de la AACAP, es habitual expositora en el congreso anual de esta asociación.



## Invitados Internacionales

### **Amaia Hervás**

- MD, MRCPsych, PhD, Psiquiatra Infanto-juvenil. Jefe de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Universitario Mutua de Terrassa.
- Se especializó en psiquiatría adultos Hospital Universitario Saint Georges´ Hospital (Londres) y en psiquiatría infanto-juvenil en el el Maudsley Hospital-Instituto de Psiquiatría (Londres). PhD en la Universidad Autónoma bajo la dirección de Prof. Michael Rutter.
- Sus áreas de interés clínico y de investigación son el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad) y los trastornos del espectro autista (TEA).
- Es MRCPsych (Miembro del Colegio de Psiquiatras del Reino Unido), ha sido miembro de la Task Force en Salud Mental del niño y adolescente de la OMS.
- Formadora acreditada en ADOS-G por la Prof. AnneLeCouteur, en la Universidad de New Castle-Reino Unido y por el Prof Michael Rutter (U. de Londres). Acreditada como formadora en USA del ADI-R y ADOS por el IWeill Departament of Psychiatry of Cornell University/ New York. USA y acreditada para ser formadora oficial del ADI-R por el Prof. Anthony Bailey – Prof. Michael Rutter del Institute of Psychiatry Maudsley Hospital de Londres.



### PRECONGRESO:

Dra. Joanna Borax  
Dra. Valeria Rojas  
Dr. Elias Arab  
Dra. Marcela Abufhele  
Ps. Karin Quezada  
Dra. Sandra Venegas

### CONGRESO:

Dra. Keryma Acevedo  
Dra. Marcela Abufhele  
Dra. María de Los Angeles Beytía  
Dr. Gabriel Campos  
Dr. Manuel Kukuljan  
Dra. Susana Lara  
Dra. Francisca López  
Dra. Tatiana Muñoz  
Dra. Cynthia Margarit  
Dra. Karina Rosso  
Ps. Francesca Nilo  
Ps. Nicole Charney  
Ps. María Isabel García  
Ed. Tamara Suárez  
Ps. Carmen Gloria Greve  
Dr. Ricardo García  
Dra. Margarita Maida  
Dra. Vania Martínez  
Dra. Patricia Cordella  
Dra. Carla Inzunza  
Dra. Valeria Rojas  
Dr. Felipe Méndez

## A. SIMPOSIOS NEUROLOGÍA

### **1. Simposio de Formación de Postgrado**

Coordinadoras: Dra. Marcela Legue, Dra. Susana Lara, Dr. Felipe Méndez

### **2. Simposios Neuromuscular I y II**

Coordinadoras: Dra. Daniela Avila, Dra. Susana Lara

### **3. Simposios Epilepsia I y II**

Coordinadoras: Dra. Scarlet Witting, Dra. Daniela Triviño, Dra Lucila Andrade, Dra Viviana Venegas

### **4. Simposio Neurometabólica**

Coordinadoras: Dra. Tatiana Muñoz, Dra. Paola Santander

### **5. Simposio Neurointensivo Neuroquirúrgico**

Coordinadoras: Dra. Cynthia Margarit - Dra. Andrea Schlatter

## B. SIMPOSIOS PSIQUIATRÍA

### **1. Simposio de Formación de Postgrado**

Coordinadora: Dra. Marcela Abufhele

### **2. Simposio Sexualidad y Trastornos del Desarrollo**

Coordinadora: Dra. Cecilia Breinbauer

### **3. Simposio Psicoterapia**

Coordinadora: Ps. Karla Álvarez

### **4. Simposio Trastornos de Conducta Alimentaria**

Coordinadora: Dra. Emilia Monsalve

### **5. Simposio Medios, Consumismo y Felicidad**

Coordinadora: Dra. Marcela Abufhele

### **6. Simposio Psiquiatría de Enlace**

Coordinadora: Dra. Ana Marina Briceño

### **7. Simposio Prevención en Depresión**

Coordinador: Dr. Jaime Pereira

### **8. Simposio Psicofármacos e Interacciones**

Coordinadora: Dra. Gabriela Guzmán

### **9. Simposio Trabajo Intersectorial**

Coordinador: Dr. Alfonso Correa



# Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría

## C.- ACTIVIDADES PLENARIAS (PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA)

### 1. Plenario Inaugural de Neurodesarrollo

Coordina: Dra. Paola Santander, Dra. Ana M. Briceño

### 2. Plenario de Trastorno Espectro Autista

Coordina: Dr. Jaime Pereira, Dra. Ximena Carrasco

### 3. Plenario - Lunch: Simposio de Síndrome de Déficit Atencional

Coordina: Dr. Jaime Pereira, Dra. Ximena Carrasco

### 4. Plenario: Horizontes en el Bienestar de Niños y Adolescentes, Transiciones.

Coordina: Dra. Keryma Acevedo, Dr. Matías Irrarzával

### 5. Plenario Final: Traspasando fronteras en Trastornos del Neurodesarrollo

Coordina: Dr. Jaime Pereira, Dra. Ximena Carrasco

## D. TALLERES PSICOTERAPIA

Coordina: Ps. Karla Álvarez

## E. CASOS CLÍNICOS DE CENTROS FORMADORES. RESIDENTES DE NEUROLOGÍA INFANTIL

Coordina: Dra. Cynthia Margarit, Dra. Scarlet Witting, Dra. Andrea Schlatter

## F. TRABAJOS LIBRES Y COMUNICACIONES ORALES

### Trabajos Libres Neurología

Coordina: Dra. Daniela Triviño, Dra. Marcela Legue

### Sala 1 (Bahía 2): Epilepsia y Sueño.

Encargados de sala: Dra. Kerima Acevedo, Dra Ximena Varela, Dra Alejandra Hernández.

### Sala 2 (Bahía 3): Neuromuscular, Neurogenética-Neurometabólica, Trastornos del Movimiento.

Encargados de sala: Dra Mónica Troncoso, Dr Patricio Guerra, Dra. Daniela Avila

### Sala 3 (Salón Sol): Neuroneonatología, Trastornos del neurodesarrollo y Lenguaje, Vascular.

Encargados de sala: Verónica Burón, Marcos Manríquez, Juan Enrique González.

### Sala 4 (Salón Arena): Casos clínicos y Misceláneos.

Encargados de sala: Claudia Amarales, Loreto Llanos, José Zamora.

### Comunicaciones Orales Neurología

Coordina: Dra. Daniela Triviño - Dra. Marcela Legue- Dra. Lucila Andrade

### Jurado

Será conformado por:

- Presidenta de Sopia

- Representantes de hospitales de centros formadores: Hospital Exequiel González Cortés, Hospital Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Roberto del Río, Hospital San Borja Arriarán, Hospital Van Buren de Valparaíso.

## Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría

### **Trabajos Libres Psiquiatría**

Coordina: Dra. Marcela Abufhele, Dr. Alfonso Correa

**Sala 1 (Salón Bahía 1):** Dra. Marcela Abufhele, T.O. Cecilia Figueroa, Dra. Emilia Monsalve,

**Sala 2 (Salón Valle):** Dr. Alfonso Correa, Dr. Elías Arab, Dra. María José Villar

### **Comunicaciones Orales Psiquiatría**

Coordina: Dra. Marcela Abufhele, Dr. Alfonso Correa

### **Jurado**

El jurado estará conformado por representantes del Directorio Sopia y miembros Sopia con experiencia en investigación.

G. DIRECTORES CURSO PRECONGRESO:

**Psiquiatría:** Dra. Emilia Monsalve, Dra. Marcela Abufhele, Dr. Alfonso Correa

**Neurología:** Dra. Daniela Triviño, Dra. Macarena Franco, Dra. Marcela Legue, Dra. Consuelo Gayoso.

## ESTRUCTURA DEL CONGRESO

El Congreso está compuesto de Conferencias y Plenarias, Simposios, Talleres, Discusiones con becados, Presentación de trabajos libres, Encuentros sociales y Encuentros con el arte.

## SESIONES DE TRABAJOS LIBRES

Los trabajos libres se presentarán en formato de diapositivas (Power point).

Las presentaciones de trabajos libres serán de 5 minutos para la presentación y 2 de preguntas. Con un máximo de 5 diapositivas por presentación.

Los trabajos mejor calificados por la comisión revisora de Neurología y Psiquiatría, se presentarán en sesión plenaria modalidad Comunicación Oral. Tanto en Neurología como en Psiquiatría contarán con 7 minutos de presentación y 1 de preguntas, con número ilimitado de diapositivas en su presentación, la que debe ajustarse a los tiempos.

En cada sala existirá un jurado que seleccionará a los trabajos mejor calificados.

## PREMIOS

El jurado seleccionado, otorgará un primer, segundo y tercer premio de Neurología y Psiquiatría, a partir de la presentación de los trabajos expuestos en sesión plenaria modalidad Comunicación Oral.

## 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 en forma encarecida 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 Enjoy de Coquimbo. Se contará con un total de 7 salones para el desarrollo del programa, las que están debidamente señaladas en el programa.

## 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.

## ACTIVIDAD SOCIAL

Jueves 12 de Noviembre: 21:30 hrs. Noche de canto abierto. Timberhouse Bar, (Pub Karaoke) Av. Del Mar 4500, La Serena.

## REUNIÓN ANUAL SOCIOS SOPNIA

Se realizará el viernes 13 de Noviembre 13:00 Hrs. en Salón Elqui del Hotel Enjoy Coquimbo

## CENA DE GALA Y PREMIACIÓN

Viernes 13 de Noviembre, 21:30 hrs. Salones Bahía 1, 2 y 3 Hotel Enjoy Coquimbo

## Informaciones Generales

### CERTIFICACIÓN

#### **Certificados trabajos científicos:**

Se otorgará 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 13 de Noviembre a partir de las 18:30 hrs. 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: (02) 2632 0884

E-mail: [sopnia@tie.cl](mailto:sopnia@tie.cl)

Página web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

Horario de atención: 08:30 a 16:00 hrs.

# PROGRAMA XXXIII CONGRESO SOPNIA

NOVIEMBRE 11	
<b>CURSO PRECONGRESO SALON BAHIA 1</b>	
08:00-08:30	<b>Inscripciones</b> Introducción / Palabras de Bienvenida: Dra. Joanna Borax
08:30-09:45	<b>Uso y Abuso de Pantallas, Internet y Videojuegos</b> Expositor Psiquiatría: Dr. Elías Arab Expositor Neurología: Dra Valeria Rojas Panel preguntas: 30 minutos (Moderador: Dr. Correa)
09:45-11:00	<b>TDAH y sus Implicancias a Nivel Aprendizaje y Emocional</b> Panel preguntas 30 minutos (Moderador: Dra. Triviño) Expositor Psiquiatría: Dra. Marcela Abufhele Expositor Neurología: Dra. Joanna Borax
11:00- 11:30	Café
11:30-12:00	<b>Taller: Manejo de Alumno con TDAH en el Aula</b> Expositor: Ps. Karin Quezada Aguayo Coordina: Macarena Franco
12:00-12:45	<b>Taller: Técnicas de meditación y Yoga: Autocuidado para Profesores</b> Expositor: Dra. Sandra Venegas Coordinadoras: Emilia Monsalve, Paulina Cerda

# Programa XXXIII Congreso SOPNIA

## PROGRAMA PSIQUIATRÍA 11 DE NOVIEMBRE 2015

NOVIEMBRE 11	
16:00-17:00	<p><b>SALÓN BAHÍA 1</b> <b>Formación de Postgrado en Psiquiatría Infantil y del Adolescente en Chile</b> "Psiquiatras de Niños y Adolescentes, ¿quiénes somos?" <b>Dr. Ricardo García</b> "¿Qué aprenden cuando les enseñamos Psiquiatría Infantil y del Adolescente?" <b>Dra. Margarita Maida</b> Coordina: Dra. Marcela Abufhele</p>
17:30-19:00	<p><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b> <b>Plenario Inaugural Neurodesarrollo</b> "Desarrollo Encefálico y Trastornos del Neurodesarrollo" <b>Dr. Joseph Sergeant</b> "Neurodiversidad en el Ciclo Vital: nuestro rol como clínicos, docentes y actores sociales" <b>Dra. Cecilia Breinbauer</b> Coordinan: Dra. Paola Santander, Dra. Ana M. Briceño</p>
19:00-19:30	<p><b>SALÓN BAHÍA 1 y 2</b> <b>Inauguración</b> Palabras de bienvenida Dra. Joanna Borax, Presidenta del Congreso Dra. Viviana venegas, Presidenta de la SOPNIA</p>
19:30-20:30	<p><b>SALÓN BAHÍA 3 Y FOYER</b> <b>Cóctel Inaugural</b></p>

# Programa XXXIII Congreso SOPNIA

## PROGRAMA NEUROLOGÍA 11 DE NOVIEMBRE 2015

	NOVIEMBRE 11
16:00-17:00	<b>SALÓN BAHÍA 3</b> <b>Formación de Postgrado</b> Mirada actual y horizontes futuros. Neurociencia aplicada a la Neurología Pediátrica. <b>Dr. Manuel Kukuljan</b> Coordinan: Dra. Marcela Legue, Dra. Susana Lara, Dr. Felipe Méndez
17:30-19:00	<b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b> <b>Plenario Inaugural Neurodesarrollo</b> “Desarrollo Encefálico y Trastornos del Neurodesarrollo” <b>Dr. Joseph Sergeant</b> “Neurodiversidad en el Ciclo Vital: nuestro rol como clínicos, docentes y actores sociales” <b>Dra. Cecilia Breinbauer</b> Coordinan: Dra. Paola Santander, Dra. Ana M. Briceño
19:00-19:30	<b>SALÓN BAHÍA 1 y 2</b> <b>Inauguración</b> Palabras de bienvenida Dra. Joanna Borax, Presidenta del Congreso Dra. Viviana venegas, Presidenta de la SOPNIA
19:30-20:30	<b>SALÓN BAHÍA 3 Y FOYER</b> <b>Cóctel Inaugural</b>

# Programa XXXIII Congreso SOPNIA

## PROGRAMA PSIQUIATRÍA 12 DE NOVIEMBRE 2015

NOVIEMBRE 12			
08:00-9:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario Trastorno Espectro Autista (TEA)</b>            “Evaluación ADOS en preescolares” <b>Dra. Amaia Hervas</b>            “Mirando más allá de la conducta: Nuevos criterios de investigación (NIMH) para entender los TEA” <b>Dra. Cecilia Breinbauer</b>            Coordinan: Dr. Jaime Pereira, Dra. Ximena Carrasco</p>		
	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>9:30-11:00</b>  <b>Sexualidad y Trastornos del Desarrollo</b>            “Las personas con TEA: Desarrollo Afectivo Sexual”  <b>Dra. Amaia Hervas</b>            “Sexualidad en personas con TEA”  <b>Ed. Tamara Suárez</b>            Coordina:            Dra. Cecilia Breinbauer</p>	<p align="center"><b>SALÓN ELQUI</b>  <b>9:15-10.45</b>  <b>Psicoterapia de Niños y Adolescentes</b>            “Indicadores de cambio en Psicoterapia”  <b>Ps. Karla Álvarez</b>            “Mindfulness” <b>Ps. Francesca Nilo</b>            “Theraplay” <b>Ps. Nicole Charney</b>            “EMDR” <b>Ps. María Isabel García</b>            Coordina: Ps. Karla Álvarez</p>	
11.00-11:30	Coffee break		
11:30-13:00	<p align="center"><b>Salón Sol</b>  <b>Taller Mindfulness</b>            Ps. Francesca Nilo</p>	<p align="center"><b>Salón Arena</b>  <b>Taller EMDR</b>            Ps. María Isabel García</p>	<p align="center"><b>Salón Valle</b>  <b>Taller Theraplay</b>            Ps. Nicole Charney</p>
13.00-14:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>ALMUERZO- LUNCH</b> ”Simposio de Síndrome de Déficit Atencional”  <b>Dr. Joseph Sergeant</b>            Coordinan: Dra. Ximena Carrasco, Dr. Jaime Pereira</p>		
14.30-16:30	<p align="center"><b>SALÓN BAHIA 1 Y VALLE</b>  <b>Presentación de Trabajos Libres</b>            Coordinan: Dra. Marcela Abufhele, Dr. Alfonso Correa</p>		
16.30-17.00	Coffee break		
17.00-18.30	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario “Horizontes en el Bienestar de Niños y Adolescentes, Transiciones”</b>            ”Transfiriendo nuestros pacientes, transición de la infancia a la adultez”  <b>Dr. Peter Camfield</b>            “Investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Chile”  <b>Dra. Vanía Martínez</b>            “Satisfacción con la vida en adolescentes vulnerables y vulnerados: un estudio nacional” <b>Ps. Karla Alvarez</b>            Coordinan: Dra. Keryma Acevedo, Dr. Matías Irrázaval.</p>		



# Programa XXXIII Congreso SOPNIA

## PROGRAMA NEUROLOGÍA 12 DE NOVIEMBRE 2015

NOVIEMBRE 12			
08:00-09:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario Trastorno Espectro Autista (TEA)</b>            “Evaluación ADOS en preescolares” <b>Dra. Amaia Hervás</b>            “Mirando más allá de la conducta: Nuevos criterios de investigación (NIMH) para entender los TEA”. <b>Dra. Cecilia Breinbauer</b>            Coordinan: Dr. Jaime Pereira, Dra. Ximena Carrasco</p>		
09:30-11:00	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Epilepsia</b>            -Controversias en convulsiones febriles.            -Enfrentamiento de la primera crisis epiléptica.            - Casos clínicos .  <b>Dr. Peter Camfield</b>  <b>Dra. Carol Camfield</b>            Coordinan:            Dra.Scarlet Witting,            Dra.Daniela Triviño</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>            -Trastornos de segunda motoneurona no relacionado a SMNI.            - Caso clínico.            - Manejo farmacológico y terapia génica en Atrofia Muscular Espinal.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>            Coordinan:            Dra. Daniela Avila, Dra. Susana Lara</p> </td> </tr> </table>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Epilepsia</b>            -Controversias en convulsiones febriles.            -Enfrentamiento de la primera crisis epiléptica.            - Casos clínicos .  <b>Dr. Peter Camfield</b>  <b>Dra. Carol Camfield</b>            Coordinan:            Dra.Scarlet Witting,            Dra.Daniela Triviño</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>            -Trastornos de segunda motoneurona no relacionado a SMNI.            - Caso clínico.            - Manejo farmacológico y terapia génica en Atrofia Muscular Espinal.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>            Coordinan:            Dra. Daniela Avila, Dra. Susana Lara</p>
<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Epilepsia</b>            -Controversias en convulsiones febriles.            -Enfrentamiento de la primera crisis epiléptica.            - Casos clínicos .  <b>Dr. Peter Camfield</b>  <b>Dra. Carol Camfield</b>            Coordinan:            Dra.Scarlet Witting,            Dra.Daniela Triviño</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>            -Trastornos de segunda motoneurona no relacionado a SMNI.            - Caso clínico.            - Manejo farmacológico y terapia génica en Atrofia Muscular Espinal.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>            Coordinan:            Dra. Daniela Avila, Dra. Susana Lara</p>		
11.00-11:30	Coffee break		
11:30-13:00	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neurometabólica</b>            - Enfermedades metabólicas simuladoras de encefalopatía hipóxica isquémica neonatal.            - Caso clínico.            - Trastornos del movimiento en errores innatos del metabolismo.  <b>Dra. Saadet Mahmutoglu</b>            Coordinan: Dra. Tatiana Muñoz, Dra. Paola Santander</p>		
13.00-14:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>ALMUERZO-LUNCH “Simposio de Síndrome de Déficit Atencional”</b>  <b>Dr. Joseph Sergeant</b>            Coordinan: Dra. Ximena Carrasco, Dr. Jaime Pereira</p>		
14.30-16:30	<p align="center"><b>SALÓN BAHIA 2 -BAHÍA 3- SOL - ARENA</b>  <b>Presentación de Trabajos Libres</b>            Coordinan: Dra. Daniela Triviño, Dra. Marcela Legue</p>		
16.30-17.00	Coffee break		
17.00-18.30	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario “Horizontes en el Bienestar de Niños y Adolescentes, Transiciones”</b>            “Transfiriendo nuestros pacientes, transición de la infancia a la adultez”  <b>Dr. Peter Camfield</b>            “Investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Chile”  <b>Dra. Vanía Martínez</b>            “Satisfacción con la vida en adolescentes vulnerables y vulnerados: un estudio nacional”  <b>Ps. Karla Alvarez</b>            Coordinan: Dra. Keryma Acevedo, Dr. Matías Irrarrázaval</p>		

# Programa XXXIII Congreso SOPNIA

## PROGRAMA PSIQUIATRÍA 13 DE NOVIEMBRE 2015

NOVIEMBRE 13			
08:00-09:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Comunicaciones Orales</b>                      Coordinan: Dra. Marcela Abufhele, Dr. Alfonso Correa</p>		
09:30-11:00	<table border="1"> <tr> <td> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)</b>                      “Elementos diagnósticos en TCA”  <b>Dra. Gabriela Guzmán</b>                      “Al límite de un TCA: Intervenciones Terapéuticas”  <b>Dra. Patricia Cordella</b>                      Coordina: Dra. Emilia Monsalve</p> </td> <td> <p align="center"><b>SALÓN ELQUI</b>  <b>Medios, Consumismo y Felicidad</b>                      “Influencia del Marketing y Consumismo en la salud de niños y jóvenes: Cómo disminuir su impacto”  <b>Dra. Valeria Rojas</b>                      “¿El dinero compra la felicidad?: Hedonismo y Eudaimonia”  <b>Dra. Ana M. Briceño</b>                      Coordina: Dra. Marcela Abufhele</p> </td> </tr> </table>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)</b>                      “Elementos diagnósticos en TCA”  <b>Dra. Gabriela Guzmán</b>                      “Al límite de un TCA: Intervenciones Terapéuticas”  <b>Dra. Patricia Cordella</b>                      Coordina: Dra. Emilia Monsalve</p>	<p align="center"><b>SALÓN ELQUI</b>  <b>Medios, Consumismo y Felicidad</b>                      “Influencia del Marketing y Consumismo en la salud de niños y jóvenes: Cómo disminuir su impacto”  <b>Dra. Valeria Rojas</b>                      “¿El dinero compra la felicidad?: Hedonismo y Eudaimonia”  <b>Dra. Ana M. Briceño</b>                      Coordina: Dra. Marcela Abufhele</p>
<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)</b>                      “Elementos diagnósticos en TCA”  <b>Dra. Gabriela Guzmán</b>                      “Al límite de un TCA: Intervenciones Terapéuticas”  <b>Dra. Patricia Cordella</b>                      Coordina: Dra. Emilia Monsalve</p>	<p align="center"><b>SALÓN ELQUI</b>  <b>Medios, Consumismo y Felicidad</b>                      “Influencia del Marketing y Consumismo en la salud de niños y jóvenes: Cómo disminuir su impacto”  <b>Dra. Valeria Rojas</b>                      “¿El dinero compra la felicidad?: Hedonismo y Eudaimonia”  <b>Dra. Ana M. Briceño</b>                      Coordina: Dra. Marcela Abufhele</p>		
11:00-11:30	Coffee break		
11:30-13:00	<table border="1"> <tr> <td> <p align="center"><b>BAHÍA 1</b>  <b>Psiquiatría de Enlace</b>                      “Síntomas físicos no explicados médicamente (MUPS)”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      “Delirium en paciente hospitalizado”  <b>Dra. Carla Inzunza</b>                      Coordina: Dra. Ana M. Briceño</p> </td> <td> <p align="center"><b>BAHÍA 2</b>  <b>Prevención en Depresión</b>                      “Estrategias de Prevención Temprana para Depresión en Niños”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      “Prevención de Depresión en Adolescentes en Chile: ¿Es posible?”  <b>Dra. Vanía Martínez</b>                      Coordina: Dr. Jaime Pereira</p> </td> </tr> </table>	<p align="center"><b>BAHÍA 1</b>  <b>Psiquiatría de Enlace</b>                      “Síntomas físicos no explicados médicamente (MUPS)”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      “Delirium en paciente hospitalizado”  <b>Dra. Carla Inzunza</b>                      Coordina: Dra. Ana M. Briceño</p>	<p align="center"><b>BAHÍA 2</b>  <b>Prevención en Depresión</b>                      “Estrategias de Prevención Temprana para Depresión en Niños”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      “Prevención de Depresión en Adolescentes en Chile: ¿Es posible?”  <b>Dra. Vanía Martínez</b>                      Coordina: Dr. Jaime Pereira</p>
<p align="center"><b>BAHÍA 1</b>  <b>Psiquiatría de Enlace</b>                      “Síntomas físicos no explicados médicamente (MUPS)”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      “Delirium en paciente hospitalizado”  <b>Dra. Carla Inzunza</b>                      Coordina: Dra. Ana M. Briceño</p>	<p align="center"><b>BAHÍA 2</b>  <b>Prevención en Depresión</b>                      “Estrategias de Prevención Temprana para Depresión en Niños”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      “Prevención de Depresión en Adolescentes en Chile: ¿Es posible?”  <b>Dra. Vanía Martínez</b>                      Coordina: Dr. Jaime Pereira</p>		
13:00-15:00	SESIÓN ANUAL SOPNIA / ALMUERZO		
15:00-16:30	<table border="1"> <tr> <td> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Psicofármacos e Interacciones Sistémicas</b>                      “Complicaciones endocrinológicas de los psicofármacos”  <b>Dra. Marcela Abufhele</b>                      “Cardiología y psicofarmacología”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      Coordina: Dra. Gabriela Guzmán</p> </td> <td> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trabajo Intersectorial</b>                      “Trabajo Intersectorial en la atención de Salud Mental Infantil”  <b>Ps. Carmen Gloria Greve</b>                      “Enfoque Intersectorial para Prevención de Depresión y Suicidio en Atención Primaria”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      Coordina: Dr. Alfonso Correa</p> </td> </tr> </table>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Psicofármacos e Interacciones Sistémicas</b>                      “Complicaciones endocrinológicas de los psicofármacos”  <b>Dra. Marcela Abufhele</b>                      “Cardiología y psicofarmacología”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      Coordina: Dra. Gabriela Guzmán</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trabajo Intersectorial</b>                      “Trabajo Intersectorial en la atención de Salud Mental Infantil”  <b>Ps. Carmen Gloria Greve</b>                      “Enfoque Intersectorial para Prevención de Depresión y Suicidio en Atención Primaria”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      Coordina: Dr. Alfonso Correa</p>
<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Psicofármacos e Interacciones Sistémicas</b>                      “Complicaciones endocrinológicas de los psicofármacos”  <b>Dra. Marcela Abufhele</b>                      “Cardiología y psicofarmacología”  <b>Dra. Lisa Giles</b>                      Coordina: Dra. Gabriela Guzmán</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 2</b>  <b>Trabajo Intersectorial</b>                      “Trabajo Intersectorial en la atención de Salud Mental Infantil”  <b>Ps. Carmen Gloria Greve</b>                      “Enfoque Intersectorial para Prevención de Depresión y Suicidio en Atención Primaria”  <b>Dr. Matías Irrázaval</b>                      Coordina: Dr. Alfonso Correa</p>		
16:30-17:00	Coffee break		
17:00-18:30	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario Final “Traspassando fronteras en Trastornos del Neurodesarrollo”</b>                      “Neurociencia y Neuropsicología de la Desregulación Emocional”  <b>Dr. Joseph Sergeant</b>                      “Desde el Genotipo al Fenotipo en Trastornos del Espectro Autista”  <b>Dra. Amaia Hervás</b>                      Coordinan: Dra. Ximena Carrasco, Dr. Jaime Pereira                      Grupo GTD</p>		

**PROGRAMA NEUROLOGÍA 13 DE NOVIEMBRE 2015**

NOVIEMBRE 13			
08:00-09:15	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Comunicaciones Orales, Trabajos libres</b>                      Coordinan: Dra. Daniela Triviño, Dra. Marcela Legue, Dra. Lucila Andrade</p>		
09:30-11:00	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Neurointensivo Neuroquirúrgico</b>                      -Resonancia encefálica en niños con injuria cerebral.                      -Caso clínico.                      -Controversias en hidrocefalo pediátrico.  <b>Dr. Raimund Firsching</b>                      Coordinan:                      Dra. Cynthia Margarit                      Dra. Andrea Schlatter</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>                      - Síndromes miasténicos congénitos.                      -Caso clínico.                      - Manejo y seguimiento de miastenia gravis juvenil y miastenia neonatal transitoria.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>                      Coordinan:                      Dra. Daniela Avila                      Dra. Susana Lara</p> </td> </tr> </table>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Neurointensivo Neuroquirúrgico</b>                      -Resonancia encefálica en niños con injuria cerebral.                      -Caso clínico.                      -Controversias en hidrocefalo pediátrico.  <b>Dr. Raimund Firsching</b>                      Coordinan:                      Dra. Cynthia Margarit                      Dra. Andrea Schlatter</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>                      - Síndromes miasténicos congénitos.                      -Caso clínico.                      - Manejo y seguimiento de miastenia gravis juvenil y miastenia neonatal transitoria.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>                      Coordinan:                      Dra. Daniela Avila                      Dra. Susana Lara</p>
<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1</b>  <b>Simposio Neurointensivo Neuroquirúrgico</b>                      -Resonancia encefálica en niños con injuria cerebral.                      -Caso clínico.                      -Controversias en hidrocefalo pediátrico.  <b>Dr. Raimund Firsching</b>                      Coordinan:                      Dra. Cynthia Margarit                      Dra. Andrea Schlatter</p>	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Neuromuscular</b>                      - Síndromes miasténicos congénitos.                      -Caso clínico.                      - Manejo y seguimiento de miastenia gravis juvenil y miastenia neonatal transitoria.  <b>Dra. Susan Iannacone</b>                      Coordinan:                      Dra. Daniela Avila                      Dra. Susana Lara</p>		
11:00-11:30	Coffee break		
11:30-13:00	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Simposio Epilepsia</b></p> <p align="center">-Epilepsia refractaria y enfermedades metabólicas.  <b>Dra. Saadet Mahmutoglu</b>                      -Cannabinoides. <b>Dra Keryma Acevedo.</b>                      -Controversias en epilepsia. <b>Dres. Peter Camfield y Carol Camfield</b>                      Coordinan: Dra. Lucila Andrade, Dra. Viviana Venegas</p>		
13:00-15:00	SESIÓN ANUAL SOPNIA / ALMUERZO		
15:00-16:30	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 3</b>  <b>Casos Clínicos de Centros Formadores. Residentes de Neurología Infantil.</b>                      Coordinan: Dra. Cynthia Margarit, Dra. Scarlet Witting, Dra. Andrea Schlatter</p>		
16:30-17:00	Coffee break		
17:00-18:30	<p align="center"><b>SALÓN BAHÍA 1 Y 2</b>  <b>Plenario Final "Traspassando fronteras en Trastornos del Neurodesarrollo"</b></p> <p align="center">"Neurociencia y Neuropsicología de la Desregulación Emocional"  <b>Dr. Joseph Sergeant</b>                      "Desde el Genotipo al Fenotipo en Trastornos del Espectro Autista"  <b>Dra. Amaia Hervás</b>                      Coordinan: Dra. Ximena Carrasco, Dr. Jaime Pereira                      Grupo GTD</p>		

## COMITÉ EDITORIAL REVISTA

Dr. Tomás Mesa L.  
Editor General  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Matias Irrarrázaval D.  
Editor Asociado de Psiquiatría  
Universidad de Chile/ Clínica las Condes

Dra. Marta Hernández Ch.  
Editora Asociada de Neurología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Ricardo García S.  
Past-Editor  
Universidad de Chile/ Clínica Las Condes

Dr. Mario Valdivia P.  
Asistente Editor de Psiquiatría  
Clínica Privada

Dra. Alejandra Hernández G  
Asistente Editora de Neurología  
Hospital San Borja Arriarán

Dra. Viviana Herskovic M.  
Asesora Resúmenes en Inglés  
Clínica las Condes

## COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Carlos Almonte V.  
Dra. Marcela Larraguibel Q.  
Dr. Fernando Novoa S.  
Ps. Gabriela Sepúlveda R.  
Dr. Hernán Montenegro A.  
Dra. Mónica Troncoso Sch.  
Dra. Karin Kleinsteuber S.  
Dra. Flora de la Barra M.

Universidad de Chile, Santiago  
Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago  
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso  
Universidad de Chile / Santiago  
Universidad de Santiago, USACH  
Hospital San Borja Arriarán, Santiago  
Universidad de Chile, Clínica Las Condes  
Universidad de Chile, Santiago

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

**Neurología**

Dr. Jaime Campos	Hosp. Clínic. de San Carlos, Madrid, España
Dra. Patricia Campos	Universidad de Cayetano Heredia, Perú
Dra. Lilian Czornyj	Hospital de Niños, Garrahan, Argentina
Dr. Philip Evrard	Clinique Saint-Joseph, Francia
Dr. Agustín Legido	Universidad de Philadelphia, U.S.A.
Dr. Jorge Malagón	Academia Mexicana de Neurología, México
Dr. Joaquín Peña	Hospital Clínico la Trinidad, Venezuela

**Psiquiatría**

Dra. Susan Bradley	Universidad de Toronto, Canadá.
Dr. Pablo Davanzo	Univ. De California UCLA, U.S.A.
Dr. Gonzalo Morandé	Hospital Niño Jesús, España
Dr. Francisco de la Peña	Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Daniel Pilowski	Universidad de Columbia, U.S.A.

**Trabajos de Psiquiatría**  
**Modalidad Comunicación Oral**  
**Salón Bahía 1: Viernes 13 de Noviembre**  
**de 8:00-09:15 hrs.**

---

**TLP5**  
**“¿QUÉ ONDA LA PSICOTERAPIA?”**  
**MIRADA RETROSPECTIVA DEL PRO-**  
**CESO DE PSICOTERAPIA DESDE LA**  
**PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES Y**  
**TERAPEUTAS.**

Olga María Fernández G., Nicolle Alamo, Claudia Capella, Ana María Cortez, Sofía Fernández, Marcela Mendoza, Lucía Núñez.

1. Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Universidad de Chile. Proyecto FONDECYT N 1141179.

**Introducción:** La mayoría de los estudios de proceso psicoterapéutico se han realizado en adultos y desde una perspectiva cuantitativa (Williams & Hill, 2001). La investigación cualitativa en psicoterapia infanto-juvenil es de reciente desarrollo (Carlberg, Thoren, Billstrom, & Odhammar, 2009). Las metodologías usadas para evaluar procesos terapéuticos generalmente se restringen a la disminución de síntomas a través de instrumentos de autorreporte y/o información aportada por terceros: padres, observadores o profesores (Midgley, 2004). Son escasas las investigaciones en que se pregunte a los niños y adolescentes por su perspectiva acerca del proceso terapéutico y de sus experiencias subjetivas particulares con éste, a pesar del reconocimiento de la importancia de incorporarlos en las decisiones de salud que les atañen (Davies & Wright, 2008).

**Objetivo:** Describir el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva del adolescente y del terapeuta.

**Método:** Estudio cualitativo de tres procesos psicoterapéuticos de adolescentes de ambos sexos, con sus respectivos terapeutas. Una vez terminada la terapia, se realizaron entrevistas de seguimiento a pa-

cientes y terapeutas. El análisis de la información fue realizado utilizando el modelo de la Teoría Fundamentada.

**Resultados:** Se describe la representación de la psicoterapia desde el punto de vista de adolescentes y terapeutas. Es posible distinguir diferentes momentos en este proceso: ingreso, proceso y resultados, cada uno con sus componentes específicos y diferenciales.

**Discusión:** Se analizan las convergencias y divergencias de ambas perspectivas frente al proceso terapéutico y se discuten las posibles representaciones de enfermedad, cura y tratamiento que subyacen a esta comprensión de la psicoterapia

**TLP6**  
**PROPUESTA DE RUTA DE ACOMPA-**  
**ÑAMIENTO AL DESARROLLO BIOP-**  
**SICOSOCIAL PARA EL DISEÑO DEL**  
**SISTEMA UNIVERSAL DE GARANTÍA**  
**DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y**  
**ADOLESCENTES.**

Matías Irrarrazabal Domínguez(1,2), Muñoz A.(1), Prieto F.(1), Deangel V.(1), Araujo M.(3), Moraga C.(4), Bedregal P.(5), Hoogma A.(6), Barrera F.(7), Cordero M.(8), Mercer R.

1. Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile.
3. Clínica INDISA, Santiago, Chile.
4. Programa Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud, Chile.
5. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
6. Programa PAI Newenche, Fundación Tierra de Esperanza, Puerto Montt, Chile.
7. Instituto de Educación, Universidad de Londres, Inglaterra.
8. Escuela de Medicina Social y Comunitaria, Universidad de Bristol, Inglaterra.

**Introducción:** El desarrollo en niños y adolescentes (DNA) es un proceso de

cambio, que implica la diferenciación e integración de funciones, representadas en la persona como capacidades. La identificación de intervenciones que potencien el despliegue de estas capacidades resulta de gran interés para la construcción de un sistema universal de garantía de derechos para niños, niñas y adolescentes.

**Objetivos:** Construir una Ruta de Acompañamiento al Desarrollo Biopsicosocial (Ruta) desde la gestación a los 18 años de edad, en la cual se identifiquen, describan y relacionen derechos, capacidades, y sus factores facilitadores y restrictivos en la búsqueda del desarrollo humano.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo con análisis crítico, de heterogeneidad y metodología Delphi, que incluyó análisis de los programas y políticas nacionales de desarrollo y una meta-revisión de revisiones sistemáticas, para identificar y priorizar las intervenciones con mayor evidencia y efectividad para el DNA entre la gestación y los 18 años.

**Resultados:** Se determinaron 246 intervenciones asociadas al DNA que permitieron la elaboración de la Ruta que incluyó prestaciones o servicios centrados en el DNA y permite visibilizar tanto áreas carentes de la oferta pública, como aquellas con falta de evidencia. Se consideraron también el entorno de implementación y las diversas edades de los sujetos de intervención.

**Conclusiones:** Chile se encuentra en etapa de elaborar una nueva política integrada para la Infancia y Adolescencia. La Ruta, en la cual se organizan los factores anteriormente identificados, propone prestaciones de impacto y eficacia comprobada o altamente probable, que puedan apoyar el DNA en cada etapa, considerando también a las familias y comunidad.

### TLPI3

#### ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UNA

#### MUESTRA DE PREESCOLARES CHILENOS DE 30 A 48 MESES DE EDAD.

Danisa Torres Montenegro., Paula Bedregal, Camila Carvallo, Paola Viviani, Elisa Cohelo.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** En preescolares aún no existe consenso sobre los criterios para la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, el Child Behavior Checklist 1½-5 años (CBCL 1½-5) permite reconocer patrones conductuales internalizantes y externalizantes a través del reporte del cuidador principal. Ha sido ampliamente documentada la asociación entre estos problemas y la depresión del cuidador, no obstante, hasta la fecha no hay estudios chilenos publicados.

**Objetivo:** Analizar la asociación entre depresión del cuidador principal y presencia de problemas conductuales en preescolares usuarios de la red pública de salud de Chile.

**Metodología:** Estudio transversal. Muestra representativa nacional de 1429 preescolares de 2 ½ a 4 años y sus cuidadores principales. Con consentimiento se aplicó encuesta sociodemográfica y CBCL 1½-5 para evaluar conducta infantil en hogares. La depresión del cuidador se evaluó con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión abreviada.

**Resultados:** Edad promedio de preescolares fue 40,95±4,6 meses. El 51,3% fueron varones. 97,5% corresponde a cuidadoras mujeres, edad promedio 31,6±10,2 años y escolaridad 9,5 años. Se encontraron problemas conductuales de rango clínico en 21,4% de los preescolares, conductas externalizantes en 16,4%, e internalizantes en 23,1%. La frecuencia de sintomatología depresiva en cuidadores fue 9,1%. Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión del cuidador principal y problemas conductuales ( $p < 0,005$ ). En cuidadores con preescolares con conducta externalizante la frecuencia de sintomatología depresiva fue 25,3%, y en aquellos

## Trabajos de Psiquiatría

con internalizante fue 29,9%.

**Conclusiones:** Existe asociación entre depresión del cuidador principal y problemas conductuales en preescolares chilenos, lo que sugiere la importancia de la identificación, prevención e intervención temprana de la díada.

### TLP15

#### RESULTADOS PRELIMINARES DE LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 MODIFICADO (PHQ-9 MODIFICADO) PARA ADOLESCENTES EN CHILE.

Francesca Borghero, Vania Martínez, Paul Vöhringer, Marianela Hoffmann, Gabriel Cavada, Pedro Zitko, Graciela Rojas.

Programa de Magister en Epidemiología, Universidad de Los Andes; Facultad de Medicina, Universidad de Chile; FONDECYT N°11121637 y MIDAP IS130005.

**Introducción:** La depresión en la adolescencia se asocia a graves consecuencias negativas. Contar con instrumentos validados y de fácil aplicación puede favorecer una pesquisa oportuna y un adecuado seguimiento.

**Objetivo:** Describir los resultados preliminares de la validación del cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes.

**Metodología:** Estudio de corte transversal. Adolescentes de 15 a 19 años diagnosticados con depresión mediante la entrevista estructurada K-SADS-PL en cuatro CESFAM de Puente Alto responden el cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). PHQ-9 modificado es un instrumento de auto-aplicación, breve y fácil de puntuar. Explora síntomas depresivos derivados de los criterios DSM, además de evaluar ideas o conductas suicidas. Consta de 9 preguntas que se responden en una escala según frecuencia de síntomas (desde nunca hasta casi todos los días). Su puntaje va entre 0 y 27. Fue adaptado transcultural-

mente para Chile mediante un proceso de traducción directa desde la versión original en inglés, retrotraducción, conciliación de versiones y entrevistas cognitivas. Se evaluó la validez interna del cuestionario y la validez concurrente con el BDI.

**Resultados:** Participaron 209 adolescentes, 77,4% mujeres, 16,3 años en promedio (DE 1,1). Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,78 y una validez concurrente con el BDI de 0,74,  $p < 0,000$ .

**Conclusiones:** Los datos preliminares muestran buenas propiedades psicométricas. Faltan datos en población no clínica para evaluar la sensibilidad y especificidad del instrumento y proponer un punto de corte para alta sospecha diagnóstica de depresión en adolescentes chilenos.

### TLP23

#### PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA VOLANTIN: EXPERIENCIA PILOTO.

Muriel Halpern, Marcela Larraguibel, Elena Montt.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

**Introducción:** La alta prevalencia de trastornos mentales en la población infanto-juvenil chilena constituye un desafío para las intervenciones en salud mental, que deben ser validadas para el uso adecuado de recursos.

**Objetivos:** Creación y evaluación de la aplicabilidad de un programa en salud mental destinado a promover la resiliencia en escolares.

**Material y Método:** Ensayo clínico no controlado. La muestra se eligió por conveniencia. Se diseñó un programa basado en la evidencia de las intervenciones para la promoción de resiliencia en escolares. Se aplicó el programa "VOLANTIN" a diez niños y niñas entre 7 y 11 años y sus padres consultantes en el COSAM de Recoleta, previo consentimiento informado y asentimiento. La implementación fue efectuada por médicos residentes. La aplicabilidad se



evaluó a través de Focus Group a niños y padres.

**Resultados:** El programa de promoción de resiliencia "VOLANTIN" quedó constituido por nueve sesiones para niños y una sesión para padres. El programa resultó de fácil aplicabilidad y mostró alta adherencia, satisfacción y percepción de cambio positivo por parte de los niños y padres.

**Conclusiones:** El programa de promoción de resiliencia "VOLANTIN" podría llegar a constituir una herramienta efectiva para la promoción de resiliencia y protección para la salud mental en población escolar chilena.

### TLP25

#### SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y/O PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL Y QUE RESIDEN EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN CHILENO.

Fiorella Allegro, Karla Alvarez; Carola Alvarez, Iris Delgado, Paulina Denegri; Macarena Pi.

Unidad Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

**Introducción:** La satisfacción con la vida (SV) es el juicio global que las personas hacen de sus vidas y tiene un rol predictor de patologías de salud mental (PSM) en jóvenes. Son escasos los estudios de SV en población vulnerable institucionalizada y con PSM y discapacidad, de ahí la importancia de este estudio.

**Objetivos:** Conocer la SV, indicadores de riesgo depresión y otras variables en adolescentes institucionalizados, con discapacidad y PSM, entre 11,5 y 18,5 años.

**Métodos:** Estudio transversal, no experimental, con una muestra aleatoria que incluyó 4 regiones de Chile. Se aplicó: Escala SV-niños (SWLS-C), Subescalas Cuestionario Experiencias de cuidado y abuso infancia (CECA-Q), Inventario Depresión Infantil (CDI) y exploración de otras varia-

bles. Se realizó análisis estadístico descriptivo, bivariado y de regresión lineal múltiple, con SPSS 21.0.

**Resultados:** Incluyó 162 adolescentes, 60,5% mujeres, 14,7±1.8 años. El 29,1% presenta discapacidad y 70,9% PSM. El 46,9% refiere estar satisfecho con su vida, de los cuales 64,1% son hombres ( $p<0,001$ ). El 49,7% muestra riesgo depresión, asociado significativamente con baja SV ( $p>0,001$ ), siendo mayor en mujeres y en el grupo con discapacidad.

**Conclusiones:** La pregunta sobre la SV en este grupo es relevante. Respecto a riesgo de depresión, sexo y edad se observa la misma asociación con SV que en otros grupos de adolescentes institucionalizados. Este estudio es un desafío para nuevas líneas de investigación que permitan profundizar los resultados obtenidos y adoptar las políticas de prevención e intervención necesarias.

### TLP40

#### CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL ASOCIADO A COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA.

Patricia Flores(1), Pía Cumsille(1), Gabriel González(1), Jorge Barros(1).

1. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), es un cuadro complejo, heterogéneo y crónico que repercute en diferentes contextos y perdura a lo largo de la vida.

El objetivo de este trabajo es describir la comorbilidad psiquiátrica y relacionarla con el desempeño cognitivo en una muestra de niños chilenos con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

**Método:** Se evaluó una muestra de 65 pacientes entre 8 y 16 años de edad (Media: 12 años, DE: 1,6. 24 mujeres y 41 hombres),

que recibieron el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional. Con el fin de identificar la presencia de comorbilidad psiquiátrica se aplicó la Entrevista Estructurada MINI KID. Se utilizó la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños y test neuropsicológicos para evaluar atención y memoria. Modelos de Ancova se utilizaron para analizar los datos.

**Resultados:** de acuerdo a los diagnósticos psiquiátricos, el 18% de los pacientes presentan comorbilidad asociada al TDAH, y en su mayoría éstos corresponden a trastornos ansiedad (12%), seguido por trastornos del ánimo (6%). La media obtenida por estos pacientes, en la escala de inteligencia para niños de Wechsler (WISC III), los sitúa en el rango promedio (media CIT 107; DE: 11). Se observan diferencias significativas sólo en pruebas de atención sostenida (test d2) entre pacientes con TDAH que presenta comorbilidad y quienes no tienen un diagnóstico psiquiátrico comórbido. ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** trastornos del ánimo y ansiedad contribuyen comprometiendo el dominio de atención sostenida.

---

**Trabajos Psiquiatría Sesión General**  
**Salón Bahía 1: 12 de Noviembre de 14:30 a 16:30 hrs.**

**TLP8**  
**DEPRESIVIDAD. TRAUMA EN LA INFANCIA Y COMPETENCIAS MATERNAS.**

María de los Ángeles Fernández Larraín.,  
María Pía Santelices Álvarez.  
Pontificia Universidad Católica de Chile

La investigación estudia la relación que existe entre la sintomatología depresiva materna y la presencia de un trauma en la infancia de la madre, y cómo ambas se relacionan con las competencias maternas de una madre con su hijo preescolar, utilizando las variables de calidad de las competencias maternas, el grado de depresividad y la referencia de una vivencia traumática en la infancia de la madre, utilizando

los instrumentos PICCOLO (Roggman et al., 2013), el inventario de Depresión de Beck y el Childhood Trauma Questionnaire Short Form respectivamente.

El objetivo general busca analizar la relación existente entre el grado de depresividad en conjunto con la presencia de un trauma en la infancia de la madre, y cómo esto se relaciona con la calidad de interacción madre-hijo.

Es una investigación de tipo exploratoria correlacional que describe las asociaciones que tienen las competencias maternas con la sintomatología depresiva y experiencia de trauma en la infancia de la madre mediante correlaciones lineales múltiples. El diseño corresponde a uno no experimental transversal, ya que la variable a estudiar serán las competencias maternas de 124 mujeres madres con sus hijos, y los resultados obtenidos son analizados mediante regresiones lineales múltiples. Se espera obtener respuestas que relacionen la presencia conjunta de trauma infantil y sintomatología en la madre con una menor calidad de interacción madre e hijo, en comparación con la presencia de solo depresividad sin una experiencia de trauma en la infancia o la presencia de un trauma en la infancia con ausencia de depresividad.

**TLP9**  
**TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y/O ESQUIZOFRENIA: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.**

Nicole Vásquez Donoso., Carla Inzunza Canales.

**Introducción:** La co-existencia entre Autismo (TEA) y síntomas esquizomorfos -que hacen pensar en Esquizofrenia- es materia de discusión en psiquiatría infanto-juvenil. A pesar de sus diferencias nosológicas estipuladas, estudios sistemáticos muestran alta comorbilidad entre ambas, y hallazgos comunes a nivel familiar, genético y de neuroimágenes sugieren revisar este tema.

**Objetivo:** Discutir en relación a TEA y es-

quizofrenia a la luz de un caso clínico.

**Metodología:** Caso clínico manejado en Centro de Salud Mental San Joaquín entre Agosto 2014 y Junio 2015. Consentimiento informado de los padres.

**Resultado:** Paciente L.S, hombre, 17 años, excelente rendimiento escolar. Antecedentes del desarrollo de TEA, evaluado mediante ADI-R. Historia de aislamiento social y autoagresiones desde los 13 años. Se agrega restricción alimentaria con baja de peso de 25 Kg en 6 meses y rituales en relación a comidas, progresivos e inhabilitantes. Padres consultan a psiquiatra UC, se hospitaliza al paciente debido a su grave estado nutricional y síntomas catatónicos, respondiendo parcialmente a fármacos. Familia rechaza TEC. Restricción alimentaria revierte parcialmente, persistiendo aislamiento social, rituales en relación a la alimentación y elementos psicóticos (alteraciones psicomotoras, desorganización del pensamiento, ideas paranoides, fenómenos de influencia, racionalismo mórbido y pseudoalucinaciones auditivas), con escasa respuesta a fármacos y adherencia parcial al tratamiento.

**Conclusiones:** Nuestro caso evidencia la dificultad diagnóstica, cuando al existir un desarrollo en el espectro autista los síntomas evidentes son esquizomorfos y hay una mala respuesta al tratamiento. Autismo y esquizofrenia se planteaban como trastornos excluyentes entre sí; sin embargo, las propuestas diagnósticas actuales permiten su co-diagnóstico.

### TLP11

#### EVOLUCION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIPSICOTICOS ATIPICOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTIL DEL HOSPITAL BARROS LUCO.

Loreto Galleguillos Palma., Pedro Palma Vergara, Veronica Ceballos Neumann, Francisca Pizarro Herrera, Carolina Castillo Albornoz, Hector Muñoz Toro, Juan Salinas Véliz.

Servicio Psiquiatría infantil Hospital Ba-

rrros Luco Trudeau (HBL).

Los antipsicóticos se utilizan hace años en distintas patologías de nuestra especialidad, realizándose en la actualidad esfuerzos por regular su uso. Lo anterior es particularmente importante en el grupo etéreo de nuestros pacientes.

**Método:** estudio observacional retrospectivo de los pacientes que iniciaron antipsicóticos atípicos (AA) en nuestro servicio de psiquiatría infantil, entre el 1 enero 2008 hasta el 31 diciembre 2013. Se realizó muestra en base a información disponible en registros informáticos de farmacia y estadística. La tendencia del comportamiento de la prescripción en el tiempo de estudio se modeló utilizando regresión de Poisson, buscando la alternativa de moldeamiento con mejor bondad de ajuste. Se consideraron las siguientes variables: diagnóstico, dosis, antipsicótico utilizado y sexo.

**Resultados:** El modelo de regresión cuadrático, mostró una tendencia a la estabilidad en la prescripción. La risperidona es el antipsicótico más utilizado (64,4%), con un ascenso de su prescripción a partir del año 2010. El resto de los antipsicóticos mostró una distribución de frecuencia homogénea en el tiempo. Las dosis de AA más usadas fueron: risperidona 1mg (28,68%), olanzapina 20mg (21,5%), aripiprazol 10 mg (33,9%), quetiapina 300 mg (37,95%). Los diagnósticos con mayor frecuencia asociados al uso de AA fueron: TDAH y TC.

**Conclusiones:** La importancia de describir patrones de uso de AA y los diagnósticos asociados en el medio local permiten ayudar a racionalizar su prescripción. La risperidona no sorprende en cuanto a frecuencia de uso a edad pediátrica, destacando sí su uso "off label", en relación a entidades que poseen otros tratamientos como primera aproximación terapéutica.

### TLP12

#### PSICOSIS MANIFORME POR CANNABIS EN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO

## Trabajos de Psiquiatría

### TO DE UN CASO.

Loreto Galleguillos Palma., Hector Muñoz Toro, Karin Borgeaud Carmona.  
Servicio de Psiquiatría Infantil Hospital Barros Luco Trudeau.

Cerca de un 10% de personas entre 15 y 64 años consumen cannabis. Si bien el consumo de ésta durante la adolescencia se asocia a mayor carga de enfermedad mental, su rol e impacto como gatillante de un primer episodio maniaco permanece indeterminado. Paciente masculino, 17 años, consumo de cannabis desde los 13 años. Fue ingresado por síndrome maniforme, sumado a ideas de persecución, de contenido místico religioso, y de poderes sobrenaturales. Hospitalizado por 5 días, se realiza TAC y exámenes metabólicos que resultan normales. Se trató con risperidona y valproato, evolucionando favorablemente. Tras 1 mes y medio de tratamiento ingresa al policlínico, la madre refiere que está mejor, sin insomnio ni incoherente, pero lo describe retraído, sin iniciativa. Impresiona sin conciencia de enfermedad, aún psicótico, con ideas poco conexas tipo paranoides principalmente, pseudocontactado, más desorganizado, con aplanamiento afectivo, y fenómenos de tipo primer orden.

**Conclusiones:** Existe poca claridad acerca de los mecanismos neurobiológicos de la relación entre TUS cannabis y trastornos psiquiátricos. Estudios longitudinales han mostrado que en general TUS precede inicio TAB. Pero la dirección de esta relación causal no es clara. Datos epidemiológicos han demostrado que el Riesgo de trastorno psicótico aumenta con la intensidad y tiempo de consumo de cannabis. Es importante la descripción de psicosis maniformes asociadas a cannabis por lo escaso de su aparición en la literatura. Peculiarmente el presente caso evolucionó de forma polimorfa, hacia una clínica más sugerente de cuadro procesal.

### TLP14

### ENCUESTA DE ELECCIÓN DE UN SISTEMA VISUAL Y DE UN LENGUAJE

### ICONOGRÁFICO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ESCOLARES.

Elizabeth Frías, Daniela Ramírez, Carlos Rojas, Muriel Halpern, María Elena Montt, Marcela Larraguibel.

Clínica Psiquiátrica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Escuela de Diseño, Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social, Universidad Tecnológica Metropolitana.

**Introducción:** Entregar contenidos a través de imágenes visuales puede ser una estrategia de apoyo a programas de intervención en salud mental infanto juvenil. Este estudio se realiza con el fin de diseñar un sistema visual y un lenguaje iconográfico pertinente para el Programa de Promoción de la Resiliencia “VOLANTÍN”.

**Objetivo:** Explorar en niños de 2° a 6° básico las animaciones pregnantes en la memoria, preferencias personales, niveles de simplicidad – complejidad a través de las formas y tratamiento de color de imágenes.

**Material y Método:** Estudio descriptivo prospectivo. La muestra fue elegida por conveniencia. Se encuestaron 40 estudiantes de 2° a 6° año básico, en dos colegios de las comunas de Quilicura y San Bernardo. Se aplicaron, de manera individual, 3 encuestas. La primera, destinada a evaluar preferencias personales sobre programas de televisión o películas, la segunda, la elección de animaciones o series infantiles según canal de televisión a través de comparación de imágenes y la tercera, elección de imagen de acuerdo a su grado de iconocidad (simplicidad y complejidad según forma y color).

**Resultados:** El programa más pregnante, “Los Simpsons” (37,5%), seguido por “Dragon Ball” (15,5%). Las animaciones más vistas fueron en Disney Channel: “Phineas y Ferb” (85%), Cartoon network: “Clarence” (75%), Nickelodeon: “Los Padrinos Mágicos” (85%). La imagen escogida fue, abstracción máxima (la mas simple) (38%) y con tratamiento de color de luces y sombras (58%).

**Conclusiones:** La muestra estudiada muestra preferencia por imágenes simples, con pocos objetos, personajes en 3D, aplicando el efecto de luces y sombras.

### TLP17

#### **SINDROME CATATONICO POR ESQUIZOFRENIA EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO.**

Maria Magdalena Rodríguez Fuentes, Bianca Anthon, Margarita Ronda, Caterina Pesce.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Corta Estadía Infanto Juvenil, Hospital Sotero del Río, Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

**Introducción:** La Catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico que se caracteriza por un trastorno específico de la función motora y fenomenología conductual, afectiva, cognitiva y autonómica. Se relaciona etiológicamente con trastornos del ánimo, psicóticos y causas médicas. La Esquizofrenia (EQZ) puede causar Catatonía. Dicho cuadro ha sido escasamente descrito en población infanto juvenil.

**Objetivo:** Describir presentación de Catatonía por EQZ en adolescente.

**Metodología:** Presentación de caso clínico manejado en Unidad de Corta estadía Infanto juvenil Hospital Sótero del Río (UHCEIJ HSR) entre abril-septiembre 2015. Se obtiene consentimiento informado. No existe conflicto de interés.

**Resultados:** Adolescente, sexo masculino, 13 años. Sin antecedentes. Un año previo al ingreso inicia cuadro progresivo de ánimo bajo, anhedonia y deterioro funcional. Durante este año evoluciona a mutismo, rigidez motora, dificultad en alimentación por boca y pérdida del control esfinteriano. Hospital Regional constata Catatonía, inicia estudio etiológico y traslada a UHCEIJ HSR en donde se completa estudio que descarta causa orgánica de Catatonía. En relación a Catatonía se indica Lorazepam 16 mg/día y TEC. A partir de 6ª

sesión se observa mejoría clínica significativa evaluada por Escala de Catatonía Bush-Francis. Actualmente mantiene Lorazepam y TEC mensual.

En relación al tratamiento etiológico se sospecha EQZ Catatónica por la presencia de pensamiento y conducta desorganizados durante hospitalización y la no respuesta a tratamiento con Antidepresivos. Se indica Clozapina según protocolos, dosis actual 500 mg/día. Mejoría clínica parcial.

**Conclusiones:** La EQZ puede ser una causa menos frecuente de Catatonía en población adolescente, por lo que debe sospecharse dirigidamente su diagnóstico.

### TLP19

#### **CONDUCTA SUICIDA EN MENORES DE 15 AÑOS INGRESADOS AL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE: UNA REVISION DE 2 AÑOS.**

Marcelo Cruz Barriga, Claudia Quezada Nitor.

Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

**Introducción:** La conducta suicida ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, presentándose cada vez a edades más tempranas. El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes.

**Objetivos:** Caracterizar la conducta suicida en aquellos adolescentes menores de 15 años que requieren hospitalización.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes ingresados al servicio de pediatría por conducta suicida febrero de 2012-abril de 2014.

**Resultados:** Durante el período se hospitalizaron 39 pacientes. No fue posible obtener todos los datos, por lo que se consideró en el total sólo aquellos casos en los que se tiene certeza. La edad media fue de 12,9 años, más frecuente en sexo femenino (87%). 21,4% (6/28) presentaba conducta suicida previa. 37% (10/27) se encontraba en con-

trol en salud mental. El principal método utilizado fue la ingesta medicamentosa: 92,3%. El principal desencadenante fue la discusión con alguien significativo (familiares, pareja o amigos): 74,1% (20/27). Un 53,3% (16/30) requirió UTI/UCI, pese a que solo 27% fueron considerados de alta letalidad médica (10/39). 26,7% (8/30) había comunicado durante el último mes lo que pensaba hacer. El consumo de alcohol (3,3%; 1/30) o sustancias (0/31) en las horas previas fue infrecuente. Existen antecedentes de repitencia (33,3%; 10/30), maltrato (43,5%; 10/23) y abuso sexual (25%; 4/16).

**Conclusiones:** Predominan sexo femenino y fácil acceso a fármacos, los requerimientos de UCI/UTI y la elevada frecuencia de conflictos interpersonales son frecuentes. Los datos obtenidos resultan relevantes al brindar un mapa epidemiológico incipiente en un Servicio de Pediatría de un Hospital General.

### TLP21

#### TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON CREENCIAS DELIRANTES EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO.

Bianca Anthon, María Magdalena Rodríguez, Margarita Ronda, Caterina Pesce.  
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Corta Estadía Infanto Juvenil, Hospital Sótero del Río, Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un síndrome psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones patológicas. En sus formas más severas sus síntomas se pueden presentar como creencias delirantes, situación que complejiza diagnóstico, manejo clínico y pronóstico.

**Objetivo:** Describir presentación y manejo de TOC con creencias delirantes en adolescente.

**Metodología:** Presentación de caso clínico manejado en la Unidad de Corta es-

tadía Infanto juvenil Hospital Sótero del Río (UHCEIJ HSR) entre mayo-agosto del 2015. Se obtiene consentimiento informado de padres. No existe conflicto de interés.

**Resultados:** Adolescente de sexo masculino, 16 años. Sin antecedentes relevantes. Inicia cuadro de TOC a los 13 años con controles y tratamiento irregular. En tratamiento con Sertralina dosis máxima y Terapia Cognitivo Conductual desde 6 meses previos al ingreso. Se deriva a la UHCEIJ HSR por síntomas psicóticos de tipo creencias delirantes en relación a obsesiones y compulsiones. Se realiza proceso de evaluación diagnóstica del cuadro psicótico, con exámenes que resultan normales (neuroimagen, laboratorio y Electroencefalograma). Se confirma diagnóstico de TOC con creencias delirantes.

En relación al tratamiento, se realiza traslape de Sertralina a Clomipramina, alcanzando este último dosis de 250 mg/día y se agrega Olanzapina 10 mg/día. Se observa mejoría clínica significativa evaluada a través de la Escala de Yale-Brown.

**Conclusiones:** El TOC con creencias delirantes puede presentarse en población infanto juvenil perturbando notablemente la vida de quien lo padece. El paciente portador de este trastorno puede ofrecer muchas dudas diagnósticas y su tratamiento suele ser largo y complejo.

### TLP22

#### PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY, EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE LA COMUNIDAD.

Ana María Rodríguez, Nicolás Labbé Arocca, Jorge Gaete Olivares. Santiago.

El CDI es un instrumento capaz de identificar sintomatología afectiva en población infanto-juvenil. Si bien se ha utilizado en diversas investigaciones en Chile, existen menos estudios que exploran el comportamiento de este instrumento en población infantil, específicamente entre los 8 y 12 años.

El objetivo es determinar las propiedades psicométricas del CDI en una población de estudiantes de 8 a 12 años, de 7 colegios de la Región Metropolitana.

Se aplicó la adaptación Chilena del CDI (Cogiolla, et al., 1991) a 358 alumnos de tercero a quinto básicos. Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando correlaciones policóricas usando Unweighted Least Squares (ULS). El procedimiento para determinar el número de factores fue Análisis Paralelo, y la evaluación de la consistencia interna se realizó con alfa de Cronbach. Un total de 346 estudiantes entregaron información completa. Un 49,7% fueron mujeres y la edad promedio fue de 9,8 años (d.e. 0.93). Las características de la matriz de correlaciones permitió realizar el análisis factorial (Bartlett < 0.001; KMO = 0.88). El número de factores obtenido fue 1, explicando un 35% de la varianza. Los pesos factoriales oscilaron entre 0.280 y 0.803. El alfa de Cronbach fue de 0.94.

Pocos estudios han mostrado el comportamiento del CDI en una población de 8 a 12 años. Este instrumento parece tener una buena estructura interna y una alta confiabilidad. Se hace necesaria una versión abreviada que permita ser un instrumento más fácil de usar, pero al mismo tiempo que sea capaz de explicar un mayor porcentaje de varianza.

### TLP24

#### PERFIL CLINICO Y PSICOSOCIAL DE ADOLESCENTES INTENTADORES DE SUICIDIO HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA 2009-2011.

Paula Peters Pérez, Alejandro Maturana Hurtado, Gianna Muñoz Larraguibel.  
Clínica Psiquiátrica Universitaria. Unidad de psiquiatría Infantil y de la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de cambios importantes en el desarrollo que hacen al sujeto vulnerable a desarrollar patología psiquiátrica y, por lo tanto, a presentar conducta suicida también.

El fenómeno suicida ha aumentado en el mundo, y los adolescentes chilenos no constituyen la excepción. Muchos de los

sujetos que cometen suicidio tienen historia de hospitalización psiquiátrica previa y de ahí la importancia de estudiar a hospitalizados con intento suicida (IS) y compararlos con aquellos que no lo intentan (NS), con el fin de diferenciar a ambos grupos e implementar medidas preventivas durante este período especialmente sensible y permeable a intervenciones. Para caracterizar al grupo de pacientes suicidas, se realizó un estudio analítico transversal sobre la totalidad de pacientes de 15 a 18 años hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria entre el año 2009 y 2011 (n=137).

91 casos (66.42%) correspondieron a pacientes IS (intento actual o previo) y 46 a NS (33.58%). Se encontró diferencia por género en ambos grupos, predominando mujeres (69.35%) en el grupo IS versus 21.74% de mujeres entre NS. Así mismo, hubo diferencia en cuanto al tipo de familia, sintomatología al ingreso y diagnóstico de egreso hospitalario; historia familiar de conducta suicida, abuso sexual infantil y asociación a trastorno de personalidad, entre otros. No resultó relevante la diferencia en cuanto a orientación sexual, presencia de psicopatología parental, antecedente de consulta previa, ni tipo de fármacos al ingreso para ambos grupos de estudio. Se evidencia la necesidad de ampliar investigación a otros centros para contrastar hallazgos.

### TLP28

#### SÍNTOMAS DEPRESIVOS E IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA BAJO CONTROL EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO

Constanza Morales Yañez., Elisa Sepúlveda, Marcelo Briceño, Ingrid Selle.  
Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** La presencia de una patología crónica aumenta el riesgo de padecer patologías de salud mental.

**Objetivo:** Determinar la presencia de sín-

tomas depresivos e ideación suicida en una muestra de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, transversal. Muestra de 9 sujetos entre 8 y 20 años, de una población de 10 sujetos entre 5 y 20 años. Se aplicó encuesta CDI para síntomas depresivos y escala de Okasha para ideación suicida. Aprobado por comité de ética. Sin conflictos de interés.

**Resultados:** La muestra estaba constituida por 3 mujeres y 6 hombres. La edad media era 15,3 años (DE:  $\pm 2,9$ ). Tiempo desde el diagnóstico 7,4 años (DE:  $\pm 4,9$ ). 7 sujetos conocían su diagnóstico. Ningún sujeto superó el punto de corte para depresión (mayor a 18 puntos en CDI). Ningún sujeto presentó Intento de suicidio. El puntaje promedio del CDI fue: 9,5 (DE:  $\pm 5,6$ ) y para las subescalas fue de: 6,3 (DE:  $\pm 3,2$ ) para disforia y 3,2 (DE:  $\pm 2,4$ ) para autoestima. El puntaje medio del CDI fue mayor en hombres (11,5 vs. 5,7). Las prevalencias de vida de la escala de Okasha fueron: 1) para pensar que la vida no vale la pena: 55,5% (7 sujetos), 2) para deseos de estar muerto: 44,4% (4 sujetos), 3) para haber pensado en terminar con la vida: 44,4% (4 sujetos).

**Conclusiones:** Los síntomas depresivos en la muestra se presentan de forma subsindrómica, siendo la prevalencia encontrada menor a la reportada para otras patologías crónicas en el mismo centro.

### TLP31

#### LA HORA DE COMER EN ANOREXIA NERVIOSA: ESTUDIO CUALITATIVO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO. RESULTADOS PRELIMINARES.

Andrea Godoy P., Alessandra Lubiano, Adriana Gutiérrez, Elizabeth Ripoll, Hilda Ithurrealde, Gabriela Guzmán, Metodóloga: Pamela Verdugo.

Unidad de Salud del Adolescente, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río/ Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

**Introducción:** La anorexia nerviosa se asocia con altas tasas de discapacidad y mortalidad. Factores asociados con patrones familiares de comer incluyen entorno del hogar, estilo parental y cohesión familiar. Comer en familia está asociado con menores niveles de conductas extremas de control del peso.

**Objetivos:** Describir la vivencia de la hora de comer de diadas de adolescentes anoréxicos y sus madres. Percepción del rol del alimento, relaciones familiares y dinámica al comer, comportamiento asociado al comer en otros momentos familiares y cambios de la hora de comer con tratamiento.

**Metodología:** Estudio cualitativo de corte transversal y análisis fenomenológico interpretativo (IPA); entrevistas utilizando fotografía tomada por paciente al término de comida familiar (“foto-elicitación”). Aprobación por comité de ética de Hospital Sótero del Río.

**Resultados preliminares:** Entrevistas a 5 mujeres y 2 hombres (14-17 años) con anorexia nerviosa y respectivas madres. Dimensiones categoriales preliminares:

1. Organización: Las posiciones en la mesa están definidas según jerarquía en la familia, con el padre en la cabecera. Las familias no cambian su pauta de alimentación durante el tratamiento sólo hay cambios en la alimentación de los pacientes.
2. Momentos de comida: Ambiente es percibido como desagradable y asocia sentimientos negativos alrededor de hora de comer. Frecuencia de comidas en familia entre 0-2 por semana, comer en familia se percibe como “importante”. La relación familiar más tensionante durante la hora de comer es con la madre.
3. Percepción del tratamiento: posterior al diagnóstico comienza supervisión de lo ingerido. Pacientes evitan comer en familia para eludir exigencias.

### TLP34

#### INFLUENCIA PARENTAL EN LOS ESTILOS DE VIDA DE ADOLESCENTES TEMPRANOS.



Jorge Gaete(1,2), Cristian Rojas-Barahona (3), Esterbina Olivares(4).

Lugar: 1. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes; 2. Department of Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 3. Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile; 4. Escuela de Enfermería (Campus San Felipe), Universidad de Valparaíso.

**Introducción.** El desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial está relacionado con los estilos de vida adquiridos tempranamente en el desarrollo. La adolescencia temprana (10-14 años) parece ser una etapa importante en la elección y consolidación de estas conductas.

**Objetivo.** Determinar la relación entre estilos de vida de padres/apoderados y la frecuencia de conductas saludables de adolescentes tempranos.

**Métodos.** El estudio es no experimental de tipo transversal que constituye la línea basal de un estudio longitudinal. Participantes: 560 padres/apoderados y sus hijos (5° a 8° Básico), edad promedio 11,5 años (d.e. 1,19), de San Felipe (con aprobación del comité de ética y consentimientos informados). Se utilizaron escalas de auto-reporte validadas para evaluar la frecuencia de conductas promotoras de salud, que contestaron padres/apoderados y sus hijos. Se realizaron análisis de regresión logística univariable y multivariable con información completa, utilizando como variable dependiente dicotómica la frecuencia de conductas promotoras de salud de los adolescentes (Alta/Baja) y como predictor principal la frecuencia de dichas conductas en los apoderados, controlando por variables personales y familiares, como la salud mental.

**Resultados:** Las variables relacionadas con una mayor frecuencia de conductas promotoras de salud en adolescentes fueron, a nivel personal, conformidad con apariencia física (OR: 1,73; 95%IC: 1,09-2,76), y a nivel familiar, las conductas saludables

de padres/apoderados (OR: 1,95; 95%IC: 1,34-2,84).

**Conclusiones:** Los resultados muestran una asociación entre las conductas promotoras de salud parentales y de los adolescentes. Se identifican variables potenciales a considerar en enfermedades crónicas. No existen conflictos de interés

### TLP35

#### **CAMBIO EN PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DISFUNCIONALES EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN PARTICIPANTES DE UNA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

Paulina Larrondo, Vania Martínez, Carolina Lüttges, Carmen Poblete, Graciela Rojas.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile; FONDECYT N° 11121637 y MIDAP IS130005.

**Introducción:** El trabajo terapéutico en desafío de pensamientos automáticos disfuncionales es primordial en la terapia cognitivo conductual (TCC) para la depresión. Se ha desarrollado una TCC apoyada por el computador (TCC-c) para favorecer ese trabajo.

**Objetivo:** Describir el cambio en pensamientos automáticos disfuncionales en adolescentes con depresión participantes de una TCC-c.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Adolescentes de 15 a 19 años diagnosticados con depresión responden al inicio de la terapia y cuatro meses después, la sub-escala de Fracaso Personal de la Escala de Pensamientos Automáticos Infantil (Children's Automatic Thoughts Scale, CATS) que consta de diez afirmaciones. La TCC-c consta de ocho sesiones. El criterio de inclusión para este estudio es haber participado en la sesión 4 en que se aborda el desafío de pensamientos automáticos negativos. Se realiza un análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Participaron 50 adolescentes, 39 (78%) son mujeres, de edad promedio 16,2 años (DE= 1,03). Al inicio de la TCC-c los participantes presentaron un puntaje promedio CATS: 19 puntos, 34,8% presentaron alta puntuación (Siempre), 48,2% mediana (A veces) y 17% baja (Nunca). A los cuatro meses de terapia los participantes presentaron un puntaje promedio CATS: 5 puntos, 8% con alta puntuación, 47,2% mediana y 44,8% baja. El pensamiento automático que presentó un mayor cambio favorable para los adolescentes fue "Nada de lo que hago me sale bien", el que al inicio se presentó en 56% y al final en 6%.

**Conclusiones:** La TCC-c aplicada disminuye los pensamientos automáticos disfuncionales, favoreciendo la efectividad de un tratamiento de estas características.

### TLP36

#### COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO DE ANSIEDAD (TA) Y TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): ¿DOS TRASTORNOS COEXISTENTES O UNA PATOLOGIA DIFERENTE?

Consuelo Aldunate, Marcela Larraguibel, Pedro Maldonado, Francisco Aboitiz, Gloria Toledo, Macarena Pi.  
Clínica Psiquiátrica Universitaria.

**Introducción:** La comorbilidad entre TA y TDAH es alta, alcanzando el 33.4%, similar a lo reportado mundialmente (25%).

**Objetivo:** Comparar las características demográficas y clínicas de pacientes portadores de la comorbilidad TA-TDAH, con los diagnosticados con ambos trastornos por separado.

**Método:** Descriptivo, transversal, observacional. Muestreo por conveniencia. Población de estudio: escolares (6-19 años), chilenos, de ambos sexos, consultantes en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de CPU. Grupo expuesto a enfermedad: TDAH-TA comórbidos; Controles: TDAH y TA. Evaluación Clínica: entrevista, Inven-

tario Ansiedad Rasgo-Estado para niños (IDAREN), Auto-Reporte Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA), Swanson, Nolan y Pelham (SNAP-IV). Se utilizaron pruebas de chi<sup>2</sup>, ANOVA y Kruskal-Wallis para la comparación de grupos, según el tipo de variable y su distribución.

**Resultados:** La muestra (N=35) quedó constituida por: 18 mujeres (51.4%), entre 7-19 años (edad promedio: 13.8), 11 pacientes con TDAH (8 hombres [72.7%]; edad promedio: 13.3), 11 pacientes con TA (8 mujeres [72.7%]; edad promedio: 15.1) y 13 pacientes TDAH-TA (7 mujeres [53.8%]; edad promedio 13.2). Se observaron diferencias significativas en puntajes totales de AANA entre pacientes con TDAH [16.2 puntos] y ambos grupos con TA (TA [33.6 puntos] y TA-TDAH [30.2 puntos]). No se observaron diferencias significativas en puntajes totales de SNAP-IV, aunque sí, al analizar por sub-escalas.

**Conclusiones:** Existen diferencias socio-demográficas en los portadores de esta comorbilidad. La presencia de TA-TDAH homogeniza la muestra en cuanto a la distribución por sexo, anticipa la edad de aparición de síntomas ansiosos, y clínicamente no empeora ni aminora los síntomas ansiosos ni del TDAH.

### TLP39

#### ASOCIACION ENTRE PRACTICA DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES Y MENOR SOSPECHA DE DEPRESION INFANTIL EN NIÑOS DE ENTRE 10 Y 17 AÑOS.

Elisa Sepúlveda A., Francisca Bravo F. Francesca Bettoli P. Benjamín Tudela S. Francisca Silva O.  
Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** La depresión es una patología frecuente en la infancia y adolescencia, con gran impacto en la calidad de vida. Es importante la identificación de factores protectores para una prevención efectiva.

**Objetivo:** Determinar asociación entre realizar actividades extracurriculares y

menores puntajes en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y de Okasha en niños entre 10 y 17 años de colegios particulares de la Región de Valparaíso.

**Método:** Estudio observacional analítico de corte transversal. Se empleó el CDI y la Escala de Okasha a 204 estudiantes entre quinto básico y segundo medio de los colegios Hebreo (Viña del Mar) y Scuola Italiana (Valparaíso). Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de asociación de T de Student, Chi2 y Spearman para el análisis. Se consideraron significativos valores de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Del total, 109(53.6%) fueron mujeres y 94(46.3%) hombres. La media de edad fue 12.89 años( $DS \pm 1.9$ ). 175(85.7%) niños realizan alguna actividad extracurricular, siendo deportiva en 144. A 67.5% le gustaría realizar otra actividad. Se encontraron puntajes en CDI compatibles con depresión en 42(20.6%) niños, con una media de 11,8( $DS \pm 7.7$ ) y valores positivos en Okasha en 22(21.6%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre mayor puntaje en CDI y ser mujer ( $p < 0.014$ ), así como con realizar actividades extracurriculares ( $p < 0.004$ ), sin diferencia por tipo de actividad. Respecto al riesgo de suicidio se asocia con el no desear realizar otra actividad ( $p < 0.049$ ), así como con el bajo grado de compañerismo ( $p < 0.03$ ).

**Conclusión:** Es importante fomentar actividades extracurriculares en población infanto-juvenil dada su asociación con menores puntajes en CDI.

---

### Trabajos Psiquiatría Sesión General

Salón Valle: 12 de Noviembre de 14:30 a 16: 30 hrs.

#### TLP1

#### LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CHILENOS ENTRE 15 Y 25 AÑOS.

Claudia Cruzat Mandich; Isidora de Lucía Paiva Mack.

**Introducción:** Diversas investigaciones en

Chile con población normal, encuentran que existen distorsiones en la percepción del peso, dificultando la configuración de la imagen corporal, dado que aumenta la insatisfacción con ésta. Esto constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas en la conducta alimentaria, y para otras dificultades de orden afectivo, especialmente en adolescentes.

**Objetivos:** Dentro del proyecto fondecyt 1140085 se pretende describir algunas variables psicológicas y las dimensiones de la imagen corporal en jóvenes chilenos entre 15 y 25 años.

**Tipo de estudio:** Metodología cuantitativa, descriptiva y correlacional. Descripción de métodos empleados: La estrategia de muestreo es no probabilística por conveniencia. Participaron 1.459 jóvenes de tres regiones de Chile, de distintos niveles socioeconómicos, de ambos sexos. Se utilizaron tres cuestionarios auto-administrados: el MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) que mide imagen corporal; el SCL-90 que mide presencia de sintomatología psicológica y psiquiátrica y el EDI-2, que mide factores asociados a problemáticas alimentarias.

**Resultados:** Al 65% de la muestra le gustaría pesar menos. Cabe destacar que las mujeres presentan mayores malestares psicológicos, presentan mayor insatisfacción con su cuerpo, desean bajar más de peso, están incluso obsesionadas por la delgadez, y no presentan conductas dirigidas a solucionar aquello que les preocupa, en comparación a los hombres.

**Conclusiones:** Es importante discutir sobre la insatisfacción de la imagen corporal y factores de riesgo asociados a ésta, en población chilena. Además, se puede decir que las mujeres entre 15 y 25 años, son un grupo de riesgo que sería necesario abordar.

#### TLP2

#### PROGRAMA COLABORATIVO A DISTANCIA PARA MEJORAR EL MANEJO

## Trabajos de Psiquiatría

### DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA.

Vania Martínez Nahuel, Carolina Lüttges, Matías Irrarrázaval, Macarena Alfaro, Kenny Morales, Rubén Alvarado, Paulina Larrodo, Graciela Rojas.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) Facultad de Medicina, Universidad de Chile; FONIS SA1212294 y MIDAP IS130005.

**Introducción:** Un programa colaborativo entre especialistas y equipos de atención primaria de salud (APS) puede contribuir al mejor manejo de adolescentes con depresión.

**Objetivo:** Describir los resultados de la implementación de un programa colaborativo a distancia para mejorar el manejo de adolescentes con depresión.

**Metodología:** Ensayo clínico controlado aleatorizado por clusters. En una plataforma de Internet interactúan especialistas de Santiago y equipos de APS de la Región de La Araucanía. Los equipos participaron en un curso de actualización en depresión adolescente. 8 centros recibieron apoyo en el diagnóstico (Grupo 1) y 8 centros recibieron apoyo en el diagnóstico y manejo de los casos durante 12 semanas (Grupo 2). Se aplicó la entrevista MINI-KID para apoyar el diagnóstico de depresión y, al inicio y a las 12 semanas, el Inventario de Depresión de Beck.

**Resultados:** Fueron referidos 178 casos, 35 no cumplieron criterios de depresión, 78 ingresaron al Grupo 1 y 65, al Grupo 2. 81,1% son mujeres, 16,8% viven en zona rural, 16,1% son de etnia mapuche. La edad promedio fue de 15,4 años (DE 1,6). El puntaje promedio del BDI inicial fue de 27,4 (DE 9,7) y a las 12 semanas 17,6 (DE 12,5). No se encontró diferencias significativas en la reducción de sintomatología depresiva entre el Grupo 1 y el Grupo 2. 22% aún presenta sintomatología grave a las 12 semanas.

**Conclusiones:** Un programa de este tipo favorece un adecuado diagnóstico de la depresión en adolescentes. Para mejorar el manejo se requiere implementar programas a más largo plazo.

### TLP4

### PREVALENCIA DE TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PREESCOLARES USUARIOS DE LA RED PÚBLICA DE CHILE.

Paula Bedregal., Paola Viviani, Camila Carvallo.

Pontificia Universidad Católica de Chile

En el contexto de la evaluación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Chile Crece Contigo), nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de trastornos conductuales en preescolares y su asociación con algunas variables de la familia y el niño/a.

**Metodología:** En una muestra aleatoria multietápica y representativa de 1377 preescolares con edades entre 30 y 48 meses (52,3% varones), de la red pública de salud, se aplicó en hogares la encuesta Chile Crece Contigo que captura variables de interés y el Cuestionario CBCL-Achenbach de 1 ½ - 5 años.

**Resultados:** 21,4% (95%IC: 19,3-23,7%) presenta trastornos conductuales de rango clínico (TCC), y 11,1% (95%IC: 9,5-12,9%) borderline (TCB). Trastornos internalizantes presenta un 23% (95%IC: 20,9-25,4%). La prevalencia de TCC observada es mayor en varones (23,3% vs 18,8%) y en menor nivel socioeconómico (19,3% en alto vs 31,4% en bajo). La prevalencia de TCB es similar por sexo y edad; sin embargo hay diferencias por nivel socioeconómico (7% en alto vs 12,4% en bajo). Tienen mayor prevalencia de TCC los preescolares con enfermedades crónicas, con cuidadores con problemas en salud mental, de hogares con presencia de eventos vitales estresantes, con problemas de funcionalidad familiar y con menos recursos estimulantes en el hogar.

**Conclusión:** Estos resultados se suman a las evidencias sobre serios problemas en la salud mental infanto-juvenil en nuestro país, lo que plantea desafíos para la detección temprana por parte del equipo de salud y para la organización de los sistemas de atención clínica.

### TLP7

#### SIGNIFICACIÓN DE UN EVENTO QUIRÚRGICO INTRAHOSPITALARIO DESDE LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA EVOLUTIVA, A TRAVÉS DEL USO DE TÍTERES, EN NIÑOS DE 5 Y 6 AÑOS.

Giordana Benzi Tobar., Gabriela Sepúlveda.

Hospital Exequiel González Cortés

Desde la perspectiva Constructivista Evolutiva, sabemos que todo niño o niña que debe ser sometido a un Evento Quirúrgico Intrahospitalario, construirá su propio significado de lo vivido, influido en gran medida, pero no exclusivamente, por el estado evolutivo en el que se encuentre. En este escenario, la siguiente investigación tuvo como objetivo conocer el significado que el niño le otorga a un Evento Quirúrgico Intrahospitalario, antes y después del mismo, utilizando entrevistas y juego con títeres. Para esto se utilizó metodología cualitativa, específicamente el método de la teoría fundamentada, para llevar a cabo el análisis de la narrativa obtenida de los niños y niñas incorporados a la investigación, antes y después del Evento Quirúrgico Intrahospitalario.

**Resultados:** En el momento pre-quirúrgico, destacan la aparición de emociones y/o sentimientos a través del juego con títeres, como el Miedo, la Desesperanza, la Maldad, la Agresividad, y la Alegría. En el post-quirúrgico, destaca la aparición de emociones y/o sentimientos a través de la entrevista con títeres, como los “deseos”, y las “yayas”, si consideramos estas últimas como expresión desde el mundo emocional del concepto de “aguja”. En el juego con títeres post-quirúrgico se desplegó de manera destacada el concepto de Dolor Físico.

A la luz de los resultados, se hace evidente la necesidad de establecer conductas en el ejercicio clínico orientadas a la prevención de trastornos psicológicos tanto previa como posteriormente a la hospitalización y/o cirugía a la que sea sometido un niño o niña.

### TLP10

#### ASESORÍA A DISTANCIA A EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

Carolina Lüttges Dittborn., Vania Martínez, Matías Irrarrázaval, Paulina Larrondo, Graciela Rojas.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile; FONIS SA12I2294 y MIDAP IS130005

**Introducción:** La asesoría a distancia a equipos de atención primaria de salud (APS) puede ser una alternativa útil cuando no hay acceso a consultoría presencial.

**Objetivo:** Describir las características de una asesoría a distancia a equipos de APS en el contexto de un programa colaborativo para el manejo de adolescentes con depresión.

**Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo. Ocho equipos de APS de la Región de La Araucanía recibieron asesoría a distancia para las primeras 12 semanas de manejo de la depresión de 65 adolescentes. La asesoría se realizó en base a preguntas de los equipos de APS e información obtenida en la monitorización telefónica de los casos. Los especialistas y los equipos de APS interactuaron por escrito en una plataforma de Internet. Se analizaron los textos de esta asesoría a través de análisis de contenido temático.

**Resultados:** La asesoría se realizó en tres niveles: capacitación (entrega de conocimientos y experiencia profesional), recomendación (sugerencias de acciones y

## Trabajos de Psiquiatría

estrategias) e indicación (instrucciones de acciones y estrategias específicas). Comprendió los siguientes aspectos: evaluación (sintomatología de riesgo, exámenes de laboratorio), manejo farmacológico (criterios de inicio de tratamiento, esquemas de uso), manejo médico no farmacológico (higiene del sueño, confidencialidad, consejería en salud sexual y reproductiva, indicación de tratamiento psicológico, referencia a especialista) e intervenciones psicosociales (lineamientos psicoterapéuticos, gestión de redes sociales).

**Conclusiones:** Destaca la asesoría de aspectos específicos de manejo con adolescentes como: relevancia de la confidencialidad y sus límites, necesidad de consejería en salud sexual y reproductiva, trabajo con el colegio y la familia.

### TLP16

#### **BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS CON DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA.**

Macarena Alfaro, Vania Martínez, Carolina Lüttges, Paulina Larrondo, Matías Irrázaval, Graciela Rojas.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile; FONIS SA12I2294 y MIDAP IS130005.

**Introducción:** El Ministerio de Salud de Chile publicó el año 2013 la Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión. No se conoce la posibilidad de su adecuada implementación en centros de atención primaria de salud (APS) de regiones alejadas de la capital.

**Objetivo:** Describir las barreras para la implementación de la Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión desde la perspectiva de profesionales de APS de la Región de la

Araucanía.

**Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo. 47 profesionales (20 psicólogos/as, 16 médicos, 8 asistentes sociales, 2 matronas y 1 enfermera) de 16 centros de APS de la Región de La Araucanía revisaron las 22 recomendaciones que aparecen en la Guía Clínica, detectando las posibles barreras para su implementación. Mediante un análisis de contenido temático se categorizaron las barreras detectadas.

**Resultados:** Se detectan barreras para la sospecha diagnóstica y tamizaje, para el diagnóstico integral y para el tratamiento. Las principales barreras detectadas son: falta de capacitación, escasez de recurso humano, falta de tiempo para la atención, falta de implementación de programas para atención integral de adolescentes, falta de especialistas en la Región, problemas de coordinación interna, baja adherencia a controles y poca participación familiar, no hay disponibilidad de examen de screening de drogas ni de escitalopram.

**Conclusiones:** Se requiere revisar la pertinencia de las recomendaciones de acuerdo a la realidad local y buscar soluciones a las barreras detectadas para lograr una implementación adecuada de la Guía Clínica.

### TLP18

#### **ALUVION DE ATACAMA AÑO 2015 LA EXPERIENCIA DE LAS VICTIMAS.**

Sergio Cabrera, David Provoste; Paula Rodríguez; Eva Contreras; Viviana Torres; Henry Contreras; Nelson Pérez. Chañaral.

**Introducción:** Por su geografía y clima, Chile es un país que con cierta regularidad ocurren catástrofes. En este contexto se crea el equipo de psicotrauma de Concepción, que ha participado en diversas emergencias como el aluvión que afectó la región de Atacama, en donde se intervino a diversas víctimas y la experiencia es recogida en esta investigación.

**Objetivos:** Describir la experiencia de un

grupo de víctimas del aluvión. Describir las expectativas sobre el evento, la ayuda y el futuro.

**Tipo de estudio:** Cualitativo con orientación exploratoria.

**Métodos empleados:** Se recopilaron y analizaron las entrevistas abiertas realizadas a 17 víctimas del aluvión los días 7,8 y 10 de abril de 2015.

**Resultados:** De las entrevistas realizadas surgieron las siguientes categorías: Experiencia previa: no había vivenciado eventos similares. Vivencia del aluvión: predominan sensaciones de miedo y terror. Dificultad del momento: no se sabía que sucedía ni que debía hacer. Percepción del evento: situación de desastre total y caos. Características atribuidas al aluvión: fuerte, rápido, inesperado, largo e interminable. Preocupaciones posteriores al evento: temor que la carretera sea retirada de la ciudad, temor que el agua y el barro estén contaminados, percepción que la información brindada no es fidedigna, desconocimiento sobre la normalidad de las reacciones presentadas en los niños.

**Conclusión:** Las experiencias vivenciadas giran en torno al miedo y la incertidumbre. Es relevante conocer la experiencia de las víctimas a fin de que, como país, sepamos reaccionar ante sus necesidades y existan equipos especializados para brindar ayuda.

### TLP20

#### CARACTERIZACION DE LA POBLACION MENOR DE 15 AÑOS EVALUADA POR PSIQUIATRIA DE ENLACE EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE EN EL PERIODO DICIEMBRE 2011-ABRIL 2014.

Marcelo Cruz Barriga, Carla Bastidas Allende.

Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

**Introducción:** La Psiquiatría de enlace comprende el diagnóstico, análisis y tratamiento de la enfermedad psiquiátrica

en las unidades médico-quirúrgicas. En nuestro país la interconsulta a psiquiatría de enlace es aún infrecuente, al igual que en el resto del mundo, donde menos del 10% de los pacientes que lo requiere es derivado a psiquiatría de enlace. En el caso de la población infanto-juvenil, se cumple además un rol preventivo en un contexto biopsicosocial.

**Objetivo:** Conocer las patologías psiquiátricas más prevalentes de la población pediátrica hospitalizada y determinar algunas características de importancia epidemiológica en este grupo.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, revisando retrospectivamente los registros clínicos de los pacientes ingresados en los servicios pediátricos del Hospital Guillermo Grant Benavente y evaluados por psiquiatría de enlace, en el periodo transcurrido entre Diciembre de 2011 y Abril de 2014.

**Resultados:** En un período de 29 meses en total se atendieron 146 niños, de los cuales 60,28% son mujeres y 39,72% son hombres. La edad promedio fue de 11,8 años, efectuándose 1,67 atenciones por paciente. Las principales patologías que requirieron evaluación fueron Conducta Suicida (24,65 %), Trastornos Adaptativos (17,12%) y Trastornos de Ansiedad (14,38%).

**Conclusiones:** El estudio muestra un alto número de pacientes pediátricos necesitados de atención psiquiátrica, principalmente por Conducta Suicida. Dentro de la población hospitalizada por otras causas, predomina el diagnóstico de sintomatología ansiosa, manifestada a través de Trastornos de Adaptación o de Trastornos de Ansiedad.

### TLP27

#### CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL PACIENTE INFANTO-JUVENIL DEL PROGRAMA SALUD MENTAL, CESFAM LOS SAUCES, PERIODO 2014-2015.

Roberto Peña, Javier Rebolledo.

## Trabajos de Psiquiatría

CESFAM Tren Tren, Los Sauces.

**Introducción:** Durante los últimos años, gran parte de la población padece algún tipo de trastorno psicopatológico, aumentando en forma alarmante en población infanto-juvenil, afectando no sólo al individuo, sino también a su grupo familiar y entorno más cercano, por lo que revierte vital importancia la pronta pesquisa a nivel primario de atención.

**Objetivos:** Describir características epidemiológicas, del paciente infanto-juvenil del Programa salud mental, Cefam Los Sauces, periodo 2014- 2015.

**Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo a nivel local, con muestra total, a través de revisión de fichas clínicas del Programa Salud Mental, periodo correspondiente 2014-2015. Variables a estudiar, corresponden edad, sexo, ruralidad, patología, tratamiento y comorbilidad. El análisis se basa en indicadores estadísticos básicos, analizados en planilla Excel.

**Resultados:** Total de pacientes fue de 31. Promedio de Edad fue 11.0. Moda de 16. Menor de 10 años, 41%. Edad máxima de 17 y mínima de 3. Pacientes masculino 45.1% y femenino 54.9%. Ruralidad 16%. Del total de la muestra, el diagnóstico de T. ansioso un 35.4%, T. depresivo 12.9%, TDAH y T. conductuales 25.8%, T. Psicótico 3%. Otras patologías 22.9%. Con tratamiento psicológico 100% y Medicamentos 16%. Comorbilidad 20%. Paciente con duración de tratamiento mayor de 1 año, 13%.

**Discusión y Conclusión:** Se observa predominancia del sexo femenino, adolescente temprano, principalmente urbano, tendencia diagnóstica a Trastornos ansiosos y conductuales, 1 de cada 5 con comorbilidad. Atención psicológica en totalidad de pacientes, escasa necesidad de tratamiento farmacológico. Influyen como determinantes sociales, la pobreza, indigencia, escaso nivel sociocultural y el alto índice de

VIF de la comuna.

### TLP29

**CARACTERIZACION DEL USUARIO MENOR DE 18 AÑOS INGRESADO A COSAM SAN PEDRO DE LA PAZ. REVISION DE JUNIO 2014 A JUNIO 2015.** Sonia Cáceres Inzunza, Scarlett Aravena Cifuentes, Eva Contreras Aburto. COSAM San Pedro, VIII Región.

**Introducción:** El intervenir al grupo de usuarios infanto-adolescentes es perentorio, considerando que presentan múltiples características que permiten lograr avances terapéuticos profundos y permanentes en el tiempo.

**Objetivos:** 1. Caracterizar a los usuarios menores de 18 años bajo control en COSAM San Pedro de la Paz. 2. Relacionar sexo, diagnóstico y marco normativo familiar con permanencia en tratamiento.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis Estadística Interna. Revisión de junio 2014 a junio 2015. Muestra 26 usuarios.

**Resultados:** La edad promedio pacientes en control es 14,8 años. El 61,5% son hombres. Ingresa 46,1% por consumo de drogas, 11,5% TDAH, al igual que Trastorno Adaptativo y TDP. El 7,7% TOD. El 3,9% AN, lo mismo para Intento suicida y Deterioro cognitivo. El 77% está escolarizado, el 15,3% desescolarizado y el 7,7% con exámenes libres. Respecto al marco normativo familiar, 38,5% es restrictivo, al igual que *laissez faire*. El 23% flexible.

**Conclusiones.** Los resultados demuestran que la mayoría de los casos ingresados corresponden al sexo masculino, con un promedio etario de 14,8 años. No se observan diferencias entre hombres y mujeres entre usuarios que se mantienen en tratamiento y los que han abandonado durante el periodo. El diagnóstico que presenta mayor abandono es el consumo de drogas al igual que la realidad nacional.



Dentro de los usuarios que han abandonado tratamiento ninguno presenta un marco normativo flexible, lo que si se observa con los que permanecen en tratamiento. Incorporar el trabajo en habilidades parentales es fundamental.

### TLP30

#### PERCEPCIÓN DE PROFESORES CON RESPECTO A DEFICIT ATENCIONAL EN COLEGIOS DE SANTIAGO.

Peña, Paula; Dupuy, Renata; Borghero, Francesca; Williams, Patricio; Salazar, Carolina.

Psiquiatría Infantojuvenil. Universidad de Santiago, Hospital Barros Luco Trudeau.

**Introducción:** Los profesores juegan un rol esencial en el diagnóstico y manejo de niños con TDAH, sin embargo la evidencia y la práctica clínica sugiere que gran parte de los profesores tienen un escaso entrenamiento en los trastornos del comportamiento.

**Objetivos:** Conocer la percepción y opinión de profesores respecto al TDAH.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se invitó a participar a profesores de 2 colegios de la ciudad de Santiago. Posterior a firmar consentimiento informado, se les entregó un cuestionario, el cual contenía afirmaciones respecto a la condición de TDAH y preguntas respecto a datos demográficos de los participantes. Se solicitó marcar su opinión/percepción, a través de una escala de Likert.

**Resultados:** Se respondieron 34 encuestas. Dentro de ellas destaca que 55,9% de los encuestados está muy de acuerdo con existencia de TDAH, un 79,4% cree que el TDAH no desaparece con la edad y el 95% que no afecta sólo a niños; un 32,4% de los profesores considera que niños con TDAH requieren clases especiales. En cuanto al tratamiento un 50% piensa que el tratamiento farmacológico no es la mejor alternativa y 23,6 % que los fármacos producen dependencia con sólo un 8,8% que piensa que puede hacerlo drogadicto.

Un 55,9% piensa que el Test de Conners no es una herramienta confiable para reflejar comportamiento.

**Conclusiones:** Gran parte de los docentes de colegios encuestados presentaban conocimientos con respecto al TDAH sin embargo aún existen temas en controversia en los que se debería educar.

### TLP32

#### CARACTERIZACION DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL POR TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO, SERIE DE CASOS DE HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HCVB).

Elisa Sepúlveda A., Francisca Bravo F., Francesca Bettoli P.

Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** El Síndrome de Münchhausen por poder (SMPP), es una patología de descarte, de baja frecuencia y difícil pesquisa dada su presentación variable. Como consecuencia de ello, suele establecerse como un diagnóstico tardío, lo cual se traduce en un daño a la víctima.

**Objetivo:** Describir las características biopsicosociales de los casos diagnosticados de SMPP por la Comisión de Salud y Bienestar de la Infancia del HCVB.

**Método:** Estudio tipo serie de casos. Se realizó la revisión de fichas clínicas y actas de la comisión mencionada, correspondiente a un periodo de 4 años; se seleccionaron los casos de diagnóstico de SMPP.

**Resultados:** Se encontraron 4 casos, 2 hombres y 2 mujeres. Las edades en la primera consulta variaron entre 5 días y 10 años. En todos los casos el abusador fue la madre, hubo antecedente de violencia intrafamiliar, y solo en uno, antecedente de un hermano fallecido. Los principales motivos de consulta fueron apnea, hematemesis y alteración de conciencia. En todos los casos se consultó por síndrome convulsivo. La escolaridad fue inadecuada en 2 casos. Las medianas de inasistencias, número de centros de salud consultados, número de

especialidades consultadas y de solicitud de cambio de profesional fueron de 10, 3.5, 6.5 y 4.5 respectivamente. La latencia al diagnóstico varió entre 3 meses y 9 años.

**Conclusión:** El SMPP es una patología de presentación variable y poco conocido por diversos profesionales; es necesario conocer la realidad local de cada centro para optimizar el diagnóstico y medidas de protección hacia la víctima.

### TLP33

#### PERCEPCION DE VIOLENCIA EN LA ESCUELA Y SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

Nicole Vásquez, Paula Bedregal.  
Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los trastornos de salud mental (SM) son de alta prevalencia en la población infanto-adolescente. El sistema educativo cumple un rol en promoción, prevención y manejo de patología en esta población. Sin embargo, la violencia dentro del contexto escolar es frecuente y poco estudiada a nivel nacional en su relación con la salud mental.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre violencia escolar percibida e indicadores de riesgo en salud mental de niños chilenos entre 4° y 6° básico.

**Metodología:** Diseño transversal. Muestra de 7047 estudiantes -y sus apoderados- de 4°-6° básico de 62 escuelas municipales de 5 comunas representativa del país. Se utiliza Escala de Exposición a Violencia y Pictorial Pediatric Symptom Checklist (PPSC). Se analiza asociación estadística entre ambos resultados mediante prueba t y X<sup>2</sup>.

**Resultados:** Existen altos valores de percepción de violencia en todos los ambientes (colegio, barrio, casa y TV). La escuela es el lugar donde más violencia física y verbal se recibe (9% dice recibir golpes y 12,5% insultos “muchas veces o todos los días”). Un 21% de la población estudiada mostró puntaje de riesgo de patología en

SM. No se observó asociación significativa entre el grado de percepción de violencia y el puntaje obtenido en el PPSC.

**Conclusiones:** Existen altos porcentajes de exposición a violencia en escolares chilenos entre 4°-6° básico en todos sus contextos. Si bien no existiría asociación con mayor riesgo de problemas de SM, es necesario continuar aproximándose al fenómeno y sus posibles implicancias en la población infantil y adolescente desde otras perspectivas.

### TLP38

#### ¿QUÉ ES SER UN BUEN MÉDICO? DIFERENCIAS DE PERCEPCIÓN ENTRE PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS Y MÉDICOS DEL CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, ESTUDIO EXPLORATORIO.

Elisa Sepúlveda Alvarado, Javiera Contreras Espinoza, Macarena González Guerrero.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

**Introducción:** Las características que un “buen médico” debe tener han sido definidas por médicos. Conocer cuáles aspectos son relevantes para el paciente en su cuidado, ayudaría a mejorar la relación médico-paciente y priorizar esfuerzos de los proveedores de atención en salud.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en la percepción de lo que significa ser un “buen médico” entre los padres de los pacientes pediátricos atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y los médicos pertenecientes a las unidades pediátricas del mismo establecimiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó, previo consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética del Hospital, un instrumento adaptado para la investigación mediante el cual se solicitó a ambos grupos escoger, de una lista de 21 características deseables en un “buen mé-

dico”, los 4 atributos que consideraran indispensables.

**Resultados:** En ambos grupos (Padres n=99, Médicos n=31) la característica más deseable en un buen médico fue la adecuada entrega de información al paciente (Padres 80.8% vs Médicos 80.7%). En segundo lugar estuvo la experiencia del médico (40% vs 48,9%). En el grupo de padres otras características deseables fueron: Consigue exámenes y tratamientos (39%), Dice la verdad absoluta (35%), es Paciente (30%) y Atento (28%). En el grupo de médicos, es Paciente (41.9%) y Considera inquietudes y temores del paciente (29%).

**Conclusiones:** Un “buen médico” es entendido por padres y médicos de manera similar, valorando ambos la correcta entrega de información, la experiencia y la paciencia del médico.

### TLP42

#### SÍNTOMAS DEPRESIVOS E IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA BAJO CONTROL EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO

Constanza Morales Yañez., Elisa Sepúlveda, Marcelo Briceño, Ingrid Selle.  
Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** La presencia de una patología crónica aumenta el riesgo de padecer patologías de salud mental. Objetivo De-

terminar la presencia de síntomas depresivos e ideación suicida en una muestra de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, transversal. Muestra de 9 sujetos entre 8 y 20 años, de una población de 10 sujetos entre 5 y 20 años. Se aplicó encuesta CDI para síntomas depresivos y escala de Okasha para ideación suicida. Aprobado por comité de ética. Sin conflictos de interés.

**Resultados:** La muestra estaba constituida por 3 mujeres y 6 hombres. La edad media era 15,3 años (DE:  $\pm 2,9$ ). Tiempo desde el diagnóstico 7.4 años (DE:  $\pm 4,9$ ). 7 sujetos conocían su diagnóstico. Ningún sujeto superó el punto de corte para depresión (mayor a 18 puntos en CDI). Ningún sujeto presentó Intento de suicidio. El puntaje promedio del CDI fue: 9,5 (DE:  $\pm 5,6$ ) y para las subescalas fue de: 6,3 (DE:  $\pm 3,2$ ) para disforia y 3,2 (DE:  $\pm 2,4$ ) para autoestima. El puntaje medio del CDI fue mayor en hombres (11,5 vs. 5.7). Las prevalencias de vida de la escala de Okasha fueron: 1) para pensar que la vida no vale la pena: 55.5% (7 sujetos), 2) para deseos de estar muerto: 44,4% (4 sujetos), 3) para haber pensado en terminar con la vida: 44,4% (4 sujetos).

**Conclusiones:** Los síntomas depresivos en la muestra se presentan de forma subsindrómica, siendo la prevalencia encontrada menor a la reportada para otras patologías crónicas en el mismo centro.

**Trabajos de Neurología**  
**Modalidad Comunicación Oral**  
**Salón Bahía 3: 13 de Noviembre de 08:00**  
**-09:15 hrs.**

**TLN8**  
**SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES POST ECMO NEONATAL.**

Ilona Skorin, Alicia Nuñez.  
Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) es una terapia de soporte en casos de falla cardio-pulmonar aguda reversible. En el seguimiento a largo plazo se han descrito complicaciones neurológicas destacando retraso del desarrollo psicomotor (RDSM), hipoacusia y trastornos de aprendizaje. Esta es la primera serie de seguimiento neurológico descrita en nuestro país.

**Objetivo:** describir complicaciones neurológicas de pacientes sometidos a ECMO en período neonatal.

**Método:** estudio analítico de cohortes, se incluyeron pacientes ingresados a ECMO neonatal entre 2003-2011 y que asisten al programa de seguimiento ECMO-UC. Aprobado por el comité de ética institucional, no se declaran conflictos de interés.

**Resultados:** 55/85 en seguimiento; 51 neonatales, 60.8% sexo masculino, con seguimiento promedio 38.4 meses (5-60), promedio 38.6 semanas de gestación (34-42), 48/51 ingresó a ECMO por causa respiratoria (31 por hernia diafragmática congénita). En 14.5% (7/48) se encontró hemorragia intracraneana durante ECMO. En evaluación con Bayley a los 4-6 meses, 74.4% tenía RDSM, mientras que esto se observó en 52.5% en el control de los 12-18 meses. En evaluación clínica a los 3 años, 14/23 (60.9%) tuvo alguna alteración al examen, mientras que esto se observó en

8/20 (40%) a los 5 años. Se evidenciaron potenciales evocados auditivos alterados en 4/17 al alta y 5/40 a los 12-18 meses, en sólo 1/8 se confirmó hipoacusia de conducción con audiometría. En 6/51 (11.8%) se diagnosticó epilepsia.

**Conclusiones:** primera serie de seguimiento ECMO neonatal nacional, un alto porcentaje de los niños evaluados tiene complicaciones neurológicas en distinto grado.

**TLN10**  
**ACTIVIDAD TEMPORO-PARIETAL EN EL INICIO DE LA ATENCIÓN CONJUNTA: EVIDENCIAS EN NIÑOS PREESCOLARES CON DESARROLLO TÍPICO Y CON SOSPECHA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.**

Patricia Soto Icaza, Ximena Carrasco Chaparro; Lorena Vargas Becerra; Francisco Aboitiz Domínguez; Pablo Billeke Bobadilla.

Centro Interdisciplinario de Neurociencia, Pontificia Universidad Católica de Chile; Centro de Investigación en Complejidad Social (CICS) Universidad del Desarrollo.

La Atención conjunta (AC) es la capacidad de compartir el interés de un objeto/evento con un compañero comunicativo. Las investigaciones revelan que la AC es un precursor para el desarrollo de futuras habilidades sociales como la capacidad de mentalización y el lenguaje y su alteración puede ser una señal de trastornos del desarrollo. Sin embargo, el mecanismo neural a la base aún sigue sin estar claro. Esta investigación estudia la actividad eléctrica cerebral a través del electroencefalograma relacionada a la percepción de estímulos que desencadenan AC en un diseño experimental caso-control. Se compararon niños/as de desarrollo típico (DT, n=15) con niños/as con sospecha de un trastorno del espectro autista (STEA, n=6) entre 3 y 4 años de edad. Los resultados psicométricos revelan diferencias estadísticamente significativas en los puntajes M-CHAT-R

( $p=0.000298$ ) y ADOS-2 ( $p=3.52e-05$ ). En los niños con DT, la actividad eléctrica cerebral muestra que los potenciales relacionados a eventos de los estímulos que gatillan AC en comparación con los que no la gatillan, presentan una mayor amplitud en áreas ténporo-occipitales y ténporo-parietales ( $p<0.05$ ). El análisis preliminar de los resultados de los niños con STEA muestra que éstos no siguen el patrón de actividad cerebral de los niños con DT. Estos resultados revelan que la atención conjunta requiere de un proceso de reorientación atencional que facilita el desarrollo de procesos de toma de perspectiva social. Este proceso pareciera encontrarse alterado en los niños con STEA, aunque se requiere aumentar el número de la muestra para validar estos hallazgos.

### TLN18

#### ESPECIFICIDAD DEL MONITOREO EEG DE AMPLITUD INTEGRADA VS EEG CONTINUO PARA LA DETECCIÓN DE CRISIS EPILEPTICAS EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO CON PATOLOGIA DE ALTO RIESGO.

Ignacia Schmidt(1), Keryma Acevedo(1), Tomás Mesa(1), Paulina Toso(2), Alberto Toso(2), Marisa Ocampo(3), Sebastián Savedra(3).

1. Neurología pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. Departamento de neonatología, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 3. Laboratorio neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Reconocer las crisis neonatales es un desafío. El EEG es una herramienta esencial para apoyar el diagnóstico.

**Objetivo:** Comparar sensibilidad para detección de crisis en recién nacidos de término(RNT) entre registros de monitoreo EEG de amplitud integrada(aEEG) y continuo(cEEG).

**Métodos:** Estudio de casos y controles concurrentes. Entre agosto 2013-noviembre

2014. Ingreso prospectivo de RNT durante primera semana de vida, hospitalizados en UCIN del Hospital Clínico P.Universidad Católica con factores de riesgo para crisis epilépticas. Con aprobación comité ética y consentimiento informado. A EEG y cEEG instalados simultáneamente por 24 horas. Se recolectaron antecedentes biodemográficos. Se analizaron trazados ciega e independientemente.

**Resultados:** 25 RNT, total 615 horas de grabación. 12 varones. Diagnósticos más frecuentes: encefalopatía hipóxico-isquémica(8), hernia diafragmática(7). El cEEG detectó 327 crisis, 4 estados epilépticos (10 pacientes). Adicionalmente a EEG mostró 81 crisis y un estado epiléptico como eventos falsos positivos. Comparando los monitoreos la sensibilidad (S) fue 31%, especificidad (Sp) 74%, valor predictivo positivo 54% y valor predictivo negativo (VPN) 52%. La S para alteraciones de actividad basal con a EEG fue 88%, con Sp 96%.

**Conclusiones:** aEEG tiene baja sensibilidad para detectar crisis en RNT. Aunque ampliamente utilizado para tamizaje de crisis epilépticas en las UCIN, nuestros resultados apoyan la necesidad de disponer adicionalmente de cEEG en pacientes con riesgo para crisis, contribuyendo al proceso diagnóstico, detección precoz y manejo adecuado de ellas. El aEEG es sensible para evaluar la actividad basal electroencefalográfica. La presente serie es el trabajo con más horas de estudio de monitoreo EEG comparado en RNT.

Financiamiento: Facultad de Medicina PUC. Sin conflicto de interés.

### TLN26

#### USO DE EXTRACTO ORAL DE CANNABIS: INDICACIÓN NO MÉDICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.

Scarlett Witting, Valentina Micolich, Pamela Canales, Ledia Troncoso, Patricia Parra, Mónica Troncoso, Alejandra Hernández, Guillermo Fariña.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad

de Medicina, Universidad de Chile, Sede Centro, Santiago.

**Introducción:** El uso de extractos de cannabis parece tener efectos antiepilépticos en animales, sin embargo la evidencia actual sobre su uso y eficacia en humanos es escasa.

**Objetivos:** Describir evolución clínica de pacientes pediátricos con epilepsia refractaria tras la incorporación, por iniciativa de la familia, de extracto de cannabis a su tratamiento antiepiléptico.

**Tipo de estudio y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo tipo serie de casos. Revisión de fichas clínicas y encuesta a padres.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes entre 3 meses y 18 años de edad. 5 síndromes epilépticos sintomáticos y 5 criptogénicos, todos tratados previamente con más de 3 fármacos antiepilépticos sin respuesta favorable, 5/10 ACTH, 5/10 dieta cetogénica, 2/10 tratamiento quirúrgico. Tras inicio cannabis 3/10 reportaron remisión total de crisis y 7/10 reducción > 50% en número crisis. Otros beneficios: mejor desempeño motor 6/10, mayor contacto social y con el medio 10/10 y mejora en el lenguaje 3/10.

Entre los efectos adversos reportados destaca mala tolerancia oral en 2 de los pacientes y somnolencia al inicio del tratamiento en 1 caso.

Por la gran diversidad en la forma de presentación y administración no fue posible identificar el rango de dosificación en esta muestra.

**Comentario:** Todos los pacientes reportaron disminución >50% de crisis y mejor contacto social, y más de la mitad de los pacientes mejor desempeño motor. Sin embargo, no habiéndose aplicado a esta muestra un protocolo científico en relación a dosificación, tipo de crisis y etiologías de los cuadros epilépticos, no es posible sacar conclusiones.

TLN33

### EVOLUCIÓN DE PACIENTES RECIÉN NACIDOS CON ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA (EHI) MODERADA A SEVERA SOMETIDOS A HIPOTERMIA DURANTE LOS AÑOS 2010 A 2014.

María Paz Acevedo V., Karem Andaur, Ana María Torres, Raquel Gaete S., Lucía Sanhueza, Maritza Carvajal G.

Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortés, Unidad de Neonatología Hospital Barros Luco T.

**Introducción:** EHI es una causa importante de secuelas neurocognitivas o muerte en el recién nacido de término o cercano al término. En las últimas décadas diversos ensayos han demostrado que la hipotermia a 33-34°, iniciada durante las primeras 6 horas en pacientes con encefalopatía > 35 semanas es eficaz para reducir la prevalencia de muerte y discapacidad asociada a EHI moderada-severa.

**Objetivos:** Caracterizar la evolución de pacientes con EHI moderada-severa sometidos a protocolo de hipotermia.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de fichas clínicas. Aprobado por comité de ética.

**Resultados:** 17 neonatos con EHI cumplieron criterios para ingreso a protocolo hipotermia (15 moderada, 2 severa). En neonatología fueron evaluados por neurólogo, estudiados con EEG interictal posthipotermia (14 anormal); 14 pacientes estudiados con RNM cerebral, 6 anormales (lesiones isquémicas: 3, lesiones hemorrágicas: 3). Al alta todos iniciaron kinesioterapia motora. A los 6 meses de edad 14/17 pacientes evolucionaron con RDSM (7 leve, 5 moderado, 2 severo), atrofia óptica: 1/17, epilepsia 5/17. A los 18 meses, 12 pacientes controlados: 5/12 con RDSM (2 leve, 1 moderado, 2 severo- Tetraparesia espástica).

**Conclusiones:** un 82% evoluciona con RDSM a los 6 meses, disminuyendo a un

42% a los 18 meses. No hubo mortalidad en esta casuística, lo que podría explicarse por la muestra reducida. Si bien carecemos de grupo control para comparar el verdadero rol de la hipotermia en nuestra población, su asociación con terapia kinésica sería un factor relevante en esta mejoría; se propone complementar el programa de neurohabilitación incluyendo terapia fonoaudiológica y psicológica.

### TLN40

#### **CORRELATO CLINICO Y ELECTROFISIOLOGICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE POLINEUROPATIA HEREDITARIA AUTOSOMICA DOMINANTE.**

Macarena Bertrán Faúndez, Rocío Cortés Zepeda, Karin Kleinstauber Saá, María de los Ángeles Avaria Benaprés.

Unidad de Neurología Pediátrica, Universidad de Chile. Hospital de Niños Dr. Roberto Del Río. Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Facultad de Medicina Campus Norte, Universidad de Chile.

**Introducción:** Las Polineuropatías Hereditarias (PH) presentan manifestaciones clínicas variables relacionadas con la edad del paciente. En el lactante pueden presentarse como retraso de la marcha, marcha inestable o deformidad de pies; en tanto que en un escolar, podrá evidenciarse debilidad y atrofia distal, marcha en steppage y alteración de sensibilidad distal. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, antecedentes familiares y la electrofisiología (Velocidad de Conducción Nerviosa, VCN). No se ha establecido una directa relación entre los hallazgos electrofisiológicos y la clínica.

**Objetivos:** Evaluar correlación de las manifestaciones clínicas con la VCN en pacientes con PH.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, con registro de elementos clínicos y electrofisiológicos de 16 pacientes con diagnóstico genético confirmado para Charcot Marie Tooth (duplicación PMP22) o antecedente familiar directo de PH, con-

trolados en Policlínico Neuromuscular entre Abril 2011-2015. Datos protegidos para asegurar confidencialidad. Aprobado comité de ética SSMN.

**Resultados:** 62,5% hombres. Motivos de consulta más frecuentes: retraso de la marcha y caídas frecuentes. El retraso o trastorno de la marcha se asocia a VCN significativamente menores. Con VCN  $< 0 = 15\text{m/s}$  en extremidades inferiores, aumentan significativamente las caídas frecuentes. No hay relación estadísticamente significativa entre VCN y los síntomas de dolor, deformidad y contractura de extremidades.

**Conclusión:** El enlentecimiento de la conducción nerviosa motora y/o sensitiva no se correlaciona a mayor deformidad o discapacidad, por lo que no constituye un factor pronóstico en las PH, salvo en manifestaciones clínicas severas de inicio precoz como el trastorno de la marcha y las caídas frecuentes.

### TLN59

#### **IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA TEMPRANA: UN ESTUDIO LONGITUDINAL.**

Cristian A. Rojas-Barahona, Carla Förster Marín.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Educación. La presente investigación fue financiada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico del Gobierno de Chile (FONDECYT N°1151262).

**Antecedentes:** Un factor común disminuido en los trastornos del desarrollo es la memoria operativa (MO), como en el TDAH (Mariani y Barkley, 1997). Tanto en edad escolar (Fuchs et al., 2005) como en pre-escolar (Welsh et al., 2010) se evidencia el rol protagónico de la MO en el surgimiento de las habilidades académicas. Hay evidencia que la MO se puede estimular tempranamente (Rojas-Barahona et al., 2015).

**Objetivo:** evaluar el impacto de un programa de estimulación cognitiva en el desarrollo de la MO y en las habilidades de len-

## Trabajos de Neurología

guaje inicial (LI), en niños pre-escolares, un año después de la intervención.

**Metodología:** El estudio fue longitudinal, 1 medición inicial (Prekinder) y 3 al final de cada año escolar (se evaluó MO y LI). El diseño fue cuasi-experimental y la muestra fue 77 niños G.Control y 91 niños G.Experimental; edad promedio 52,3 meses (d.e.=3,612); con aprobación del comité de ética y consentimientos informados. Se construyó un software para estimular la MO aplicado individualmente, durante 16 sesiones, 2 veces por semana, durante 2 años. Se realizó MANCOVA.

**Resultados:** el GI logra mayor desarrollo de la MO que el GC ( $F(166,2)=7,113$ ;  $p>0,001$ ), controlando MO inicial. Se observa mayor desarrollo del LI en el GI ( $F(166,2)=6,034$ ;  $p>0,001$ ).

**Conclusiones:** Se discute la transferencia de un programa de estimulación cognitiva al desarrollo de la MO y a las habilidades académicas y su permanencia en el tiempo. Se analizan sus consecuencias en la educación temprana y en el tratamiento de trastornos del desarrollo. No existen conflictos de interés.

### TLN65

#### ENFERMEDAD DE NEUROTRANSMISORES EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.

Mónica Troncoso, Paola Santander, Valentina Naranjo, Nelly Luza, Carla Rojas, Alvaro Wicki.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Centro, Santiago.

**Introducción:** Los trastornos congénitos de neurotransmisores son causa reconocida de encefalopatías graves progresivas. Se diagnostican según clínica, medición de neurotransmisores/metabolitos en LCR. Los pacientes con síndromes de déficit dopaminérgico causados por defectos en el metabolismo de monoaminas o tetra-hidrobiopterina desarrollan fenotipo ca-

racterizado por trastorno del movimiento progresivo de inicio infantil. Un fenotipo más complejo es encefalopatía neonatal/ infancia temprana.

**Objetivos:** Analizar forma de presentación/respuesta a tratamiento en niños con enfermedad de neurotransmisores de inicio menor o igual a los 6 años.

**Materiales/Métodos:** Estudio descriptivo/prospectivo de 9 niños con enfermedad de neurotransmisores, características de distonías, sintomatología asociada, estudio de neurotransmisores en LCR y respuesta a LDopa.

**Resultados:** Edad promedio aparición de distonía: 23 meses. 6/9 diagnosticados <6 años. 2/9 presentó status distónico. 3/9 debutó con alteración de marcha. Síntomas asociados: 8/9 presentó RDSM, 5/9 Síndrome Piramidal/Hipotonía Central/Temblor, 3/9 crisis oculogiras, 2/9 diaforesis, 1/9 fiebre central. Todos recibieron tratamiento con LDopa: 4/9 obtuvo remisión completa de distonía, 5/9 respuesta parcial. 3/9 presentó efectos adversos al iniciar dosis convencionales de LDopa (disquinesias/aumento distonías/agitación) correspondiendo a los niños de menor edad de inicio. LCR: hallazgos compatibles con déficit de Tirosina Hidroxilasa: 3/9 pacientes, déficit de GTPciclohidrolasa-1: 3/9, déficit de L-Dopa decarboxilasa: 3/9. Un caso aún en estudio (déficit Dihidropterina reductasa/Sepiapterina reductasa).

**Conclusiones:** Nuestros pacientes presentan distintos tipos de déficit enzimáticos. Todos responden a LDopa, destacando que los menores presentan efectos colaterales con dosis habituales, que desaparecen al reiniciar la terapia a bajas dosis. El diagnóstico precoz de enfermedad de neurotransmisores permite un tratamiento oportuno, teniendo presente la indicación de dosis adecuada de LDopa.

### TLN66

#### PRESENTACIÓN CLÍNICA, ANÁLISIS DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO GENETI-



### CO DE PACIENTES CON ATAXIAS HEREDITARIAS.

Paola Santander, Mónica Troncoso, Magdalena González, Gabriela Legaza, Ledia Troncoso, Andrés Barrios, José Zamora, Guillermo Guzmán, Guillermo Fariña.

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

**Introducción:** Ataxias hereditarias son grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por ataxia progresiva habitualmente asociada a otras manifestaciones neurológicas y/o compromiso sistémico. Se clasifican según su herencia en ataxias espinocerebelosas (SCA) autosómicas dominantes (AD): más comunes son SCA1, SCA2, SCA3 (Machado-Joseph), SCA6 y SCA7 y ataxias autosómicas recesivas (AR): más frecuentes son ataxia Friedreich (AF) y ataxia telangiectasia (AT). La sospecha clínica se confirma con estudio genético.

**Objetivos:** Analizar presentación clínica, exámenes diagnósticos y estudio genético en pacientes con ataxias hereditarias controlados en nuestro centro entre los años 1995-2015.

**Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo. Análisis de registros clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de ataxia hereditaria.

**Resultados:** 39 pacientes presentan ataxias hereditarias. De ataxias AR: A F: 20 pacientes, inicio: 11 años promedio, 20/20 con ataxia de marcha, alteración sensibilidad profunda, pie cavo y escoliosis, 12/20 disartria, 19/20 ROT ausentes/disminuidos EEII, 15/19 plantares extensores. 16/20 polineuropatía sensitivo-motora, 12/20 miocardiopatía hipertrófica. Neuroimágenes: 9/20 atrofia cerebelar leve, todos estudio gen frataxina: repeticiones GAA 600-1100 en homocigosis, sin relación con gravedad clínica. AT: 5 pacientes, inicio: 3.8 años promedio, síntoma inicial: 5/5 marcha atáxica. 5/5 otros signos cerebelares, 4/5

telangiectasias, 4/5 apraxia ocular, 4/5 cuadros respiratorios, todos alfa-fetoproteína elevada-déficit de inmunoglobulinas, 4/5 atrofia cerebelar y 2/5 fragilidad cromosómica. De ataxias AD: SCA3 2 familias, 2 casos índices, ambos inicio síntomas 14 años: ataxia, voz escandida, segundo caso con fasciculaciones linguales y distonía, neuroimágenes: atrofia cerebelosa y cortical. Estudio genético 67 repeticiones CAGalelo1 y 76 repeticiones CAGalelo1-70 alelo 2, respectivamente, curso fatal en ambos. 12 pacientes son familiares del primer caso, inicio 50 años promedio: 11/11 dificultad marcha, 6/11 diplopía y 5/11 síntomas periféricos.

**Conclusiones:** En nuestra serie AF es la más frecuente y de las AD destaca SCA3. El síntoma de inicio es ataxia de marcha progresiva. El diagnóstico específico orienta consejo genético.

---

**Trabajos de Neurología Sesión General.**  
**Salón Bahía 2: 12 de Noviembre de 14:30 a 16:30 hrs.**

### “EPILEPSIA Y SUEÑO”

#### TLN6

#### CRISIS FEBRILES RECURRENTE COMO FACTOR PREDICTOR DE EPILEPSIA.

Ximena Pradenas C., Constanza Sfeir C., María Olga Retamal R., Javier Escobari C., Maritza Carvajal G., Ana María Torres P.

Unidad de Neurología Infantil del Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

**Introducción:** Los factores predictores de epilepsia en pacientes con crisis febriles (CF) son: antecedente familiar de epilepsia, examen neurológico alterado, CF compleja y estado febril. Pocas publicaciones han hecho referencia a otros factores predictores.

**Objetivo:** Determinar el porcentaje de epilepsia en pacientes con 4 o más CF simples atendidos en el policlínico de CF del HEGC.

**Método:** Estudio descriptivo, observacio-

nal, retrospectivo, paradigma cualitativo. Se revisaron 1300 casos de pacientes con CF, correspondientes al periodo 2004-2014, seleccionando aquellos con 4 ó más CF, con resultado diagnóstico de epilepsia. Se excluyeron en el análisis quienes tenían algún factor predictor de epilepsia. Autorizado por el comité de ética del HEGC.

**Resultados:** Se registran 139 pacientes con 4 ó más CF (10,7%), al aplicar el factor de exclusión, la muestra queda compuesta de 33 pacientes, quienes presentaron en promedio 5 CF. De los 33 pacientes, 3 presentan diagnóstico de epilepsia en su evolución, correspondiendo al 9%. De los pacientes con epilepsia, la edad promedio de inicio de CF fue de 13 meses y de epilepsia 4 años. El diagnóstico se realizó entre 12 y 72 meses después de la primera CF (promedio 34 meses).

**Conclusión:** De los 33 pacientes con 4 o más CF simples, el 9% presentaron epilepsia, comparado con el 2-4% que se describe en los con CF en general, por lo que se plantea que pudiese ser considerado como un nuevo factor predictor de epilepsia. Este hallazgo genera cambios en el protocolo de atención de pacientes con CF del HEGC.

### TLN17

#### CARACTERIZACION DE LA EPILEPSIA EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.

Carolina Muñoz Castro, Gloria Escribano Rober, Juan Enrique González Gastellu, Raquel Gaete Sepúlveda, Ana Torres Pérez, Maritza Carvajal Game.

Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés.

**Introducción:** El Síndrome de Down (SD) es la cromosomopatía y causa genética de discapacidad intelectual más frecuente. Incidencia Internacional 1/700 RN vivos, Chile 1/500. Asocia numerosas comorbilidades, en nuestra revisión anterior 98% (n=194) pacientes con comorbilidad, mayor frecuencia cardiológicas 82% (n=162), seguidas de tiroideas 52% (n=101). Se describe prevalencia Epilepsia 1%-13% (media 5%), mayor que población general, pre-

sentación edad dependiente, generalmente primer año. Tipos crisis mayormente descritas son focales. Síndrome Epiléptico más frecuente Síndrome West (SW). Sin patrón electroencefalograma (EEG) patognomónico. Se recomienda pautas tratamiento población general.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con Síndrome de Down que presenten epilepsia.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con SD controlados policlínico Neurología y Genética, Hospital Exequiel González Cortés, que presenten Epilepsia, entre Enero 2009 a Diciembre 2014. Previa aprobación comité ético científico. Declaramos no tener conflictos de interés.

**Resultados:** Se obtuvieron 198 pacientes con SD. Edad promedio 7 años (1 mes a 22 años). Comorbilidad neurológica poco frecuente. Presentaron Epilepsia 5% (n=9). Edad promedio diagnóstico Epilepsia 2 años (1 mes a 7 años). Otras encontradas: Trastorno déficit atencional hiperactivo 4%, TEA 0,5%. Mutación más frecuente trisomía 21 libre. Tipo crisis más frecuentes fueron focales 66% (n=6), 33% (n=3) presentó crisis generalizadas tónico-clónicas. Un paciente presentó espasmos asociados a SW. EEG interictal mayor frecuencia actividad base normal con actividad epileptiforme focal 33% (n=3). Todos buena respuesta FAE, más utilizado a. valproico 44% (n=4). Caso con SW, buena respuesta ACTH, manteniendo crisis focales tratadas con a. valproico.

### TLN23

#### APLICACIÓN RETROSPECTIVA DEL TEST DE HATTORI EN PACIENTES DEL POLICLINICO DE CRISIS FEBRILES DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS.

Lozano A. Andrés, Nuñez C. Paola, Escobar C. Javier, Avendaño B. Marisol, Carvajal G. Maritza, Torres P. Ana.

Unidad de Neurología Infantil del Hospital Exequiel González Cortés.

**Introducción:** El modelo 4 del Test de Hattori (presencia  $> 0 = 5$  crisis, crisis antes de los 7 meses, hemiconvulsiones, crisis prolongadas, crisis focales y crisis mioclonicas) tiene alta sensibilidad para predicción de síndrome de Dravet en niños con crisis febriles antes del año de edad.

**Objetivos:** Describir resultado del test de Hattori en pacientes controlados en policlínico de crisis febriles.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. se revisaron 64 fichas de pacientes que iniciaron crisis febriles antes del año de edad, atendidos en policlinico de crisis febriles desde el 2009 hasta el 2011, se aplico modelo 4 de test de Hattori. Aprobacion comité de etica.

**Resultados:** De 64 pacientes 28,2% presentaron crisis antes de los 7 meses de edad. 12.5% de los pacientes presentaron crisis de más de 10 minutos de duración. Sólo 3.13% presentaron crisis focales. No se registraron hemiconvulsiones ni crisis mioclonicas. 65.6% obtuvieron 0 puntos, 20.3% con 2 puntos, 7.8% con 3 puntos, 1.56% con 4 puntos y 4.69% (3 pacientes) con 5 puntos. Los 3 pacientes con puntaje de 5 no tienen a la fecha criterios diagnósticos de síndrome de Dravet. Se constató en fichas clínicas diagnóstico de epilepsia no Dravet en 5 pacientes con puntaje entre 0 y 3.

**Conclusiones:** De los pacientes con 5 puntos ninguno desarrolló síndrome de Dravet, consideramos necesario ampliar el número de pacientes evaluados para objetivar el poder predictivo del test en nuestra población. En esta casuística el test de Hattori no es predictor para epilepsia no Dravet.

### TLN28

#### TRATAMIENTO EN PACIENTES CON SINDROME DE WEST DURANTE 2011- 2014 EN EL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA.

Verónica Opazo Basaur, Jonathan Velásquez, Cristian Cuitiño, Pamela González. Juan Moya, Bolívar Valenzuela, Marcelo Devilat.

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

**Introducción:** Síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica edad-específica (1:2000 lactantes), caracterizada por espasmos, retraso psicomotor e hipsarritmia. Hipsarritmia e Hipsarritmia modificada se presentan en 66% (Altunel, 2015). ACTH/Vigabatrina son terapias de elección (vigabatrina es preferida en Esclerosis Tuberosa). Se considera recaída a la reaparición de espasmos/hipsarritmia tras un mes de completada la terapia. Los principales factores asociados son etiología y precocidad de tratamiento.

**Objetivos:** Describir una serie de casos con SW, tratados durante 2011-2014 en nuestro hospital.

**Métodos:** Revisión retrospectiva analizando historia clínica, exámenes complementarios durante el tratamiento, y seguimiento inmediato (1-6 meses), con énfasis en patrón electroencefalográfico y evolución electroclínica.

**Resultados:** Se reclutaron 12 pacientes con SW (hipsarritmia clásica/modificada), promedio de edad 13,1 meses (rango: 5-34 meses), 9 varones. Siete niños presentaron causa identificable (5 Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, 2 Trisomía 21), y 5 fueron probablemente sintomáticos (1 Sospecha de enfermedad mitocondrial/genética). Se administró protocolo de tratamiento hospitalario, realizándose control ambulatorio al mes. En 9 pacientes se indicó ACTH, y 3 recibieron Vigabatrina por cursar con infecciones intercurrentes. Tres pacientes presentaron efectos adversos (infección gastrointestinal, hipertrofia septal ventricular, y crisis hipertensiva); sólo el primero requirió suspender ACTH (última dosis), los restantes recibieron manejo pediátrico de complicaciones. Existió recaída electroencefalográfica en 2 pacientes (hipsarritmia modificada); en ambos se inició Vigabatrina, con respuesta parcial (sin espasmos, persiste hipsarritmia).

### TLN34

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE PANAYIOTOPOULOS.

Cristian Cuitiño, Jonathan Velásquez Toro, Verónica Opazo Basaur, Juan Moya Vilches.

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

**Introducción:** El Síndrome de Panayiotopoulos (SP) es una epilepsia focal idiopática, de localización occipital e inicio en etapa preescolar (cronodependiente). Se presenta con crisis epilépticas con síntomas autonómicos (más frecuente son vómitos) y crisis parciales motoras, se producen mayoritariamente en sueño. La edad de presentación promedio es 4-5 años, asociado a examen neurológico, desarrollo psicomotor y neuroimagen normales. El electroencefalograma (EEG) presenta espigas occipitales que se activan al cierre ocular y en sueño.

**Objetivos:** Describir características clínicas de crisis epilépticas y actividad electroencefalográfica en pacientes con diagnóstico de SP, tratamientos usados y evolución posterior.

**Método:** Observación retrospectiva y sistematización de datos de 6 pacientes con diagnóstico de SP.

**Resultados:** De 6 pacientes, 2 son hombres y 4 mujeres, rango de edad entre 1 y 5 años (promedio: 33,8 meses). Todos los pacientes presentaron sintomatología autonómica durante las crisis epilépticas, el 100% presentó vómitos; 2 casos con clínica parcial motora. 2 de 6 pacientes debutaron con status motor focal. Todos presentaban examen neurológico normal. Los EEG presentaron actividad epileptiforme occipital, describiéndose espigas en regiones posteriores en 5 casos; 1 niño presentó sharp-waves occipitales. Los pacientes fueron tratados con carbamazepina o ácido valproico en igual proporción, evolucionando sin crisis. Un paciente recayó, suspendió

tratamiento. Ninguno evolucionó de forma atípica.

**Conclusiones:** La presentación clínica en nuestra serie (edad, sintomatología autonómica, examen neurológico y características EEG) fue concordante con el diagnóstico; la presentación con status motor focal parece ser mayor que en la literatura (predomina status autonómico). Los pacientes se trataron farmacológicamente, evolucionan favorablemente.

### TLN43

#### EFICACIA DEL ESTIMULADOR DEL NERVI VAGO (VNS) EN CONTROL DE CRISIS EN UN CENTRO AVANZADO DE EPILEPSIA ¿ES REALMENTE UTIL?

Manuel Campos Puebla, Felipe Castro V. Loreto Rios P.

Centro Avanzado de Epilepsia. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

**Introducción:** El VNS es una alternativa quirúrgica paliativa en el manejo de la Epilepsia Refractaria (ER), especialmente en portadores de epilepsia multifocal, logrando 50% de reducción de crisis en hasta un 63% de los pacientes a 2 años.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del VNS en un centro especializado en el manejo de la epilepsia, comparándolo con lo reportado en otras series a nivel internacional.

**Métodos:** Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes operados de cirugía de la epilepsia en el CAE en el periodo abril 2008-julio 2014, recopilando antecedentes clínicos, imagenológicos y terapéuticos.

**Resultados:** De 183 pacientes operados, 21 (11,5%) correspondieron a VNS, 12 hombres. 2008 9 pacientes, 2009-2013 1-3 pacientes por año. Promedio inicio crisis 2,6 años (0-10, mediana 0,6). Etiología: criptogénicas 10, sintomáticas malformativas 5, sintomáticas secuelas 3, genéticas 3. 6 pacientes (28,6%) con cirugías previas, 2 callosotomía. Promedio anticonvulsivantes

precirugía 2,7; post cirugía 3,3. Promedio edad a la cirugía: 11 años (2-27, mediana 11), latencia 11 (3-16,9 mediana 9). Tipo de crisis: Tónicas 7, focales discognitivas 13, espasmos 7. Promedio seguimiento: 37 meses (18 a 77, mediana 36). Control de crisis (16/21) : Engel III 7, Engel IV 9. Complicaciones: 2 infecciones locales, 1 carraspeo, 1 retiro por escara.

**Conclusión:** En esta serie, el VNS demostró un control menor al publicado previamente. La implantación de VNS fue cayendo progresivamente. La disponibilidad de otras alternativas quirúrgicas en el CAE podrían explicar parcialmente estos resultados. No hubo efectos adversos significativos.

#### TLN44

#### EFICACIA DE LA CALLOSOTOMIA COMPLETA (CC) EN EL CONTROL DE DROP ATTACKS EN UN CENTRO AVANZADO DE EPILEPSIA (CAE).

Manuel Campos(1), Felipe Castro(1,2), Loreto Ríos(1), Andrea Zúñiga(1).

1. Centro Avanzado de Epilepsia, Clínica Las Condes 2. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

**Introducción:** La Callosotomía Completa (CC) es una alternativa quirúrgica paliativa en el manejo de la Epilepsia Refractaria (ER) en especial en el control de las crisis atónicas y tónicas generalizadas, logrando 50% de reducción de crisis en hasta 79% de los pacientes a 2 años. En el CAE se realiza desde 2009.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de la CC en un centro especializado en el manejo de la epilepsia, comparándolo con lo reportado en otras series.

**Métodos:** Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes operados de cirugía de la epilepsia en el CAE en el periodo abril 2008 a julio de 2014, recopilando antecedentes clínicos, imagenológicos y terapéuticos.

**Resultados:** De un total de 183 pacientes operados, 23 (12,5%) correspondieron a

CC, 14 hombres, promedio inicio de crisis 2,8 años (0 a 26, mediana 0,5). Etiología: criptogénicas 10, sintomáticas malformativas 6, sintomáticas secuelas 5, genéticas 6. Promedio de anticonvulsivantes en uso precirugía 3,6 post cirugía 3,0. 5 pacientes portadores de VNS. Promedio de edad a la cirugía: 11 años (3 a 32, mediana 11), latencia 8,5 (1 a 17, mediana 7,5) Tipo de crisis: Tónicas 22, focales discognitivas 13, espasmos 7. Promedio seguimiento: 12 meses (0 a 42, mediana 13). Control de crisis (21/23) Engel I: 3, Engel II 9 Engel III 3, Engel IV 5. Complicaciones: Hemiparesias transitorias 4, síndromes de desconexión 2, infecciones herida operatoria 1.

**Conclusión:** En esta serie, la CC demostró un alto control de crisis, similar a lo publicado en otras series. Las complicaciones quirúrgicas fueron transitorias.

#### TLN45

#### ENCEFALITIS DE RASMUSSEN: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

Scarlet Witting, Javiera Tello, Pamela Canales Valenzuela, Valentina Micolich, Mónica Troncoso, Álvaro Retamales, Andrea Cabezas, Gianni Rivera, Jorge Carrera, Ledía Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile.

**Introducción:** La encefalitis de Rasmussen es un trastorno neurológico crónico, infrecuente, de probable origen autoinmune, caracterizado por inflamación unilateral del corteza cerebral, epilepsia resistente a fármacos, y deterioro neurológico progresivo.

**Objetivos:** Describir la evolución clínica de un grupo de pacientes pediátricos con este diagnóstico.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo tipo serie de casos, mediante revisión de fichas clínicas y neuroimágenes.

**Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes con

diagnóstico de Encefalitis de Rasmussen, todos de sexo masculino; 5/6 debutaron con crisis focales clónicas de un segmento corporal o hemicuerpo, la edad de inicio de crisis varió en un rango de 3 meses a 12 años; 6/6 evolucionaron con hemiparesia; 4/6 presentaron epilepsia focal continua. Dentro de los síntomas asociados destacan 2/6 con alteraciones conductuales, 1 caso se asoció a distonía, y 1 a temblor con discromatopsia. 4/6 evolucionaron con compromiso cognitivo y discapacidad intelectual. En la RNM cerebral 5/6 con atrofia progresiva del hemisferio afectado, en 2/6 asociado lesiones de sustancia blanca subcortical. El paciente restante sólo presentó edema cerebral del hemisferio izquierdo con compromiso cerebeloso. 5/6 con electroncefalogramas característicos presentando actividad epiléptica ipsilateral al hemisferio comprometido. 5/6 evolucionaron con epilepsia de difícil manejo, requiriendo más de un esquema terapéutico e inmunoterapia. Se realizó hemiferectomía funcional en 1 paciente.

**Conclusiones:** Aunque la muestra es pequeña, podemos decir que la mayoría de los pacientes incluidos presentaron la evolución clásicamente descrita para este cuadro, con deterioro progresivo, hemiparesia y epilepsia focal de difícil manejo.

### TLN46

#### ESTATUS EPILEPTICO EN RECIÉN NACIDOS, UNA EMERGENCIA MÉDICA.

Scarlet Witting, Paula Ortega, Lorena Márquez, Mónica Troncoso, Ledia Troncoso, Carla Rojas, Alejandra Hernández.

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

**Introducción:** Existen múltiples causas de convulsión y estatus neonatal, las dificultades en su control implican un peor pronóstico en el desarrollo del niño.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue describir la presentación clínica, etiología,

estudio electroencefalográfico, el manejo y evolución de estatus epiléptico en recién nacidos en el HCSBA.

**Materiales:** Revisión de registros clínicos de recién nacidos hospitalizados en UCI pediátrica o neonatal entre enero de 2014 y Julio de 2015, que presentaron un estatus epiléptico.

**Resultados:** 11 recién nacidos presentaron un estatus epiléptico. Se observaron crisis sutiles en 3 recién nacidos y 3 presentaron clonías. 4 de los 11 pacientes presentaron crisis desde el primer día de vida. El fármaco de elección para el manejo de estatus fue el Fenobarbital. Entre los hallazgos electroencefalográficos destacan 2 pacientes con registro de estallido supresión, 7 con actividad epileptiforme focal o multifocal. Todos fueron estudiados con neuroimagen, encontrándose un caso de trombosis de seno venoso, 2 casos de malformación del desarrollo cortical y un paciente con hemihidroanencefalia. Se realizó estudio metabólico, uno correspondió a adreno-leucodistrofia neonatal.

**Conclusiones:** Las clonías y crisis sutiles fueron la forma de presentación más frecuente. El fármaco de elección fue el Fenobarbital, siendo necesario en la mitad de ellos adicionar otros fármacos, logrando en todos ellos el control de estatus.

**Discusión:** La literatura indica que el uso de EEG mejora la toma de decisiones y el resultado posterior en el desarrollo del niño, sobre todo considerando el porcentaje de crisis eléctricas sin correlato clínico que presentan los neonatos.

### TLN47

#### CARACTERIZACION CLINICA DE PACIENTES CON PATRON ELECTROENCEFALOGRAFICO DE ESTATUS EPILEPTICO ELECTRICO DURANTE EL SUEÑO NREM (ESES) EN EL HOSPITAL DR. ROBERTO DEL RIO.

Alejandra Durán Bustamante, Juan Carlos Faúndez L.; Felipe Castro V.; Carla Rubilar P.; Carolina Heresi V.; León Adlerstein S.;

Ximena Varela E.  
Hospital Dr. Roberto del Río, Universidad de Chile.

**Introducción:** El patrón electroencefalográfico (EEG) descrito en la encefalopatía con ESES se caracteriza por descargas de espigas-ondas continuas en >85% del sueño NREM.

**Objetivo:** Describir características clínicas y evolución de pacientes con EEG compatibles con ESES.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron todos los EEG descritos con patrón electroencefalográfico de ESES entre enero 2005-junio 2015 del laboratorio de electrofisiología (Hospital Dr. Roberto del Río). Dos neurofisiólogos reanalizaron registros EEG. Otro investigador revisó registros clínicos de pacientes que cumplen criterios electroencefalográficos de ESES.

**Resultados:** 43 pacientes tuvieron al menos un EEG descrito con ESES en algún momento de su evolución.

25 cumplían criterios electroencefalográficos de ESES. 5 eran focales.

18/25 tenían antecedentes de epilepsia: Edad promedio 9a2m (5a-15a3m). Motivo EEG: control 11/18, exacerbación crisis 3/18, mal rendimiento escolar 2/18, trastorno conductual 1/18, regresión de lenguaje 1/18, regresión motora 1/18. En 16/18 el resultado EEG motivó cambio farmacológico: 15/16 nuevo FAE y 1/16 corticoides, todos con respuesta favorable.

7/25 pacientes sin epilepsia previa: Edad promedio 6a3m (4a8m-11a7m). Motivo EEG: crisis única 2/7, trastorno conductual 2/7, regresión de lenguaje 3/7. En 7/7 el EEG motivó inicio de tratamiento: 6 FAE y 1 corticoides, con buena respuesta en 6/7. De los pacientes con deterioro clínico y ESES, sólo 1/14 pacientes no tuvo respuesta favorable al tratamiento (regresión lenguaje).

**Conclusión:** El diagnóstico de ESES habitualmente implicó cambio en el tratamiento, impactando favorablemente en la

evolución clínica. En particular en el grupo sin crisis previas, el EEG fue determinante en la elección una conducta terapéutica exitosa.

### TLN48

#### PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA DEL ÁREA OCCIDENTE DE SANTIAGO DE CHILE.

Viviana Venegas, Jacqueline Weitzler, Roxana Aguilera, Francisca Vergara, Macarena Aillón, Marcos Manríquez.

Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** En Chile la prevalencia de trastornos afectivos en población adolescente es de 7%. La prevalencia internacional de depresión en adolescentes con epilepsia alcanza un 23 a 33%.

**Objetivos:** Cuantificar la prevalencia de síntomas depresivos en una población de adolescentes con epilepsia, describiendo variables clínicas asociadas.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se reclutan pacientes adolescentes entre 10 a 15 años en control por epilepsia en el Servicio de Neurología Infantil del Hospital San Juan de Dios, entre Diciembre 2014 y Mayo 2015. Se excluyen para el análisis, casos con diagnóstico de déficit cognitivo y otra patología psiquiátrica. Para pesquisar síntomas depresivos se utilizó Inventario CDI y Cuestionario de Birleson (Validadas en Chile) El trabajo fue aprobado por comité de ética.

**Resultados:** Hay 223 pacientes con epilepsia entre 10 y 15 años en atención regular, ingresando aleatoriamente al estudio 158. De éstos, 99 fueron excluidos. El criterio de exclusión más frecuente fue el diagnóstico de déficit cognitivo (86). Se analizan resultados de 59 pacientes (31 mujeres y 28 hombres). Doce pacientes presentaron síntomas depresivos (20,3%), 6 mujeres y 6 hombres. De éstos, 11 presentan epilepsia controlada. El tiempo de evolución de epilepsia fue en promedio de 40 meses para

ambos grupos. No existieron diferencias en tipos de crisis entre los grupos. Los pacientes con síntomas depresivos presentaron mayor cantidad de necesidades educativas especiales.

**Conclusiones:** Las cifras de adolescentes con epilepsia con síntomas depresivos se asemeja a las estadísticas internacionales y supera las cifras nacionales de depresión en adolescentes en general.

### TLN53

#### CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE 26 PACIENTES CON EPILEPSIA ROLÁNDICA

Scarlet Witting, Alejandra Méndez F, Pamela González Fuentes, César Mateluna, Carla Rojas, Francisca López, Ledia Troncoso, Mónica Troncoso.

Servicio de Neurología infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Sede Centro, Universidad de Chile.

**Introducción:** La epilepsia rolándica es la epilepsia parcial benigna más frecuente de la infancia. Sus características clínicas y manifestaciones electroencefalográficas están bien definidas, sin embargo existen manifestaciones clínicas y electroencefalográficas atípicas cuyo valor pronóstico es materia de discusión.

**Objetivos:** Describir características clínicas de pacientes con epilepsia rolándica controlados en el HSBA.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de fichas clínicas de 26 pacientes con diagnóstico de epilepsia rolándica controlados durante el año 2014.

**Resultados:** n=26. Hombres n=18(69%), edad promedio 11,1 años (rango 6-18 años). El 26% tiene antecedentes de familiares de epilepsia. Edad de inicio de crisis 7,7 años, rango 4-13 años. El 42,1% presentó crisis generalizadas, el 23% parciales simples y el 23% parciales complejas. El 23% presentó más de un tipo de crisis. El 38,4% presentaron crisis solo en sueño, 27% presentaron

crisis en vigilia. El 77% mostró actividad epileptiforme interictal focal centrotemporal. El 74,7% recibió tratamiento farmacológico para el control de crisis. El fármaco más usado fue el ácido valproico en un 50%, seguido del clobazam. El 34,6% requirió la asociación de 2 fármacos para el control de crisis. El 50% de los pacientes estuvo libre de crisis en el último año. El 46% presentó características clínicas y/o electroencefalográficas atípicas, dentro de este grupo 2 pacientes (16%) tuvieron evolución atípica, ambos fueron los pacientes con inicio más precoz. No hubo diferencias en el tiempo de evolución, frecuencia de crisis y número de fármacos utilizados respecto a los pacientes con características típicas.

**Conclusiones:** En nuestro grupo estudiado existe un alto porcentaje de pacientes con características clínicas y electroencefalográficas atípicas. El único factor pronóstico encontrado para la evolución atípica fue el inicio precoz.

### TLN54

#### CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA EN EL ESTATUS EPILEPTICO SUPER-REFRACTARIO PEDIÁTRICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RESTROSPECTIVO.

Jonathan Velásquez Toro, Juan Moya Vilchez, Verónica Opazo Basaur, Marcelo Devilat Barros.

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

**Introducción:** El estatus epiléptico es la emergencia neuropediátrica más común. En ocasiones es refractario, requiriendo uso de anestésicos. Shorvon definió "estatus epiléptico super-refractario" (EESR) como aquel estatus que continúa por 24 horas o más luego de iniciada sedo-anestesia, incluyendo aquéllos que recurren tras su disminución/suspensión. La descripción de casos de EESR pediátrico es limitada.

**Objetivo:** Describir la clínica, manejo y evolución en pacientes con EESR, hospita-



lizados en unidades de cuidados Intensivos de nuestro centro (0-15 años) entre enero 2013-agosto 2015.

**Métodos:** Revisión de registros de hospitalizados entre enero 2013 y agosto 2015, seleccionando aquéllos que satisficieron la definición.

**Resultados:** Cinco niños cumplieron criterios, todos varones e hijos de padres sanos; uno fue prematuro de 32 semanas. Dos iniciaron el EESR en periodo neonatal y el resto antes de los 6 meses. Todos requirieron sedoanestesia. Uno mostró patrones electroencefalográficos de estallido-supresión/actividad multifocal, y el resto, alteraciones multifocales. Los estudios metabólicos básicos resultaron negativos. La TC evidenció signos de encefalopatía hipóxico-isquémica en 2; la resonancia magnética mostró polimicrogiria en 1 y fue normal en 2. Un paciente recibió dieta cetogénica, obteniendo respuesta favorable inicialmente. Dos murieron antes de los 2 meses producto de las crisis, y el resto presentan crisis activas y secuelas graves.

**Conclusiones:** El EESR tiene elevada morbimortalidad en nuestra serie. La severidad del cuadro parece independiente de la etiología, que fue variada. El estudio se vio limitado por la falta de monitorización continua-EEG y estudio metabólico-genético avanzado. Se requieren mayores caracterizaciones del EESR para generar consensos terapéuticos

### TLN62

#### RESPUESTA A ACTH Y VIGABATRINA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WEST DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.

Alexandra Berger Salinas, Dra. Ximena Varela E, Dra. Carolina Heresi V., Dr. Felipe Castro V., Dra. Carla Rubilar P., Dr. Juan Carlos Faúndez L., Dr. León Alders-tein S.

Hospital Roberto del Río; Universidad de Chile.

**Introducción:** El Sd. West es una encefalo-

patía epiléptica cuyos tratamientos de primera línea son ACTH y Vigabatrina (VGB).

**Objetivos:** Describir la evolución electroclínica de pacientes con Sd. West tratados con ACTH y/o VGB.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de fichas clínicas de pacientes con Sd. West diagnosticados y tratados en Policlínico de Epilepsia Refractaria (Hospital Dr. Roberto del Río, enero 2011-mayo 2015) analizando evolución electroclínica. Se definió “buena respuesta” el cese total de espasmos y de hipsarritmia, y “recaída” como reaparición de espasmos y/o hipsarritmia.

**Resultados:** N:15. Promedio inicio espasmos: 6,1 meses (1 -11m), promedio latencia inicio de tratamiento 1,4 meses (0-4m). Etiología: 11 sintomáticos (estructurales), 4 posiblemente sintomáticos. Tratamiento inicial VGB (11/15): 4/11 con buena respuesta inicial, 2/4 con buena respuesta mantenida y 2/4 con recaída (espasmos). De los 7/11 que no respondieron inicialmente a VGB, 4/7 se trataron con ACTH, y sólo 1/4 respondió. 2/7 respondieron a Topiramato. 6/11 evolucionaron a epilepsia refractaria, 1 falleció. 2 evolucionaron libres de crisis.

Tratamiento inicial con ACTH (4/15): todos respondieron inicialmente, 2/4 recayeron (espasmos). De estos 1/2 respondió a VGB, 1/2 respondió con segunda cura ACTH, ambos con buena evolución. 2/4 evolucionaron con epilepsia focal no refractaria.

Efectos adversos: 2 presentaron HTA con ACTH. No se reportaron efectos adversos con VGB en esta serie.

**Conclusiones:** En esta serie se describe buena respuesta al tratamiento con VGB como FAE de primera y segunda línea en pacientes con Sd. West. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para obtener conclusiones significativas.

(Los autores declaran que no existe conflicto de interés con laboratorios farmacéutico

fabricantes de los fármacos en cuestión).

### TLN68

#### HEMISFERECTOMÍA FUNCIONAL (HF): ALTERNATIVA QUIRURGICA EN EPILEPSIA REFRACTARIA INFANTIL.

Guillermo Vidal Olate(1), María Francisca López(2), Cristián Cantillano(3), Tomás Mesa(4).

1. Laboratorio de Neurología, Red de Salud UC-Christus. 2. Laboratorio de Neurología, Red de Salud UC-Christus. Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán. 3. Departamento de Neurocirugía, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 4. Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** HF se indica en crisis intratables de origen hemisférico, especialmente en pacientes de corta edad en riesgo de encefalopatía epiléptica.

**Objetivo y Metodología:** Describir dos casos que fueron estudiados y sometidos a HF en Hospital Clínico UC.

**Descripción:** *Caso 1.* Niña, desde nacimiento crisis focales refractarias. RNM: polimicrogiria ténporo-parieto-occipital izquierda. EEG: crisis y actividad epileptiforme casi-continua de inicio posterior izquierdo. Mantiene incontables crisis focales. Aparecen espasmos. EEG sugerente de estallido-supresión a izquierda. A los 2m de vida se realiza HF izquierda. Evoluciona sin crisis clínicas y mejor DSM.

*Caso 2.* Niña. Inicia crisis a los 3m. RDSM global, con escaso progreso. Hemiparesia derecha. Evoluciona con West refractario. RNM cerebral: polimicrogiria fronto-parieto-temporal perisilviana izquierda extensa y hemiatrofia difusa del hemisferio cerebral derecho. A los 16m video EEG evidencia hipsarritmia y espasmos con componente clínico-EEG lateralizador a hemisferio izquierdo. Se realiza HF izquierda. A los 20 m sin crisis clínicas y avances en DSM.

### Discusión:

- La edad a la cual se indica HF ha disminuido. Se sugiere realizarla “antes de la aparición de déficits funcionales evidentes”. El paciente 1 destaca por lo precoz de la edad a la cual se realizó la HF (2meses). Existen escasos reportes de casos de HF a edad similar.

- Como factor pronóstico en HF se describe “crisis, EEG y hemiparesia fuertemente hemilateralizadores”. En caso 2 no se habían identificado elementos hemilateralizadores ni en las crisis (espasmos) ni en el EEG (hipsarritmia). El video EEG logró lateralizar al hemisferio de la displasia abriendo la posibilidad de la HF en este paciente.

### Trabajos de Neurología Sesión General Salón Bahía 3: 12 de Noviembre de 14:30 a 16:30 hrs.

#### “NEUROMUSCULAR, NEUROGENÉTICA-NEUROMETABÓLICA, TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO”.

### TLN9

#### IMPACTO DE LA CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES.

Dra. Stephanie Leigh Pacciarini, Dra. María de los Angeles Avaria Benapres, Dra. Karin Kleinsteuber Saa, Dra. Carolina Heresi Venegas, Dra. Rocío Cortés Zepeda, Dra. Macarena Bertrán Faúndez.

Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los pacientes con Enfermedades Neuromusculares (ENM) frecuentemente desarrollan escoliosis, potencialmente afectando su independencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD) y función cardiorrespiratoria. La cirugía está indicada en escoliosis progresivas o curvas severas, aunque no hay consenso de su beneficio.

**Objetivos:** Comparar función respiratoria, dependencia AVD y percepción de la calidad de vida pre y post quirúrgica en pacientes con ENM sometidos a cirugía de

escoliosis.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, pacientes en control en Policlínico ENM intervenidos quirúrgicamente por escoliosis (Enero 2011-Junio 2015). Se obtuvieron: valores espirométricos, Escala de Barthel (evaluación dependencia AVD) y apreciación de calidad de vida a los cuidadores principales.

**Resultados:** 4 pacientes con ENM y escoliosis fueron intervenidos quirúrgicamente, 3 con atrofia muscular espinal y uno con distrofia muscular de Duchenne, 3 con escoliosis severa y 1 moderada. Se realizó artrodesis posterior a edad promedio de 11 años. 2 tenían restricción de la CVF leve, mejorando postcirugía. 2 CVF normal. Respecto a AVD.

### TLN11

#### CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE PACIENTES CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1.

Barassi I. Claudia, Gaete S. Raquel, Escrivano R. Gloria, Carvajal G. Maritza, Torres Ana María.

Unidad de Neurología Infantil del Hospital Exequiel González Cortés.

**Introducción:** La Neurofibromatosis tipo 1 es un síndrome neurocutáneo frecuente con herencia autosómico dominante (AD). Dentro de las complicaciones neurológicas están epilepsia y tumores del SNC.

**Objetivo:** Describir características clínico-electroencefalográficas de pacientes con NF1 de la Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortés.

**Método:** Estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo. Revisión de datos de pacientes controlados por genetista entre enero 2010- junio 2015 y análisis fichas clínicas. Aprobado por comité de ética del hospital.

**Resultados:** De 35 pacientes, edades entre 2 años 11 meses y 15 años, 53% (19/35) mujeres. Herencia AD más frecuente, materna

(15/35). Nódulos de Lisch 28,5% (10/35). Neurofibromas cutáneos 31,4% (11/35). Se realizaron EEG en 11 pacientes, anormales 54,5% (6/11): Actividad de base lenta difusa 18 % (n=2/11); actividad epileptiforme 45,4% (5/11), localización actividad epileptiforme: generalizada 36% (4/11) y 9% (1/11) focal. Presentaron epilepsia 8,6% (3/35), dos pacientes crisis focales y uno focal con generalización secundaria. De 6 EEG alterados, 3 pacientes presentaban epilepsia (1 actividad epileptiforme focal y 2 generalizado). Presencia de tumor SNC: 22,9% (8/35), siete hamartomas y uno hamartoma-glioma óptico. Pacientes con hamartoma SNC, 12,5% (1/8) presentaron crisis epiléptica (focal con generalización secundaria) y 25% (2/8) EEG con actividad epileptiforme generalizada. De pacientes con neurofibromas cutáneos, 45,4 (5/11) tenían hamartoma SNC comparado con 27% pacientes sin neurofibromas.

**Conclusión:** No se evidenció un patrón clínico-EEG prevalente. El seguimiento con EEG debe considerarse por la mayor frecuencia EEG alterados y epilepsia que población general. Destaca alta proporción de tumores del SNC en pacientes con neurofibromas cutáneos.

### TLN12

#### SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y UTILIDAD DE NEUROIMÁGENES.

Mallea Escobar, Gustavo; Renard R, Luna; Cortés Z, Rocío; Bertrán F, Macarena; Heresi V, Carolina; Kleinsteuber S, Karin; Avaria B, María de los Ángeles.

Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.

**Introducción:** El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inmunomediada frecuente, potencialmente discapacitante. El diagnóstico se basa en criterios de Asbury y Cornblath, definiéndose casos típicos (cumplen 3 criterios diagnósticos) y atípicos (cumplen menos de 3 criterios). Se ha postulado que la resonancia magnética de médula (RMm) podría ser un complemento para el diag-

## Trabajos de Neurología

nóstico, especialmente en casos atípicos, ya que el realce con gadolinio de las raíces motoras se observa en 95% de los casos.

**Objetivos:** Analizar características clínicas de pacientes con SGB, y precisar la contribución de la RMm en el diagnóstico y manejo en casos atípicos.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, con registro de elementos clínicos, laboratorio y evolución en 22 pacientes con SGB controlados en Policlínico Neuromuscular entre 2000-2015. Datos protegidos para asegurar confidencialidad, con aprobación de comité de ética SSMN.

**Resultados:** De los pacientes: 59% sexo masculino, edad promedio 4 años 10 meses, Elementos clínicos más comunes fueron la instalación y progresión de síntomas en menos de 4 semanas (22/22), y debilidad progresiva simétrica (20/22). De los 11/22 con RMm, 10/11 presentaban captación de raíces anteriores. De los casos atípicos (5/22), 4 tenían RMm, todos con captación multirradicular de predominio raíces anteriores.

**Conclusiones:** Si bien la mayoría de los pacientes con SGB pediátricos se presentan como casos típicos, existe grupo de casos atípicos que plantean desafíos diagnósticos en la práctica clínica, donde la RMm constituye un aporte al diagnóstico y manejo.

### TLN16

#### CARACTERIZACION CLINICA Y ELECTROENCEFALOGRAFICA DE LAS CRISIS EPILEPTICAS ASOCIADAS A ENFERMEDADES METABOLICAS.

Carolina Muñoz C, Paulina Mabe S., Carolina Giadach C., Raquel Gaete S., Ana Torres P., Maritza Carvajal G.  
Unidad de Neurología Infantil, Hospital Exequiel González Cortés.

**Introducción:** Pacientes con Errores Innatos Metabolismo (EIM) pueden presentar crisis epilépticas, sintomáticas agudas o asociadas a epilepsia, generalmente focales

motoras. Responden a tratamiento EIM y/o fármacos antiepilépticos (FAE). Sin patrón patognomónico Electroencefalograma (EEG).

**Objetivo:** Evaluar características electroclínicas de crisis epilépticas en pacientes con EIM.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo, pacientes controlados por EIM con antecedentes crisis epilépticas, Servicio Neurología Infantil Hospital Exequiel González Cortés, entre mayo 2007-abril 2015. Previa aprobación comité ético científico. Declaramos no tener conflictos de interés.

**Resultados:** Se obtuvo total 76 pacientes controlados por EIM. 13% (n=10) presentaron crisis epilépticas. 36% (n=27) debutaron con encefalopatía metabólica, 5% (n=4) crisis sintomáticas agudas asociadas. Encontrándose Enfermedad Orina Olor Jarabe Arce, Aciduria glutárica tipo 1 y Déficit Ornitina Transcarbamilasa, presentando crisis focales motoras y EEG: actividad base lenta; y Citrulinemia con crisis atónicas y EEG: ondas trifásicas. Con buena respuesta manejo agudo. 8% (n=6) presentaron crisis asociadas a Epilepsia, con buena adherencia controles EIM. 5% (n=4) Epilepsia focal, encontrándose Enfermedad Sandhoff, Mucopolisacaridosis II, MELAS y Síndrome de Leigh, con crisis focales motoras y EEG interictal: actividad epileptiforme focal y actividad base lenta con actividad epileptiforme multifocal en último caso. 3% (n=2) Epilepsia generalizada, en pacientes con Síndrome de Leigh con crisis tónico-clónicas y EEG interictal: signos lentos difusos y Mucopolisacaridosis IIIA con crisis tónicas y EEG interictal: actividad epileptiforme focal. FAE predominante Fenobarbital (n=4). Todos buena respuesta.

**Conclusiones:** La asociación crisis epilépticas-EIM, es poco frecuente, predominando crisis focales motoras. Más frecuentemente asociadas a Epilepsia, principalmente focal, en pacientes con buen control EIM.

Durante encefalopatía aguda, generalmente asocian crisis focales motoras.

No se encontró EEG característico.

Todos presentaron buena respuesta tratamiento FAE y sintomático agudo.

### TLN21

#### EMERGENCIAS EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO. UNA SERIE CLÍNICA PEDIÁTRICA.

Carla Soto V.(2), Karen Muñoz Y.(2), Marta Hernández Ch.(1).

Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

1. Pediatra, Neuróloga Pediatra.
2. Residente Neurología Pediátrica.

**Introducción:** Las Emergencias en Trastornos del Movimiento (ETM) constituyen patologías graves, de inicio agudo (horas) o subagudo (días). El retraso en el tratamiento sintomático y diagnóstico de la patología base puede ocasionar morbimortalidad.

**Objetivo:** Describir la presentación clínica y etiológica de ETM.

**Método:** Revisión de bases de datos de hospitalizaciones por ETM entre los años 2007 al 2015 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica.

**Resultados:** Se identifican 8 casos, promedio edad presentación 9 años (rango 3-14), sexo femenino (5/8). Los movimientos anormales en orden descendente de frecuencia fueron: corea, distonía, rigidez y temblor. La etiología autoinmune/inflamatoria fue la más frecuente (n=5): Encefalitis Autoinmune por anticuerpos contra el receptor NMDA (n=2), Corea de Sydenham (n=1), Lupus Sistémico (n=1) y Encefalitis Herpética (n=1). De las etiologías no inflamatorias (n=3): medicamentos (n=2): Haldol y Sibutramina; y metabólica (Aciduria Glutárica tipo I descompensada). No hubo mortalidad y la evolución fue hacia la recuperación completa en casos secundarios a Encefalitis Autoinmune y medicamentos.

**Conclusión:** En nuestro trabajo las ETM fueron más frecuentes en niñas, la etiología predominante fue autoinmune/inflamatoria, el tratamiento sintomático y dirigido hacia la patología específicas evitaron secuelas. Las ETM tienen causas heterogéneas y aunque tradicionalmente son descritos como patologías crónicas, pueden presentarse como una ETM. El tratamiento e identificación precoz de la patología subyacente evitaría complicaciones sistémicas, secuelas neurológicas y mortalidad.

### TLN22

#### NUEVO ESTUDIO GENÉTICO-MOLECULAR EN NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS HEREDITARIAS. PRESENTACIÓN DE 8 CASOS CLÍNICOS.

Carla Andrea Soto Villagra, M. De Los Angeles Beytía R, Daniela Ávila S, Raúl Escobar H.

Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

**Introducción:** Las Neuropatías Periféricas Hereditarias (NPH) tienen prevalencia de 1/2500. Actualmente hay 80 genes descritos. Los exámenes genéticos permiten dar pronóstico y consejo genético. En Europa 60-80% tiene diagnóstico genético y 2/3 de ellas corresponden a CMT1A.

**Objetivos:** Mostrar los resultados de la realización de nuevo estudio genético-molecular en pacientes con clínica compatible de NPH, desde Enero 2014 a Julio 2015 en Hospital Clínico PUC.

**Metodología:** Serie de Casos Clínicos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NPH confirmada por electromiografía y realización de estudio genético-molecular de NPH. Estudio genético-molecular se realiza por MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) y analiza deleciones y duplicaciones en gen PMP22, MPZ y GJB1 (genes asociados a CMT1A, 1B, CMT ligada al X y a Neuropatía hereditaria con susceptibilidad a parálisis por presión).

**Resultados:** 8 pacientes, edad media presentación de 6 años (rango: 3-9 años). Motivos de consulta: deformidad pie (7/8) y alteración de la marcha (5/8). Hallazgos físicos frecuentes: pie cavo, arreflexia extremidades inferiores y marcha stepage. Todos los casos confirmados por Electromiografía: 5 correspondientes a polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante y 3 pacientes con forma axonal. Estudio genético-molecular mostró alteraciones en 4/5 casos desmielinizantes, correspondientes a duplicación PMP22, confirmando diagnóstico de CMT1A y en ninguna de la forma axonal.

**Conclusión:** La posibilidad de iniciar el estudio genético-molecular de NPH es posible en Chile. Nuestro estudio, muestra que en 4/8 casos se obtuvo el diagnóstico genético molecular. Resultados concuerdan con cifras internacionales que refieren que 40-50% de las mutaciones corresponden a duplicaciones de PMP22. Nos permitió dar pronóstico y consejo genético.

### TLN27

#### RESULTADOS PRELIMINARES DE PROTOCOLO DE ESTUDIO DE TRASTORNOS MIOTONICOS.

Daniela Avila(1-3), Damien Sternberg(4), María de Los Ángeles Beytía(1-3), Marcela Lagos(5), Juan Carlos Cassar(6), Pilar Aldana(1), Manuel Loncomil(1), Raúl Escobar(1-2).

1. Unidad de Neurología, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2. Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3. Unidad Docente Asistencial-Complejo Asistencial Sótero del Río, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 4. Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique, Unité Fonctionnelle de Cardiogénétique et Myogénétique, Groupe Hospitalier Pitie-Salpetriere. 5. Laboratorio de Biología Molecular, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 6. Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los trastornos miotónicos son un grupo de enfermedades neuromusculares que se caracterizan por la presencia de mionías al examen físico y al estudio electroneuromiográfico (ENMG). Estas patologías son un terreno privilegiado para el estudio (ENMG), en particular mediante el protocolo de Fournier que permite orientar hacia la base genético molecular de cada uno de estos trastornos.

**Pacientes y métodos:** entre los años 2013 y 2015, 5 familias (con un total de 13 pacientes) consultaron al Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR) y Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) por trastornos miotónicos. En todos ellos se realizó una evaluación clínica y al menos un miembro de cada familia fue estudiado con el protocolo de Fournier en el CASR. En dos familias fue posible realizar estudio genético molecular.

**Resultados:** Cuatro familias presentaron cuadro clínico compatible con mionías no distróficas. Según protocolo de Fournier, tres de ellas con patrón sugerente de mutación del canal de sodio SNC4A y una con patrón sugerente de mutación del canal de cloro CLC1. Fue posible identificar una mutación en el gen SNC4A en una familia. En la quinta familia, uno de sus integrantes con cuadro clínico sugerente de Distrofia Miotónica tipo I, tuvo al ENMG un patrón concordante, corroborándose posteriormente una mutación en el gen DMPK.

**Conclusión:** Presentamos resultados de nuestro protocolo de estudio de trastornos miotónicos, incluyendo 5 familias, todas ellas estudiadas mediante un test electrofisiológico pionero a nivel local. El estudio ENMG permitió orientar hacia el estudio genético, permitiendo reducir significativamente sus costos.

### TLN31

#### TERAPIA CORTICOESTEROIDAL Y DESARROLLO DE MIOCARDIOPATÍA EN Distrofia Muscular de Duchenne.

Carolina Schulz Gayoso, María de los Ángeles

geles Avaria B., Carolina Heresi V., Karin Kleinstauber S., Patricia Alvarez Z., Valeria Acevedo A.

Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.

**Introducción:** El compromiso miocárdico es una de las principales causas de morbi-mortalidad en Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Detección y tratamiento precoz son esenciales. Se ha planteado que la terapia corticoesteroidal podría influenciar el desarrollo de la miocardiopatía en DMD.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de miocardiopatía en pacientes con DMD. Correlacionar tratamiento esterooidal y compromiso miocárdico en DMD con relación a edad de inicio de la miocardiopatía.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con DMD entre 10 y 25 años controlados en el Hospital Roberto del Río entre abril de 2011 y 2015.

**Resultados:** 24 pacientes; 17 (70,8%) tratados con corticoesteroides; vs. 7 (29,6%) no tratados. Ecocardiogramas alterados en: 11 (45,8%). Edad promedio diagnóstico del compromiso miocárdico: 13,1 años (7-15 años). Miocardiopatía demostrada en 7/17 (41,2%) de los tratados y 4/7 (57,1%) de los no tratados, (p: 0,2389 NS). Promedio de edad de inicio de la miocardiopatía en pacientes tratados: 12,7 años vs. : 14,1 años en no tratados (p>0.25 NS).

**Conclusiones:** Alta frecuencia (>40%) de miocardiopatía en pacientes con DMD. Pacientes tratados con corticoides presentan menor frecuencia de compromiso miocárdico, lo que concuerda con la evidencia actual, si bien en nuestra serie esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En cuanto a la edad de aparición de miocardiopatía no hubo diferencias relacionadas al uso de terapia corticoesteroidal. Lo anterior podría relacionarse a las diferencias en número de pacientes en ambos grupos (mayoría de pacientes tratados), en

una serie pequeña interfiriendo en el análisis estadístico.

### TLN39

#### **BOTULISMO INFANTIL: ETIOLOGÍA OLVIDADA DE DEBILIDAD EN EL LACTANTE.**

Mariana Contreras(1), Rocío Cortés(2), Felipe Castro(2), Loreto Vilches(3), Kennet Zambrano(4), Juan Francisco Cabello(5), María de los Ángeles Avaria(2).

Lugar: 1. Residente Programa de Formación de Especialistas en Neuropediatría, Universidad de Chile. Hospital de Niños Dr. Roberto Del Río. 2. Neuropediatra. Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Facultad de Medicina Campus Norte, Universidad de Chile. 3. Neuropediatra. Hospital San Pablo de Coquimbo. 4. Residente Programa de Especialización en Neuropediatría, Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren. 5. Neuropediatra. Programa de Especialización en Neuropediatría. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** El Botulismo Infantil (BI) causa un amplio espectro de presentaciones en lactantes, desde debilidad leve hasta necesidad de ventilación asistida.

**Objetivo:** Describir casos clínicos de debilidad aguda como forma de presentación de BI.

**Método:** Estudio descriptivo/retrospectivo de 3 casos ocurridos durante 2015, con revisión de fichas clínicas, previo consentimiento informado.

*Caso 1:* 6 meses, femenino. Consumo de frutas crudas. 6 días ptosis progresiva, succión débil, debilidad de cuello/tronco. Examen físico: Oftalmoparesia (-), pupilas reactivas, midriasis (-), voz ronca, debilidad generalizada, ROT (+). EMG+VCN normal sin TER. Prueba Neostigmina (-) 2 PL (-), RM cerebro-médula normal. Recibe IGev 2gr/kg. ISP Toxina Botulínica en deposiciones (TBD)(+). Evolución favorable en 15 días. *Caso 2:* 11 meses, femenino. Posterior a catástrofe natural local. 15 días constipación, dificultad respiratoria. Examen: Llanto

esbozado, ptosis bilateral, oftalmoparesia (-), pupilas reactivas, midriasis (-), reflejo nauseoso y tos disminuidos, debilidad generalizada, ROT (+). PL (-). RMcerebromédula normal. ISP TBD (+). Evoluciona favorablemente en 1 mes.

### TLN41

#### PERFIL DE PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (1995-2015).

Verónica Sáez, Susana Lara, Kay Gittermann, Mónica Troncoso, Paola Santander, Guillermo Fariña, Ledia Troncoso.

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

**Introducción:** Atrofia Muscular Espinal (AME), enfermedad autosómica recesiva, gen SMN1, que determina la supervivencia de motoneuronas espinales. Sintomatología con debilidad y arreflexia, respetando musculatura facial y cognitivo-social. Fenotipos según edad de inicio y función motora: tipo-I sin-sedestación, tipo-II con-sedestación, tipo-III con-marcha, tipo-IV inicio tardío con fenotipo leve. Tratamiento multidisciplinario para manejo sintomático.

**Objetivo:** Determinar fenotipos y perfil clínico de pacientes con AME confirmados genéticamente.

**Método:** Estudio observacional retrospectivo. Análisis de ficha clínica, control multidisciplinario y evolución de pacientes AME con delección SMN1, controlados en HCSBA entre 1995-2015. Análisis estadístico Epi-Info7.

**Resultados:** N: 25 pacientes confirmados genéticamente, 56% femeninos. Fenotipos: AME-I 36%, AME-II 20%, AME-III 44%. Edad promedio de inicio de síntomas/ sospecha clínica/ confirmación genética, respectivamente AME-I 2,3/6/8,6 meses, AME-II 11/24/37 meses, AME-III 31/62/70 meses. Desarrollo psicomotor: El 22% de AME-I logra control cefálico, edad promedio 4 meses; Edad promedio

de sedestación AME-II 15 meses, AME-III 6,9 meses; Edad promedio de Marcha independiente AME-III 15 meses. Fasciculaciones linguales 68%, Poliminimioclonus 56%, Escoliosis 60%, obesidad-sobrepeso 32%. Uno con Pseudohipertrofia. Fallecidos 16%, por falla respiratoria, todos AME-I con 44% de mortalidad a los 15 meses, edad promedio 9,5 meses.

**Conclusion:** El perfil y el pronóstico de los pacientes con AME depende de la severidad fenotípica. El fenotipo más severo tiene mayor sospecha clínica y confirmación diagnóstica más acotada. Alta mortalidad AME-I a 15 meses, asociado a complicaciones respiratorias. Un tercio con escoliosis y sobrepeso-obesidad. Importante manejo preventivo y precoz de complicaciones.

### TLN42

#### SEGUIMIENTO Y CONTROL VENTILATORIO EN PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO III.

Verónica Sáez, Alejandra Hernández, Susana Lara, Kay Gittermann, Mónica Troncoso, Paola Santander, Guillermo Fariña, Carla Rojas, Ledia Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La Atrofia Muscular Espinal (AME), se produce por la degeneración de motoneuronas, evoluciona con atrofia y debilidad progresiva, sin compromiso sensitivo ni cognitivo. Fenotipos según edad de inicio y función motora. Subtipo AME-III con-marcha iniciando síntomas >18meses, morbimortalidad tardía asociada a insuficiencia respiratoria por hiipoventilación nocturna, tos ineficiente, deformidades pared torácica e infecciones recurrentes. Manejo integral y preventivo.

**Objetivo:** Analizar perfil de función respiratoria y factores asociados en pacientes AME-III +.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, pacientes AME-III con confirmación



genética, del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil HSBA, 2000-2015. Análisis de fichas clínica, polisomografía (PSG), Espirometría, escoliosis clínica-Rx, uso AVNI. Análisis Microsoft-Excel.

**Resultados:** N: 9 pacientes, 5 hombres. Última PSG: Edad promedio 12 años. Eficiencia del sueño disminuida 6/9, arquitectura del sueño normal, microdespertares aumentados en 3/9. Índice de apnea-hipoapnea aumentado en 5/9, todos de carácter leve con 1 apnea central y 4 SAHOS, sin O<sub>2</sub> suplementario. Promedio Saturación 96%, Índice de Saturación <90% Normal, desaturación hasta 83% en 1/9. Frecuencia Cardíaca 82 Lpm sin arritmia. Ronquido 2/9. Espirometría alterada 2/9. Escoliosis 6/9, sobrepeso-obesidad 6/9, infecciones respiratorias recurrentes 2/9. Retención de CO<sub>2</sub> en 3/9 con indicación de AVNI nocturno, desde edad promedio 9 años.

**Conclusión:** Pacientes AME-III, destaca disminución leve de la eficiencia del sueño con arquitectura conservada. Alrededor de la mitad de los pacientes presentaron leve aumento de eventos respiratorios, predominio Síndrome Apnea-hipoapnea-del-sueño (SAHOS). Frecuente escoliosis y sobrepeso-obesidad. Un tercio con apoyo ventilatorio no invasivo nocturno. Fundamental monitorización ventilatoria para mejorar su calidad de vida.

### TLN49

#### TRISOMIA 13. ANÁLISIS CLÍNICO, IMAGENOLÓGICO Y GENÉTICO DE 6 PACIENTES.

Patricia Parra, Mónica Troncoso, Andrés Barrios, Yovanka Drazic, Alexander Peters. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La trisomía 13 es la tercera polisomía en frecuencia tras las trisomías 21 y 18. Sus características clínicas incluyen malformaciones de línea media y grave compromiso sistémico, lo que se traduce en corta sobrevida.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico, imagenológico y genético de 6 pacientes con el diagnóstico de Trisomía 13.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 6 pacientes con diagnóstico de Trisomía 13 nacidos en la maternidad del Hospital San Borja-Arriarán, en los últimos 4 años, mediante el análisis de registros clínicos.

**Resultados:** 6 casos (2 hombres y 4 mujeres) con cariograma confirmatorio. Como factor de riesgo destaca la edad de las madres (3 sobre 40 años). Los hallazgos ultrasonográficos prenatales que aparecen con mayor frecuencia son holoprosencefalia lobar y canal AV (2 pacientes) y en menor frecuencia CIV, agenesia parcial del vermis y RCIU. En cuanto a los hallazgos en recién nacidos destaca polidactilia (5 pacientes), ductus, CIV y cuello corto (3 pacientes). Dos pacientes alcanzaron el mes de vida y uno presentó ecografía cerebral normal.

**Conclusiones:** La trisomía 13 debe sospecharse en aquellos fetos que en ultrasonografía presenten holoprosencefalia lobar o canal AV asociados o no a otros defectos como CIA, agenesia parcial del vermis o fisura palatina. Al nacer, se debe sospechar ante defectos como polidactilia, alteraciones de línea media, y cardiopatías como ductus o CIV. El análisis de estos casos concuerda con lo descrito en la literatura en relación a clínica e imagenología, todos con trisomía completa, presentando algunos sobrevida mayor al promedio.

### TLN52

#### NEUROIMAGENES EN PACIENTES CON ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL X.

Mónica Troncoso, Paola Santander, Mario Matamala, Héctor Jaque, Susana Araya, Ledia Troncoso, Francisca López, Andrés Barrios.

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

**Introducción:** La adrenoleucodistrofia ligada al X (ALD-X), es una enfermedad progresiva asociada a la acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga, que involucra a cerebro y glándulas suprarrenales. Tiene diversas formas de presentación, que varían desde la forma cerebral, con presentación en la niñez, forma suprarrenal aislada, compromiso cerebral y suprarrenal combinado y adrenomieloneuropatía. Las imágenes en resonancia nuclear magnética cerebral (RNMC) son de gran orientación diagnóstica y frecuentemente muestran lesiones simétricas hiperintensas de sustancia blanca periventricular parieto-occipital con compromiso de cuerpo caloso y captación periférica de contraste.

**Objetivo:** Describir características neuroimágenes en 16 pacientes con diagnóstico confirmado de ALD-X.

**Materiales y Método:** Estudio descriptivo-retrospectivo. Análisis de registros clínicos, determinación de formas clínicas y análisis de neuroimágenes (RNMC) de pacientes diagnosticados en nuestro centro con ALD-X.

**Resultados:** 16 hombres, edades entre 6-19 años, todos con diagnóstico confirmado de ALD-X. 14/16 presentan la forma cerebral infantil, de ellos 10/14 presentan alteraciones clásicas caracterizadas por lesiones simétricas de sustancia blanca periventricular parieto-occipital, hipointensas (T1) e hiperintensas (T2) con compromiso de cuerpo caloso y realce periférico con contraste endovenoso. 2/14 presentan lesiones biparieto-occipitales asimétricas con gran compromiso lateralizado hacia algún hemisferio. Todos tenían lesiones en tractos corticoespinales. 2/14 presentan lesiones bifrontales simétricas con compromiso anterior de cuerpo caloso. Solo dos pacientes presentan la forma suprarrenal pura, sin lesiones en la RNMC.

**Conclusión:** En nuestra casuística predominan los pacientes con ADLX con forma cerebral. Las lesiones clásicas parieto-occipitales simétricas bilaterales fueron

las más frecuentes en la RNMC, seguidas por las asimétricas. Destaca la presencia de niños con lesiones en regiones cerebrales anteriores.

### TLN56

#### ENFERMEDADES PEROXISOMALES DE PRESENTACION NEONATAL.

Mónica Troncoso, Andrés Barrios, Fernanda Balut, Isadora Ruiz, María José Hidalgo, Daniela Muñoz, Patricia Parra, Claudia Sáez, Karin Nilo, Jorge Carrera, Patricio Guerra.

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

**Introducción.** La Adrenoleucodistrofia Neonatal (ALDN) y Síndrome Zellweger (SZ) forman parte del Espectro Zellweger (EZ), que corresponde a un trastorno de la biogénesis peroxisomal. Pueden presentarse en el período neonatal principalmente con hipotonía severa, convulsiones, dismorfias. La elevación plasmática de los ácidos grasos de cadena muy larga (AGCML) es compatible con este diagnóstico.

**Objetivos.** Reportar la experiencia de pacientes diagnosticados con trastorno peroxisomal de presentación neonatal, analizar manifestaciones clínicas y exámenes diagnósticos.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo-retrospectivo. Análisis de registros clínicos, evolución y estudio de AGCML.

**Resultados:** 7 pacientes, 3 hombres 4 mujeres, 3 parientes: 2 hermanas, una prima. Antes de los 20 días de vida, todos presentan hipotonía severa, trastornos de succión/deglución y convulsiones. 4/7 presentan dismorfias faciales, con fontanela anterior amplia, 4/7 evolucionan con hepatomegalia 3 con ictericia. Tres requieren apoyo ventilatorio. 1/7 presenta múltiples quistes renales. 5/7 presentan alteraciones en la neuroimagen: 4 hipomielinización, 4 polimicrogiria, uno agenesia del cuerpo caloso y otro adelgazamiento de éste. Todos presentan elevación de la concentra-

ción plasmática de AGCML, compatible con defecto en la oxidación peroxisomal de ácidos grasos.

**Conclusiones:** Todos los casos presentan hipotonía neonatal, epilepsia y compromiso multisistémico y la mayoría alteración en la neuroimagen. Los hallazgos descritos permitieron la sospecha de un trastorno peroxisomal, confirmado en todos los casos por la elevación plasmática de AGCML. Todas estas características son compatibles con una ZSS de presentación neonatal, que podría corresponder con alta probabilidad a un SZ o ADLN.

**Comentario:** el EZ es un cuadro grave del recién nacido requiriendo una alta sospecha para su diagnóstico precoz.

### TLN60

#### TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO EN PACIENTES CON LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CEROIDEA.

Mónica Troncoso, Scarlet Witting, Paola Santander, Jose Miguel Cárdenas, Daniela Muñoz, María José Hidalgo, Ledia Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La lipofuscinosis neuronal ceroida (LNC) se reconoce clásicamente por ser un cuadro neurodegenerativo predominantemente epiléptico, sin embargo los trastornos del movimiento también forman parte del cuadro clínico y no siempre son identificados.

**Objetivo:** Describir trastornos del movimiento en pacientes con diagnóstico de LNC.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, análisis de registros clínicos y videos de 11 pacientes con LNC en control en nuestro centro.

**Resultados:** 6 mujeres, 5 hombres. Edad de inicio: entre 1,5 y 9 años. Nueve debuta-

ron con crisis epilépticas, 2 con síndrome cerebeloso. 9/11 presentaron durante su evolución mioclonías no epilépticas. 5/11 pacientes presentaron síndrome parkinsoniano, 3/11 distonías focales. No presentaron corea. RNM cerebral: 10 con atrofia cerebelosa y cortical, 3 asociada a hiperintensidad de sustancia blanca periventricular, 1 con ventriculomegalia.

Biopsia piel: 6 con cuerpos curvilíneos, 2 con finger prints, 3 normales. Estudio enzimático: seis presentaron déficit de la enzima TTP-1, característico de CLN2, y de éstos, 3 presentaban biopsia de piel normal. El estudio genético demostró mutaciones en el gen CLN2 en 3 pacientes, todos ellos con biopsia de piel positiva, pero uno de ellos con estudio enzimático normal. No hubo asociación entre el tipo de movimientos anormales extrapiramidales y las formas de lipofuscinosis ni las imágenes de la resonancia magnética.

**Conclusiones:** En nuestra serie es frecuente la asociación de trastornos del movimiento siendo lo más frecuente las mioclonías no epilépticas, seguidos de síndrome parkinsoniano y en menor grado distonías, sin relación al tipo de lipofuscinosis.

**Comentario:** En los pacientes con lipofuscinosis la presencia de trastornos del movimiento deben ser diagnosticados, ya que éstos pueden agravar la discapacidad de estos pacientes.

### TLN67

#### LEUCODISTROFIAS VACUOLIZANTES. DESCRIPCIÓN CLÍNICA, EVOLUCIÓN, NEUROIMÁGENES Y ESTUDIO GENÉTICO EN 15 PACIENTES CHILENOS.

Paola Santander, Mónica Troncoso, Astrid Mendoza, Andrés Barrios, María José Hidalgo, Ledia Troncoso.

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

**Introducción:** Dentro de las enfermedades de la sustancia blanca existe un grupo de patologías originadas por un defecto ge-

nético que determina una alteración en la formación de mielina del sistema nervioso central (SNC). Las leucodistrofias vacuolizantes son enfermedades con una sustancia blanca difusamente anómala asociada a cambios quísticos (micro/macro). Dos de ellas son: la Enfermedad de Alexander (GFAP) y la Ataxia con hipomielinización del sistema nervioso (CACH/VWM).

**Objetivo:** Describir presentación clínica, evolución, neuroimágenes y estudio genético de 15 pacientes con leucodistrofias vacuolizantes de la sustancia blanca diagnosticados en nuestro centro.

**Material y Método:** Estudio descriptivo-retrospectivo y seguimiento prospectivo. Revisión de registros clínicos.

**Resultados:** Total 15 pacientes. (I) Enfermedad de Alexander: 5/15: inicio síntomas 4 meses, 5/5: retraso psicomotor, epilepsia, macrocefalia, 4/5: síndrome piramidal. Evolución: macrocefalia lentamente progresiva, regresión psicomotriz. Neuroimágenes: hiperintensidad T2 de sustancia blanca predominio fronto-parietal, bilateral, simétrica, compromiso fibras en U, 1/5 con quistes en sustancia blanca. Mutaciones gen GFAP: exones 1 y 4. (II) Ataxia con Hipomielinización del SNC (CACH/VWM): 10/15: inicio síntomas 6,8 años. 6/10 debutan: trastorno de marcha, 2/10 regresión psicomotriz, 1/10 compromiso conciencia, 1/10 temblor. En 6/10 gatillantes: TEC e infecciones. Todos signos piramidales, 6/10 ataxia, dismetría. Neuroimágenes: compromiso difuso de sustancia blanca hiperintensidad T2, cavitaciones de sustancia blanca periventricular predominio posterior. Evolución: 8/10 lentamente progresiva, 1/10 estacionaria, 1/10 aguda-fatal. Mutaciones gen IF2B: 9/10: EIF2B5, mutación más frecuente R113H en estado hetero/homocigoto y 1/10 mutación EIF2B4.

**Conclusiones:** Las leucodistrofias vacuolizantes encontradas en nuestra serie son GFAP y el CACH/VWM, que es la más frecuente. Sus características clínicas, evo-

lución y neuroimágenes son similares a lo descrito en la literatura.

---

**Trabajos de Neurología Sesión General**  
**Salón Sol: 12 de Noviembre de 14:30 a 16:30 hrs.**

**“NEURONEONATOLOGÍA, TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y LENGUAJE, VASCULAR”**

**TLN1**  
**DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIO-LÓGICO DE LA TROMBOSIS VENOSA INTRACRANEAL PEDIÁTRICA Y SUS COMPLICACIONES.**

Mauricio López, Marta Hernández, Isidro Huete.

Unidad de Neurología Pediátrica. División de Pediatría. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La trombosis venosa intracranial (TVI) es una causa de accidente cerebrovascular poco sospechada en niños.

**Objetivo:** Describir las características clínico-radiológicas de pacientes menores de 18 años con TVI y sus complicaciones.

**Metodología:** Estudio descriptivo de casos consecutivos, reclutados en un periodo de 12 años en el Hospital Clínico UC-Christus. Aprobado por el comité de ética institucional. Autores sin conflicto de interés. Resultados: 34 niños con TVI (33 en territorio superficial y 8 profundo), 22 hombres, 15 neonatos. Compromiso parenquimatoso en 62% de los casos (21/34), 86% isquémico (18/21) y 14% hemorrágico (3/21). Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron compromiso de conciencia (CC, 26/34), crisis epilépticas (18/34) y síndrome de hipertensión endocraneal (13/34). El CC fue significativamente más frecuente en infarto parenquimatoso (19/21, p 0,02), además, en el 77% fue precedido por cefalea y/o irritabilidad (promedio, 2 días; rango, 0,25-4). Se identificaron factores de riesgo (FR) en el 94% (32/34), las cardiopatías e infecciones fueron los más frecuentes (12/34 y 10/34, respectivamente). La resonancia magnética (RM) fue el método

diagnóstico en 29 niños. Los falsos negativos para TVI en la tomografía computarizada fueron de 28% (2/7).

**Conclusiones:** La TVI es una entidad infrecuente en pediatría, predomina en territorio venoso superficial y en neonatos. El compromiso parenquimatoso en TVI es frecuente, suele presentarse tardíamente y con compromiso de conciencia. Debido a que las manifestaciones clínicas son inespecíficas, el diagnóstico de TVI debe guiarse por la presencia de FR y confirmarse con imágenes de alta sensibilidad como la RM.

### TLN2

#### **PREDICTORES DE DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA GRAVE A LARGO PLAZO POSTERIOR AL ICTUS ISQUÉMICO ARTERIAL PEDIÁTRICO.**

Mauricio López Espejo, Marta Hernández, Isidro Huete.

Unidad de Neurología Pediátrica. División de Pediatría. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El ictus isquémico arterial (IIA) es causa de secuelas neurológicas a largo plazo, la gravedad de éstas ha sido poco estudiada en niños.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de morbilidad neurológica y explorar predictores clínico-radiológicos de discapacidad grave (DG) posterior a un IIA en pacientes pediátricos.

**Metodología:** Estudio analítico de cohorte de casos consecutivos con IIA ocurrido entre 30 días y 18 años de vida, seguidos entre 6 y 13 años en el Hospital Clínico UC-Christus. Análisis descriptivo, bivariado (Fisher, significancia  $<0,05$ ) de las variables de interés y regresión logística binaria (Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%) para corregir variables confundentes. Aprobado por el comité de ética institucional. Autores sin conflictos de intereses.

**Resultados:** 59 pacientes con seguimiento completo (pérdida de 2), 36 hombres,

mediana de edad: 1,25 años (rango, 0,4-7) y 9 fallecidos. En los sobrevivientes, la frecuencia de morbilidad neurológica fue de 68% (34/50), en 18 de ellos la discapacidad fue grave (3 a 5 puntos en la escala modificada de Rankin). Existió asociación entre DG e IIA por infecciones del SNC ( $p<0,01$ ), infarto con transformación hemorrágica (ITH,  $p 0,02$ ), edad menor a un año al IIA ( $p 0,04$ ) e IIA por arteriopatías del SNC ( $p 0,04$ ). Posterior al análisis multivariado, los predictores de DG fueron IIA por infecciones del SNC (OR=12; IC=1,2-125) e ITH (OR=8; IC=1,3-48).

**Conclusiones:** La frecuencia de morbilidad neurológica posterior al IIA es elevada. Los IIA por infecciones del SNC y el ITH son predictores de DG a largo plazo.

### TLN3

#### **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE COMORBILIDAD NEUROLÓGICA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.**

Mauricio López, Alicia Núñez, Raúl Escobar.

Unidad de Neurología Pediátrica. División de Pediatría. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La parálisis cerebral infantil (PCI) es una entidad heterogénea, de pronóstico variable.

**Objetivo:** Caracterizar clínicamente un grupo de pacientes con PCI atendidos en la Unidad de Neurorrehabilitación y Enfermedades Neuromusculares del Hospital Clínico UC-Christus. Analizar la asociación entre características clínicas y desarrollo de comorbilidades.

**Metodología:** Estudio analítico de cohorte de casos clínicos consecutivos enrolados durante 3 años. Análisis descriptivo y bivariado (Test de Fisher) de las variables de interés. Aprobado por el comité de ética institucional. Autores sin conflicto de intereses.

**Resultados:** 55 pacientes con PCI, 27 hom-

bres, mediana de edad: 6,6 años (rango, 4,6-7,8). Tipos fisiopatológicos: espástica, mixta y flácida (41, 9 y 5, respectivamente). Distribuciones topográficas: hemiparesia pura, tetraparesia, diparesia pura y hemiparesia-diparesia (28, 22, 5 y 5, respectivamente). Factores etiológicos detectados en 49 pacientes (en 28 múltiples), los más frecuentes fueron el accidente cerebrovascular y la prematuridad (18 cada grupo). Las comorbilidades neurológicas detectadas fueron epilepsia, visuales, discapacidad intelectual (WISC III-R, realizado en 43 niños) e hipoacusia sensorineural por PEAT (29, 22, 22 y 5 niños, respectivamente). El desarrollo de epilepsia, discapacidad intelectual moderada/profunda e hipoacusia sensorineural fue significativamente más frecuente en el grupo con tetraparesia respecto al resto de los niños (16/22 vs. 16/33,  $p < 0.02$ ; 8/22 vs. 8/33,  $p < 0.04$ ; y 5/22 vs. 0/33,  $p < 0.01$ , respectivamente).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, la PCI hemiparética es la más prevalente, debido a la alta frecuencia de patología cerebrovascular. La PCI tetraparética presenta mayor frecuencia de comorbilidades neurológicas. La etiología de la PCI no influyó en el pronóstico.

### TLN4

#### COMPARACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ENTRE NIÑOS PREMATUROS CON Y SIN DISPLASIA BRONCOPULMONAR MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY III.

Isabel Cuevas Quezada, María Teresa Galindo.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Facultad de Ciencias, Escuela de Kinesiología.

**Introducción:** El desarrollo psicomotor en niños prematuros y sus secuelas a corto y largo plazo han sido ampliamente estudiadas. Sin embargo, falta información sobre si la presencia de ciertos eventos y/o complicaciones postnatales podrían influir en la severidad y pronóstico de dichas secuelas, provocando diferencias entre pobla-

ciones de niños prematuros. De acuerdo a esto, la displasia broncopulmonar es una de las complicaciones postnatales más frecuentes del niño prematuro, presentando frecuentes episodios de hipoxia, desaturación y tratamientos postnatales invasivos, que podrían causar mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en el desarrollo psicomotor entre niños prematuros con y sin displasia broncopulmonar.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron dos grupos de niños prematuros pareados por edad corregida al momento de la evaluación (6 a 18 meses), mediante la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III: 15 niños con displasia broncopulmonar y 15 sin displasia broncopulmonar.

**Resultados:** Ambos grupos presentaron retraso en las áreas Cognitiva, Motora y de Lenguaje con respecto al promedio normal establecido por la escala. Al comparar ambos grupos, los niños con displasia broncopulmonar presentaron puntajes menores en las áreas Motora Fina y de Lenguaje Receptivo, mientras que el grupo sin displasia broncopulmonar presentó puntajes menores en el área Cognitiva.

**Conclusión:** Si bien existieron diferencias en el desarrollo psicomotor entre ambos grupos, éstas no fueron estadísticamente significativas, dejando entrever que este evento postnatal tendría un bajo impacto en el desarrollo psicomotor a corto plazo.

### TLN5

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS FRECUENTES EN TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA, SEGÚN EDAD Y ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO.

Juan Contreras, Gabriel Olate, Fabiola Somarriva, Francisca Tuma, Estefanía Lemp, Carolina Rojas, María José Silva, Pamela Tapia.

Instituto de Desarrollo Cognitivo (IDCO),

Viña del Mar.

**Introducción:** El diagnóstico del trastorno de espectro autista (TEA) representa un desafío multidisciplinario, muchas veces tardío, donde el anamnesis y la observación clínica debe ser precisa ante la variabilidad de características.

**Objetivo:** Determinar cual es la variabilidad de las características clínicas en niños diagnosticados con (TEA) a diferentes edades según la escala de observación para el diagnóstico de autismo (ADOS). Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

**Metodología:** De los 95 protocolos ADOS utilizados en los últimos 2 años, 58 pertenecen a niños entre 3 y 7 años y 37 a niños entre 8 y 12 años. Se analiza la frecuencia y se otorga porcentaje a las características clínicas evaluadas.

**Resultados:** Del total de la muestra, la característica clínica más frecuente entre 3 y 7 años, (módulo 1), fue la menor frecuencia de vocalizaciones dirigidas en comunicación (CM) (66%) y en interacción social recíproca (ISR) (85%) el contacto visual inusual. Para (módulo 2), en CM (72%) fue la falta de conversación recíproca y en (ISR) el contacto visual inusual (81%). Para los niños entre 8 y 12 años, (módulo 2) fue falta de señalar (77%) en (CM) y en (IRS) falta de acercamientos sociales (54%). Para (módulo 3) en (CM) fue falta de narración de sucesos (36%) y en (IRS) fue falta de expresiones dirigidas a otros (36%).

**Conclusiones:** El conocimiento de esta disparidad de manifestaciones clínicas frecuentes, optimiza el análisis clínico diagnóstico y fomenta el análisis multidisciplinario, especialmente para aquellos que consultan por primera vez y en edades tardías.

TLN13

### ENFERMEDAD DE MOYAMOYA OLIGOSINTOMÁTICA.

Alejandra Catalina Durán Bustamante, Gustavo Mallea E., Alejandra Durán B.;

Carla Rubilar P.; Karin Kleinstauber S.; Ximena Varela E.

Hospital Roberto del Río, Clínica Las Condes.

**Introducción:** La enfermedad de Moyamoya (EM) es una vasculopatía oclusiva progresiva de las arterias cerebrales basales, asociada a desarrollo de una red colateral, manifestada por ACV, cefalea y epilepsia.

**Objetivo:** Comunicar dos casos de EM destacando: cefalea como síntoma central y aporte de las neuroimágenes al diagnóstico.

**Método:** Análisis descriptivo retrospectivo de 2 casos de EM manifestados por cefalea.

**Resultados:** *Caso 1:* 5 años, inicia post TEC, cefalea frontal, pulsátil, con náuseas y repercusión en AVD, con examen neurológico normal. Resonancia con angiografía (RM-AngioRM) muestra disminución de calibre de arteria carótida interna (ACI) izquierda supraclinoidea y, de arteria cerebral media (ACM) proximal. Angiografía confirma enfermedad oclusiva de ACM izquierda, con rete mirabile, tipo Moya-Moya.

*Caso 2:* 10 años, antecedentes de cefalea esporádica que cambia de patrón, con 3 días de cefalea frontoparietal izquierda, pulsátil, que interfiere con actividades. Clonus aquiliano izquierdo aislado. RM-AngioRM muestra oclusión de ACI distal y origen de ACM y arteria cerebral anterior (ACA) derechas. Angiografía confirma vasculopatía estenosante en: ACI intracraneana distal, ACA proximal y ACM proximal. ACM reconstituida mediante circulación colateral. Ambos casos: evolución oligosintomática, con tratamiento antiagregante.

**Conclusión:** La EM debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las cefaleas episódicas en niños, incluso con examen neurológico normal. La Resonancia con AngioRM cerebral con GADO permiten aproximación diagnóstica con opciones terapéuticas aún en pacientes oligosinto-

máticos.

### TLN19

#### RESULTADOS DE QUINCE AÑOS DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS EXTREMOS CON LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR MULTIQUÍSTICA (LMPVMQ) NACIDOS EN HOSPITAL BARROS LUCO Y EN PROGRAMA DE PREMATUROS DEL HEGC.

Constanza Sfeir C., Raquel Gaete S., Maritza Carvajal G., María Teresa López C.

Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortés, Neonatología Hospital Barros Luco Trudeau.

**Introducción:** Entre 10-20% de los prematuros extremos presentan una o más secuelas neurocognitivas, siendo la LMPVMQ un antecedente importante. No existen datos nacionales de seguimiento en este grupo específico.

**Objetivos:** Caracterizar pacientes con LMPVMQ nacidos entre 2000 - 2015, y evolución en el seguimiento en neurología HEGC.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión ficha y encuesta telefónica. Aprobación comité ética.

**Resultado:** De 70.487 RN vivos (X: 5.034/año), prematuros extremos: 1.853 (2,62%). Ecografía cráneo: Normal (29,9%), Hiperecogenicidad (10,8%). Leucomalacia (4,4%), LMPVMQ (1,8%), HIV 1°-2° (16,6%) HIV 3°-4° (8%), Otros (19,7%). De 36 pacientes con LMPVMQ, relación H: M 1:1. Edad gestacional 24-33 semanas (X: 27). Peso: 641-1515 grs (X:1132). Apgar < 5 al 1': 8/36 y ≤ 5 a 5': 6/36. Corticoide antenatal (15/36). Fondo ojo: Normal (12/36), ROP (16/36) BERA normal (17/36), alterado (4/36). Edad materna (X: 25). Continúan en seguimiento 23/36. A los 24 meses: RDSM 23/36. Grado: Severo (7/23) Moderado (5/23) Leve (7/23). A los 5 años: Parálisis cerebral (16/23): Tetraparesia (7/15) Diparesia (4/15) Hemiparesia (5/15). Hidrocefalia + DVP (5/23). Hipoacusia severa (2/23). Crisis neonata-

les (9/36), evolucionan a Epilepsia (5/23), refractaria (2/23). Evaluación cognitiva a los 6 años: normal (5/23) DI (4/23). Escolarización: Normal (9/23) Escuela especial (3/23) No escolarizado (4/23). TAC/RNM: lesiones secuelas (13/23). Conclusiones: En esta muestra, la LMPVMQ se asocia a importantes secuelas cognitivas y motoras. Es relevante pesquisar este grupo de pacientes para facilitar y centralizar terapias de rehabilitación neurocognitiva y mejorar adhesión al seguimiento. Destaca evaluación cognitiva normal en 5 niños a 6 años de seguimiento.

### TLN20

#### SINDROME MOYA MOYA. CLÍNICA, ESTUDIO Y EVOLUCIÓN. UNA SERIE CLÍNICA PEDIÁTRICA.

María Cecilia González, Marta Hernández. Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Estudios internacionales muestran que la primera causa de AVE en niños son las vasculopatías y el 20% de ellas están dadas por el síndrome moyamoya. A pesar de que conocemos la población de riesgo y sabemos las formas de presentación, en la mayoría de los casos el diagnóstico sólo ocurre cuando se produce el AVE.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica, evolución y neuroimágenes de una serie de casos clínicos con síndrome moyamoya.

**Métodos:** Se revisaron los registros de AVE desde Enero 1993 a Diciembre 2014 y se buscaron las vasculopatías moyamoya.

**Resultados:** Se identificaron 7 niños, 4 varones, con un promedio edad al diagnóstico de 6,21 años (rango 3,43-11,07). 3 de los casos tenían una condición asociada: S.Down, neurofibromatosis y síndrome HHT. Las formas de presentación fueron: AVE isquémico en 3 casos, CIT en dos (hemiparesia, hemicorea), epilepsia refractaria en 1 y cefalea en otro. En su evolución, 4 pacientes fueron sometidos a cirugía (2 con AVE previo, 2 con CIT), en un caso



se rechaza el procedimiento y otro está en proceso. En relación a recurrencias éstas se presentaron en 3 casos, uno de los cuales evoluciona con recurrencias múltiples, falleciendo.

**Discusión:** No se encontró predominio femenino aun cuando la muestra es pequeña. El promedio de edad de presentación fue similar a la literatura. En la presentación clínica predominaron los síntomas vasculares (3 AVE isquémico, 3 CIT). La vasculopatía moyamoya requiere alto índice de sospecha y reconocer factores predisponentes.

### TLN36

#### HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE.

Carla Manterola, Roberto Marileo, Cecilia Okuma.

Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil - Hospital Luis Calvo Mackenna. Servicio de Neurorradiología. Instituto de Neurocirugía Asenjo.

**Introducción:** El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico-radiológico. Se caracteriza clínicamente por la presentación aguda de compromiso de conciencia, cefalea, crisis epilépticas y alteraciones visuales, en un paciente con diagnóstico principal de una patología que causa daño endotelial (siendo la más frecuente la hipertensión arterial). El patrón radiológico muestra edema vasogénico cortico-subcortical de predominio posterior, bilateral y simétrico, con patrones variables. En la gran mayoría de los casos, la patología presenta un curso favorable si se maneja el factor desencadenante. Debido a esto, su reconocimiento precoz es de vital importancia.

**Objetivo:** Caracterizar el patrón radiológico en una población pediátrica con diagnóstico de PRES en nuestro medio.

**Pacientes y métodos:** Caracterizar los hallazgos imagenológicos de casos pediátri-

cos con diagnóstico clínico-radiológico de PRES, mediante estudio retrospectivo.

**Resultados:** Se incluyeron 10 niños de entre 1 y 13 años, 60% mujeres. En todos los casos se observan lesiones sugerentes de edema vasogénico, cortico-subcorticales, bilaterales, de predominio posterior, sin restricción en secuencias de difusión y sin captación de contraste. Dichas lesiones son frecuentemente simétricas. Se observa una alta frecuencia de lesiones en lóbulo frontal (80%) y temporal (60%). Adicionalmente, se observó compromiso de hemisferios cerebelosos en un 30%. El 20% presentó complicaciones hemorrágicas o isquémicas.

**Conclusión:** El PRES es un diagnóstico clínico-radiológico, por lo que conocer su presentación radiológica resulta fundamental para el diagnóstico y manejo oportuno de dichos pacientes. Los pacientes de nuestra serie presentan un patrón imagenológico y tasa de complicaciones similares a lo descrito en la literatura.

### TLN37

#### CARACTERIZACION DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

Bárbara Oliva, Paola Campodónico, Javiera Contreras, Lucila Andrade, Adriana Diettes.

Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** El accidente cerebrovascular (ACV) es una patología poco frecuente en pediatría con una incidencia de 2-5/100.000 recién nacidos vivos al año, pero importante por su diagnóstico cada vez más creciente debido a sospecha precoz y a mejores métodos de diagnóstico.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes pediátricos que hayan presentado ACV entre el año 2010 y 2015, evaluados en el Hospital Carlos Van Buren.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo. Se recopiló información de pacientes entre 1 mes y 15 años que pre-

## Trabajos de Neurología

sentaron ACV isquémico, hemorrágico o trombosis de senos venosos cerebrales (TSV). Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas. Los pacientes se clasificaron según edad, sexo, tipo de ACV, forma de presentación, estudio etiológico, tratamiento y secuelas neurológicas al último control.

**Resultados:** De un total de 18 pacientes, 83% eran de sexo masculino, y promedio de edad de 8 años. La mitad de los casos debutó como cefalea y 33,3% con compromiso de conciencia. El ACV hemorrágico fue el más frecuente (50%), seguido del isquémico arterial (38,9%) y TSV. La principal etiología fue vasculopatía (44,4%). 33,3% de los pacientes no recibió tratamiento específico, y a 44% se le realizó embolización o cirugía abierta. Al egreso se reportó 11% de mortalidad, con 44% de secuelas neurológicas (epilepsia 22% y síndrome piramidal 22%).

**Conclusión:** Es de especial relevancia conocer las características del ACV en el niño. Se debe reforzar la educación a los padres en los signos de alarma en ACV para una pesquisa, tratamiento precoz y derivación a un centro especializado.

### TLN50

#### CARACTERIZACION CLÍNICA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR INFANTIL.

Paola Vacarisa Aguirre(1), Carolina Heresi Venegas(2), María de los Angeles Avaria Benaprés(2).

1. Residente de PFE Neurología Pediátrica. Universidad de Chile, Hospital Dr. Roberto del Río. 2. Neuróloga Pediátrica, Académico Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

**Introducción:** Los accidentes cerebrovasculares pediátricos (ACVP) determinan una significativa morbi-mortalidad. Su presentación clínica es con déficits focales, convulsiones, compromiso conciencia. El diagnóstico del ACVP se retrasa en promedio 1 día, y no existen estudios protocoliza-

dos sobre su manejo.

**Objetivos:** Describir características clínicas de una serie local de pacientes con ACVP.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes entre 1 mes y 15 años con diagnóstico de ACVP entre Enero 2010-Diciembre 2014 en Hospital Dr. Roberto del Río.

**Resultados:** 14 casos en 5 años. Sexo: 8Femenino/6Masculino Edad: Promedio 9.7 años (2.9-14.7), Tipo de ACV: 12 arteriales isquémicos/1hemorrágico Trombosis venosa en 1 caso; 5/14 pacientes presentan arteriopatía (factor de riesgo más frecuente). Motivo de consulta: 6 compromiso de conciencia, 3 cefalea, 3 convulsiones, 2 focal. Estudio inicial: Todos Tomografía Computada Cerebro: 8/14 con signos de ACV. 10 pacientes con resonancia Magnética: 10 con signos ACV. Manejo inicial: 5 pacientes con antiagregantes, 6 con anticoagulantes, 8 con fármacos anti-epilépticos, 8 con corticoides; 5 requieren craniectomía descompresiva. Evolución primera semana: 10 con déficit focal, 5 con coma, 4 con hipertensión endocraneana. A los 3 meses: 10 con déficit motor, 4 secuela cognitiva, 5 epilepsia.

**Conclusión:** Si bien es patología poco frecuente, en nuestra realidad se presentaron aproximadamente 3 casos por año. La clínica de presentación más frecuente fue el compromiso de conciencia, y la secuela más frecuente la motora. Nuestra muestra se diferencia a la descrita internacionalmente por predominio femenino. Guías consensuadas en estudio y manejo inicial son necesarias para acotar tiempos y optimizar recursos.

### TLN57

#### ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) ASOCIADO A CARDIOPATIAS EN PEDIATRÍA.

R Santibañez(1), C. Clavería(2), I. Hueyte(3), M. Hernández(1).

1. División de Pediatría, Unidad de Neu-

rología Infantil. 2. División de Pediatría, Unidad de Cardiología Infantil. 3. Departamento de Radiología.

Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El accidente vascular encefálico en la población pediátrica tiene una etiología multifactorial, los trastornos cardiacos, congénitos o adquiridos, están asociados hasta en un 30 % de ellos.

**Objetivos:** Describir características demográficas, tipo de cardiopatía y AVE según hallazgos neurorradiológicos, además de la evolución clínica de pacientes con AVE y cardiopatía.

**Pacientes y método:** Estudio descriptivo de cohorte no concurrente. Identifica pacientes menores de 18 años con AVE del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile desde Enero 2003 a Diciembre 2014 y búsqueda de cardiopatías como asociación.

**Resultados:** De un total de 208 pacientes con AVE, se identificaron 76 casos con cardiopatía concomitante (36.5%), con un promedio de edad de 34 meses (0 -192 meses), 52 (68%) varones. La cardiopatía congénita se observó en 66 casos, 16 asociadas a un síndrome genético. El tipo predominante fue el infarto isquémico arterial (IIA) (65/76), el venoso se observó en el 9% (7/76) y ambos en el 5% (4/76). En los IIAs hubo compromiso de la circulación anterior en un 91% (63/69), la mayoría fueron bilaterales y múltiples (37/69). Al seguimiento (12-144 meses) se perdieron 6 pacientes y fallecieron 25 casos, en el grupo restante la mayoría presentó secuelas neurológicas (42/46), siendo el déficit motor (36/42), seguido de epilepsia (17/42) y discapacidad intelectual (8/42) los más importantes. Sólo 4 resultaron sin secuelas.

**Conclusión:** Los pacientes con cardiopatías tienen alto riesgo para desarrollar un AVE, representando un tercio de éstos. Presentan preferentemente un patrón embólico y alta tasa de secuelas asociada.

**TLN61**

### LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: DESCRIPCIÓN DE 16 CASOS CLÍNICOS.

Karen Muñoz, Carla Soto, Isidro Huete, Alicia Núñez, Keryma Acevedo, Marta Hernández.

Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La leucoencefalopatía posterior reversible (LRP) es una entidad clínica-radiológica, caracterizada por cefalea, convulsiones y otras alteraciones focales. Radiológicamente hay edema vasogénico de sustancia blanca occipital-parietal bilateral. Asociada a hipertensión arterial severa, terapia inmunosupresora y citostática, entre otras.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica, neurorradiológica y electrofisiológica de pacientes con LRP atendidos en el Hospital Clínico UC.

**Material/Métodos:** Estudio de casos clínicos. Se revisaron fichas clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Clínico UC entre 2003-2015. Estudio aprobado por comité de ética. Sin conflicto de interés.

**Resultados:** Identificamos 9 hombres, promedio edad 11 años (rango 4-16). El factor de riesgo en 16 pacientes fue: terapia inmunosupresora (n=10), terapia citostática (n=3), hipertensión arterial (n=3). La presentación clínica fue convulsiones y compromiso de conciencia (n=15), cefalea (n=11), alteraciones visuales (n=4). Radiológicamente, 11 pacientes tenían lesiones en más de 3 regiones cerebrales (10 occipital, 10 parietal, 9 frontal, 7 temporal, 1 cerebelo), en 2 casos hubo compromiso tèmoro-mesial (asociado a lesión de tálamo o frontal), 1 paciente con lesión parieto-occipital, 1 caso con lesión occipital, 1 lesión parietal bilateral. Al EEG, 8 pacientes presentaron lentitud generalizada o focal, 3 con actividad epileptiforme ictal, 2 con actividad epileptiforme interictal, 3

con alteraciones inespecíficas. Aún cuando hubo recuperación clínica y radiológica, 5 pacientes evolucionaron con epilepsia.

**Conclusiones:** Si bien clásicamente compromete regiones posteriores, se puede observar que el 56%(9/16) afecta regiones frontales. Por otra parte, en el seguimiento de nuestra serie, observamos que el 31%(5/16) evolucionaron con epilepsia, lo que destaca la importancia del diagnóstico y manejo precoz.

### TLN63

#### PROGRAMA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN EL PARADIGMA PEDAGÓGICO.

Lucila Andrade, Fernando Quinteros, Fernando Novoa, Claudia Amarales, Osvaldo Leppe.

Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** El programa de integración escolar(PIE), se propone contribuir al mejoramiento de calidad de la educación, movilizandoo importantes recursos para solventar prestaciones neurológicas/psiquiátricas y profesionales paramédicos en el aula, para los niños con necesidades educativas especiales (NEE).

**Objetivo:** Explorar la relación entre la prevalencia de los diagnósticos del PIE, versus el perfil epidemiológico de nuestra Unidad de Neuropsiquiatría (UNPIJ) Hospital Carlos Van Buren.

**Método:** Estudio descriptivo, NEE en escuelas del Servicio Salud Valparaíso San Antonio 2015, Chile transparente, comparando el diagnóstico de la necesidad educativa transitoria (NET) de Síndrome déficit atencional (SDA).

**Resultado:** Necesidad Educativa Permanente 894 (15,4%) niños, discapacidad intelectual leve 68,79%; trastorno espectro autista (TEA) 17,4%; discapacidad motora 3,2%. Las NET 4924 (84,6%) quintuplican a las permanentes; el 48,5% son dificultades específicas del aprendizaje, trastorno específico lenguaje mixto y expresivo,

21,3%; nivel intelectual limítrofe,16,3%; SDA corresponde a 13,8%. La UNPIJ realiza 8000 consultas anuales, el SDA constituye el 3,8% del diagnóstico neurológico y 6,1% en psiquiatría. Los pacientes referidos con diagnóstico sindromático de SDA, es confirmado en el 20 % de los niños, correspondiendo el resto a problemas normales del desarrollo, discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje, TEA y trastornos conductuales.

**Discusión:** El diagnóstico SDA con atención única, sobre diagnostica en más del doble, comparado con un proceso diagnóstico con seguimiento. Es importante discriminar el SDA de las otras condiciones médico pedagógicas, especialmente los trastornos conductuales que no están incluidos en PIE, ya que requieren recursos terapéuticos diferentes. Esto debe llamar nuestra atención ya que al PIE se ingresa con diagnóstico exclusivo por neurólogos y psiquiatra infantiles.

### TLN71

#### ADOS: METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN SALUD PUBLICA.

Paula Rebolledo, Karen Guajardo, Marcela Díaz, Andrea Barriga, Kay Guitermann, Claudia López, Ledia Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Borja Arriarán. Campus Centro, Universidad de Chile.

**Introducción:** El ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) es uno de los instrumentos de diagnóstico que cuentan con la rigurosidad científica, y la sensibilidad para el diagnóstico del Espectro Autista, se instaura su aplicación en un Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del sistema público de salud.

**Objetivos:** Aplicación del test de ADOS en pacientes con sospecha clínica de Trastorno del Espectro Autista.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo del grupo descrito.

**Resultados:** La muestra está compuesta por 67 pacientes (hombres: 58; mujeres: 9), que se dividieron en tres grupos separados por rango etario, pre escolar (2-5 años)= 37; escolar (6-10 años)= 21; Adolescente (11-14 años)= 6.

Del total de pacientes evaluados, se obtienen 17 severos, 37 moderados y 13 con sintomatología leve. Los resultados mostraron diferencias significativas entre pre escolares y adolescentes en la categoría de afecto social (suma de los puntajes de interacción social recíproca y comunicación);  $F(2,63) = 3.4, P < 0.5$ ; en el total  $F(2,63) = 4.4 P < 0.5$ ; y se obtuvo una tendencia a la diferencia en interacción social recíproca,  $F(2,63) = 32.9 P 0.06$ .

**Conclusiones:** La aplicación del test de ADOS dentro de la batería diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista, es un instrumento validado que permite una objetivación del diagnóstico que es por esencia clínico. La diferencia en la categoría de afecto social, en los grupos extremos estudiados, demuestra con significancia que este aspecto evoluciona positivamente en los pacientes en el desarrollo. El test podría mostrar evolutividad clínica, además de diagnóstico.

TLN73

### DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: EDAD DE CONSULTA VERSUS EDAD DE DIAGNÓSTICO.

Paula Rebolledo, Karen Guajardo, Marcela Díaz, Andrea Barriga, Valentina Micolic, Claudia López, Ledia Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Borja Arriarán. Campus Centro, Universidad de Chile

**Introducción:** Se ha producido un alarmante aumento en el diagnóstico de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) incluso el CDC, da una cifra de 1:64, sin embargo el diagnóstico dista de ser precoz y la terapia se retrasa en ser instaurada.

**Objetivos:** Evaluar el grupo de niños con

TEA, de edad menor en un Servicio de Neuropsiquiatría del sistema público de salud.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de TEA, de edades menores a 5 años

**Resultados:** La muestra fue compuesta por 33 pacientes (hombres: 29 y mujeres: 4), la edad en la primera consulta fue de 30.4 meses (DS 9.8), mientras que media de edad de diagnóstico se obtuvo a los 33.53 meses (DS 11.25). Los resultados muestran diferencias significativas entre ambas edades,  $F(1,31) = 6.5 P < 0.5$ .

La división de los grupos se realiza de acuerdo a DSM - IV, con 6 Clásicos, 26 Inespecíficos y 1 de alto funcionamiento. La media de la diferencia entre la primera consulta y edad de diagnóstico fue de 3.6 meses (mínimo 0 y máximo de 41). Del total de los pacientes (Nº 33), 11 (33.3%) acudieron a escuela de Lenguaje, y no a un sistema educativo para niños con TEA.

**Conclusiones:** El diagnóstico de TEA se está reallizando tarde, porque no hay consulta en edades menores en nuestro Servicio, además hay un tiempo de demora en las evaluaciones del equipo multidisciplinario, por lo cual a corto plazo deberíamos enfocarnos a diagnóstico precoz en grupos de alto riesgo, por ejemplo hermanos de pacientes con diagnóstico de TEA, Recien Nacidos prematuros extremos, etc.

**Trabajos de Neurología Sesión General**  
**Salón Arena: 12 de Noviembre de 14:30 a 16:30 hrs.**

**“CASOS CLÍNICOS, MISCELÁNEOS”**

TLN7

### CASO CLÍNICO DE DÉFICIT DE BIOTINIDASA DE INICIO NEONATAL Y EVOLUCIÓN HASTA LA ADOLESCENCIA.

Jorge Carrera Mardones, Ledia Troncoso A, Mónica Troncoso Sch., Migdy Risco A. Hospital San Borja Arriarán.

**Introducción:** Los dos defectos del ciclo de

la biotina, déficit de biotinidasa y déficit de holocarboxilasa sintetasa, inician sus manifestaciones clínicas en la infancia, en pocos casos ocurre en el primer mes de vida.

**Objetivo:** presentación de un caso de déficit de biotinidasa de inicio neonatal con buena respuesta al tratamiento y evolución clínica favorable hasta la adolescencia.

*Caso clínico:* RNT sana, primogénita de padres no consanguíneos. Embarazo y parto normales, a los quince días de vida aparecen mioclonías generalizadas, temblor de extremidades e irritabilidad; posteriormente episodios paroxísticos de desviación ocular y cianosis peribucal, con deterioro progresivo y permanente del sensorio. Posteriormente lesiones de piel eritematosas -descamativas de distribución difusa progresiva y alopecia parcial. Al examen: Sin control cefálico, hipotonía axial, temblor y leve hipertonía de extremidades, clonus bilateral. Sin contacto con el medio y escasa motilidad espontánea. Sin dismorfias ni visceromegalia. Exámenes muestran acidosis láctica en sangre y LCR. EEG trazado de base mal organizado con descargas de espigas multifocales y generalizadas. Frente a sospecha de déficit de biotina, se inicia tratamiento de sustitución más carnitina. Se evidencia mejoría en sensorio, remisión de crisis, desaparecen lesiones de piel y progresiva normalización de EEG. Se envía muestra a USA que confirma déficit de biotinidasa. Permanece en controles en Hospital Puerto Montt hasta la fecha, con terapia de sustitución, sin crisis convulsivas, buen rendimiento escolar y examen neurológico normal.

### TLN14

#### MATERIALISMO EN NIÑOS DE UNA POBLACION URBANO-RURAL DE LA QUINTA REGION.

Sebastián Vega, Gabriela Araya; Rocío Maldonado; Paula Arriagada; Valeria Rojas.

Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** El materialismo es definido como una preocupación sobre las posesiones

y la creencia de que éstas proporcionan felicidad y éxito. Si bien pudiera tener impactos positivos en la economía, conduce a resultados negativos (insatisfacción, consumismo y endeudamiento). En niños estadounidenses está descrito que aquéllos más insatisfechos con sus vidas son más materialistas posteriormente. En Chile contamos con pocos estudios sobre este tema.

**Objetivo:** Caracterizar el materialismo en niños de sectores vulnerables.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó la Escala de Valor Material para niños de Oprea (2011), en sus tres ítems (centralismo material, felicidad material y éxito material), con 16 subítems adaptados, en niños de quinto y sexto básico de 9 escuelas municipales de Viña del Mar y Casablanca.

**Resultados:** El total de niños participantes fue 359. 38,7% varones. Promedio de edad fue 11 años. De los niños 155 pertenecían a escuelas de Casablanca y 204 a Viña del Mar. 71% vive en sectores urbanos. El conjunto de preguntas relacionadas con la satisfacción que se obtiene al conseguir posesiones tuvo 19,4% de respuestas positivas. 43,8% se pone triste al no poder comprar lo que quiere, 20,2% señala que tener mucho dinero lo haría feliz y 15,9% cree que sería más querido por sus pares si tuviera cosas costosas.

**Conclusión:** Este trabajo confirma la percepción de que nuestros niños están siendo influenciados por una sociedad que fomenta el consumo y promueve felicidad basada en las posesiones. Surge entonces la necesidad de conocer los factores involucrados y así establecer medidas preventivas.

### TLN15

#### CITRULINEMIA TIPO 1: PRESENTACION NEONATAL.

Zambrano K; Arriagada P; Oliva B; Cabello JF.

Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** La citrulinemia tipo 1 es un trastorno del ciclo de la urea (TCU) que típicamente se presenta en el periodo neonatal o en la infancia con encefalopatía hiperamonémica.

*Caso clínico:* Se presenta caso de recién nacido de término 38 semanas, sexo masculino, adecuado para la edad gestacional. Nace con ano imperforado colostomizado el primer día de vida. Evoluciona con signos de encefalopatía, interpretada como secundaria a efectos de anestesia. Al séptimo día de vida presenta episodios convulsivos que responden a carga de fenobarbital. En control de exámenes se pesquisa hiperamonemia de 11,2 ug/ml con un rango normal de 0,2 - 1,1. Evoluciona con compromiso de conciencia progresivo requiriendo ventilación mecánica invasiva. Dado hiperamonemia y estado encefalopático persistente requiere hemofiltración octavo día de vida, respondiendo favorablemente a las 22 horas con disminución de los valores de amonio. Ante la sospecha de trastorno del ciclo de la urea se maneja inicialmente con régimen cero, restricción proteica y aporte de glucosa parental. Se envían exámenes al INTA en los que destaca citrulina elevada sugerente de una citrulinemia tipo I. Se inicia tratamiento con formula especial, L-carnitina y L-arginina evolucionando favorablemente. En su seguimiento, hoy tiene desarrollo pondoestatural normal, y una evaluación neuropsicológica en rango de normalidad.

**Conclusión:** Es importante tener una alta sospecha diagnóstica de los trastornos del ciclo de la urea como forma de presentación de encefalopatía hiperamonémica en recién nacidos. Una detección y tratamiento precoz puede asegurar un pronóstico neurológico favorable.

TLN24

### **DISTONÍA POR INTOXICACIÓN CON ANÍS ESTRELLADO. REPORTE DE UN CASO.**

Carolina Urbina Sotelo, Juan Moya Vilches.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hos-

pital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

**Introducción:** El anís estrellado (fruto del árbol *Illicium Verum*) es utilizado para el alivio sintomático de los cólicos del lactante, y por las madres en el periodo postparto, por sus propiedades antiespasmódicas. Su ingesta directa o indirecta (a través de lactancia materna) puede causar diversas manifestaciones neurológicas, incluyendo crisis epilépticas, movimientos anormales y nistagmus. Su comercialización ha sido prohibida en países desarrollados; en Chile, es un tratamiento herbal de venta libre.

**Objetivo:** Describir el caso de un lactante con distonías secundarias a ingesta materna de anís estrellado (mayo de 2015).

**Método:** Revisión de ficha clínica previo consentimiento parental. No se declaran conflictos de interés.

**Resultado:** Lactante sano de 1 mes 12 días, consulta en Servicio de Urgencias por 4 episodios de hipertonia generalizada/opistótonos, movimientos oculares anormales y llanto excesivo desde los 10 días de vida. Se hospitaliza para observación y estudio, con exámenes de laboratorio en rango normal; electroencefalogramas dos en límites normales; resonancia magnética encefálica también normal. Durante hospitalización surge antecedente de ingesta materna de 2 litros diarios de agua de anís estrellado, desde el parto. Considerando su traspaso por leche materna, se plantea su suspensión. Al interrumpir su uso, paciente evoluciona sin nuevos episodios. El seguimiento no ha evidenciado complicaciones.

**Conclusiones:** En caso de movimientos anormales o crisis epilépticas de causa desconocida, debe incluirse el consumo de ciertos tratamientos herbales con potencial neurotóxico en el diagnóstico diferencial. Debe educarse acerca de las potenciales consecuencias de su consumo, tanto para el niño como para la madre.

### TLN25

#### COREA DE SYDENHAM COMO MANIFESTACION DE FIEBRE REUMATICA: REPORTE DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Paola Campodonico, Javiera Berho, Lucila Andrade, Paula Arriagada, Kennet Zambrano, Sebastián Vega, Gabriela Araya, Bárbara Oliva.

Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** El corea de Sydenham es considerado un criterio mayor de fiebre reumática. Aunque su incidencia ha disminuido, continúa siendo la principal causa de corea adquirido en la infancia. Se cree debido a una respuesta autoinmune dirigida contra los ganglios basales, principalmente el núcleo estriado, secundaria a una infección previa por *Streptococcus pyogenes* (SGA). Se caracteriza por movimientos coreatéticos asociados a grados variables de hipotonía, trastornos del ánimo y conductuales. El diagnóstico es clínico, apoyado por niveles elevados de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO). Suele ser autolimitado, con un riesgo de recurrencia reportado entre 20 y 30%. El manejo consiste en la erradicación del SGA, tratamiento sintomático, y prevención secundaria.

**Caso Clínico:** Adolescente de 14 años con antecedente de hipotiroidismo primario en tratamiento, con historia de 2 semanas de evolución de hemicorea derecho y disartria leve, asociado a cambios conductuales leves. Un mes antes habría presentado cuadro de faringitis aguda sin tratamiento antibiótico. Al examen físico se objetivó hemicorea e hipotonía leve de hemicuerpo derecho, sin otros hallazgos. El estudio demuestra hemograma normal con VHS 14 mm/hr, PCR 1,3 mg/L, perfil tiroideo normal. Se descartan causas vasculares con resonancia nuclear magnética y angi resonancia de encéfalo. ASLO 800 U/ml confirma causa estreptocócica, sin afectación cardíaca con electrocardiograma y ecocardiograma normales. Se realizó erradicación de SGA con penicilina benzatina e inició tratamiento sintomático.

**Discusión:** El corea de Sydenham puede presentarse como manifestación aislada de fiebre reumática y debe considerarse siempre en un paciente con corea agudo adquirido en la infancia.

### TLN29

#### INASISTENCIA DE PACIENTES A POLICLINICO DE NEUROPEDIATRIA Y SU IMPACTO ECONOMICO EN HOSPITAL DOCENTE-ASISTENCIAL.

Paola Campodonico, Verónica Rubilar, Daniel Mella, Fernando Novoa, Bárbara Oliva, Gabriela Araya, Sebastián Vega, Kennet Zambrano, Paula Arriagada. Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** La atención médica de especialistas es uno de los recursos más escasos en el sistema público, sin embargo, las inasistencias a horas médicas representan una importante pérdida económica para el sistema de salud pública chileno.

**Objetivo:** Revelar los costos de las inasistencias en el policlínico de neuropediatría en un centro terciario docente-asistencial.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se recopiló información estadística de todos los pacientes controlados en policlínico de neuropediatría del Hospital Carlos Van Buren entre febrero y julio de 2015 y de esos datos se extrajo la información de todos los pacientes que no se presentaron a su control, los cuales se seleccionaron según tramo de FONASA. Los costos monetarios fueron estimados basados en la Modalidad de Atención Institucional.

**Resultados:** Durante el semestre analizado, se controlaron 2.962 pacientes en el policlínico de neuropediatría, con un porcentaje total de inasistencia de 15,3% (455 pacientes). Los ingresos perdidos en ese periodo de tiempo fueron \$3.157.770, estimando una pérdida de \$6.315.540 anual.

**Conclusiones:** Los costos de inasistencia a horas médicas significan una importante pérdida económica para el servicio público, lo que podría ser utilizado para mejorar



el acceso a horas de especialistas y equipamiento. A lo anterior se agrega el hecho que dichos pacientes, en su mayoría, padecen patologías crónicas y por ende, controles periódicos para su seguimiento y/o tratamiento, afectando directamente en la evolución del cuadro de base y cumplimiento de metas terapéuticas. Finalmente vale la pena destacar la pérdida académica que conllevan estas inasistencias dado que ocurren en un centro docente-asistencial.

### TLN30

#### COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: PERFIL CLÍNICO EN 30 PACIENTES.

Patricio Lacaux Uribe; Juan Moya Vilches. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

**Introducción.** Los pacientes oncológicos pueden sufrir variadas complicaciones neurológicas, derivadas de la misma enfermedad neoplásica, fenómenos paraneoplásicos, y los tratamientos utilizados.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de pacientes oncológicos con manifestaciones neurológicas.

**Métodos.** Revisión de registro de interconsultas evaluadas por neurología en Hospital Calvo Mackenna (enero 2013-julio 2015). Análisis de fichas clínicas de pacientes oncológicos con diagnóstico neurológico.

**Resultados.** Se reclutaron 30 pacientes (19 mujeres). Promedio edad: 7.6 años (5 meses-15 años). La neoplasia fue primaria del sistema nervioso central (SNC) en 9 pacientes (30%), en los restantes 21 (70%) no hubo evidencia de tumor primario/metastásico en sistema nervioso. En los pacientes con neoplasia en SNC, predominó el meduloblastoma (3 niños, 10%); en el segundo grupo, el diagnóstico más frecuente fue leucemia en 14 (46%). Los principales diagnósticos neurológicos fueron: neuropatía craneal en 10 (33%); síndrome piramidal, compromiso de conciencia, crisis epiléptica y neuropatía periférica, cada uno en 8 pacientes (26%). La etiología en

los pacientes con tumor primario de SNC fue atribuible a la propia neoplasia. En el resto de pacientes, el origen fue variado, destacando los efectos adversos (RAM) a quimioterapia (QT) en 11 niños (36%), infecciones en 3 (10%), enfermedad vascular del SNC en 3 (10%). Al asumir las infecciones como secundarias a inmunosupresión post-QT, y atribuir dos de los eventos vasculares al uso de L-asparaginasa, el porcentaje de RAM asciende a 53%.

**Conclusiones.** Las complicaciones neurológicas en pacientes oncológicos son múltiples y de etiología diversa. En esta revisión, las RAM post-QT fueron una causa destacable.

### TLN32

#### DÉFICIT DE CARNITIN-PALMITOIL TRANSFERASA II FORMA MUSCULAR EN UNA FAMILIA CHILENA.

Daniela Avila(1-2), Audrey Boutron(3), María de los Angeles Beytía(1-2), Roger Gejman(4), Raúl Escobar(2).

1. Unidad de Neurología pediátrica, Servicio de pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2. Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3. Laboratoire de biochimie, Hôpital de Bicêtre 4. Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El déficit de carnitín-palmitoil transferasa II, enzima codificada por el gen *CPT2* es una de las causas más frecuentes de rabdomiolisis a cualquier edad. Este trastorno hereditario del metabolismo afecta la oxidación mitocondrial de los ácidos grasos de cadena larga. La biopsia muscular puede mostrar aumento de los lípidos, pero carece de otros signos de especificidad. Debido a la dificultad en realizar el diagnóstico mediante estudio bioquímico y genético correspondiente, es difícil en nuestro medio certificar su presencia. Presentamos una familia chilena portadora de una forma muscular de déficit en *CPT2*.

**Resultados:** Se trata una familia en la cual

dos de los tres hijos, un niño y una niña presentan rabdomiolisis recurrentes desde la infancia. Las crisis se caracterizan por mialgias, debilidad muscular y coluria desencadenadas por el ejercicio intenso; son particularmente severas y recurrentes en el niño. Se realiza evaluación mediante EMG que muestra un patrón miopático y biopsia muscular que no muestra anomalías significativas. El perfil de acylcarnitinas tanto basal como durante la crisis de rabdomiolisis es normal. El estudio genético del gen *CPT2* muestra una mutación frecuente; una segunda mutación no reportada, es descrita como deletérea en programas de predicción. Por ello se inicia tratamiento correspondiente.

**Conclusión:** Presentamos una familia chilena portadora de una forma miopática de déficit en *CPT2*, no existiendo en la literatura casos previos reportados a nivel nacional. La importancia de efectuar este diagnóstico radica principalmente en el manejo específico a realizar a fin de evitar la recurrencia de crisis y el daño renal.

### TLN35

#### RELACIÓN ENTRE PUBLICIDAD, MATERIALISMO Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN UN GRUPO DE ESCOLARES DE CASABLANCA.

Gabriel Araya, Rocío Maldonado, Paula Arriagada, Sebastián Vega, Valeria Rojas, Bárbara Oliva, Kennet Zambrano, Paola Campodonico.

Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** Actualmente la publicidad en internet es interactiva, inmersiva y se construye en base a datos del consumidor, dirigiéndose en función de su interés, ubicación y características demográficas. El fin de ésta, es promocionar la importancia de las posesiones, lo que podría aumentar el materialismo y llevarnos a estar menos satisfechos con nuestra vida. En nuestro medio no se ha estudiado el consumo de publicidad y su relación con estas dos variables.

**Objetivo:** Evaluar el consumo publicidad

en pantallas, su relación con el materialismo y satisfacción con la vida en un grupo de adolescentes de Casablanca.

**Método:** Estudio Cohorte Transversal. Se realizó encuesta a 204 alumnos de quinto y sexto básico, de 6 escuelas municipales de Casablanca, caracterizando el consumo de pantallas, materialismo y satisfacción con la vida.

**Resultados:** La edad promedio 11,17 años. El consumo de pantallas diario fue 5,6 horas y Computador 1,3 horas. El 29,9% tiene computador en su dormitorio. No hay relación entre el exceso de uso de pantallas con la baja satisfacción con la vida, tampoco entre ésta y materialismo. Se encontró asociación entre la posesión de computador en dormitorio y un mayor materialismo ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** La convergencia tecnológica es la tendencia hacia la realización de múltiples tareas en un solo aparato, es decir, en un computador podemos ver televisión, realizar llamadas telefónicas, etc. Queda pendiente para un próximo estudio evaluar cuál de los usos que se le da al computador es el que se relaciona con el materialismo, para educar respecto a como disminuir el impacto de esta relación.

### TLN38

#### CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DE ÉTICA EN NEUROPEDIATRAS.

Barbara Oliva, Paula Arriagada, Fernando Novoa, Paola Campodonico, Gabriela Araya, Kennet Zambrano, Sebastián Vega.

Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** Con frecuencia en Neuropediatría nos enfrentamos a conflictos éticos que requieren de destrezas en esta área, vinculados principalmente a temas como el fin de la vida, la limitación del esfuerzo terapéutico o la autonomía del niño lo que hace necesario que exista conocimiento de este tema en los residentes en formación por parte de las Universidades.

**Metodología:** Estudio observacional. Me-

dianete encuesta telefónica realizada a neuropediatras egresados en los últimos 5 años de las cuatro universidades que imparten la especialidad. La encuesta era de 5 preguntas en relación a formación en ética en postgrado, al manejo de conflictos éticos y grado de satisfacción con el conocimiento actual en ética.

**Resultados:** De un total de 16 encuestados el 81,2% refirió haber tenido algún tipo de formación de bioética en postgrado. El 12,5% considera que su conocimientos en temas éticos es insuficiente, el 50% lo considera suficiente y sólo un 37,5% lo considera bueno. El 81% de los encuestados considera tener herramientas para enfrentar dilemas éticos y ha tenido que enfrentarse a alguna problemática de esta índole. El dilema ético más frecuente fue la limitación del esfuerzo terapéutico con un 84,6%. Frente a este dilema el 53,8 consideró tener un buen manejo y el 46% un manejo suficiente.

**Conclusiones:** Es importante enfatizar la importancia de recibir formación continua en temas de ética, idealmente como parte de la malla curricular de la especialidad.

### TLN51

#### COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS AGUDAS ASOCIADAS A VIRUS VARICELA ZOSTER EN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA.

Carolina Narváez Salazar, Daniela Salvo Sánchez, Marcelo Bascur Cancino, Juan Moya Vilches.

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

**Introducción:** El virus varicela-zóster (VVZ) es uno de los virus con mayor tasa de complicaciones en el sistema nervioso central, siendo las más frecuentes ataxia cerebelosa y encefalitis. La mayor parte presentan curso autolimitado y buen pronóstico.

**Objetivos:** Describir características clínicas, proceso diagnóstico y tratamiento de

pacientes con complicaciones neurológicas asociadas a VVZ.

**Métodos:** Revisión de fichas de pacientes con manifestaciones neurológicas asociadas a VVZ (enero 2012-junio 2015). Estudio retrospectivo, descriptivo.

**Resultados:** Se reclutaron 7 pacientes, 4 mujeres. Rango etario 1 año 2 meses – 6 años 5 meses (mediana: 5 años 4 meses). Los síntomas comenzaron entre 3-11 días desde aparición del exantema. Cinco pacientes presentaron ataxia cerebelosa; 2 presentaron clínica compatible con encefalitis. Síntomas más comunes, incluyendo ambos grupos: alteración de la marcha/ataxia de tronco, 100%; vómitos, 86%; dismetría, 71%; disdiadococinesia, 57%; temblor, 42%; fiebre 42%; compromiso de conciencia en 28% (pacientes con encefalitis). Estudio complementario: TAC en 2 pacientes con ataxia y 1 encefalitis; resonancia magnética encefálica en 2 pacientes con encefalitis, todos normales. Punción lumbar en 3 casos, 1 ataxia y 2 encefalitis, con aumento de celularidad en encefalitis; cultivos y PCR virales negativas. Tres pacientes recibieron aciclovir: 1 paciente con encefalitis (21 días) y 2 pacientes con ataxia (suspendido tras 24 horas). Todos los casos presentaron buena evolución, con disminución de síntomas durante hospitalización.

**Conclusiones:** El perfil clínico de nuestros pacientes fue similar a lo previamente descrito. No existe un consenso definido para el enfrentamiento de estos pacientes, generando la necesidad de diseñar protocolos estandarizados de estudio y manejo.

### TLN58

#### DESCRIPCIÓN ELECTRO-CLÍNICA PARTICULAR DE UNA NUEVA ANORMALIDAD CROMOSÓMICA COMPLEJA.

Carla Soto(1), M. Francisca López(2), Keryma Acevedo(1), Guillermo Vidal(4).

1. Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. La-

boratorio de Neurología, Red de Salud UC-Christus. Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán. 3. Laboratorio de Neurología, Red de Salud UC-Christus.

**Introducción:** De los pacientes con epilepsia y discapacidad intelectual hasta un 6% presenta anomalías cromosómicas; esto aumenta a 50% en casos con crisis y múltiples anomalías congénitas. Existen pacientes con alteraciones cromosómicas que asocian fenotipos clínico-EEG característicos. El reconocimiento de estos patrones es importante para el diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo:** Realizar descripción y análisis electro-clínico de un paciente con una anomalía cromosómica no descrita previamente en la literatura.

**Metodología:** Descripción de un caso electro-clínico, con consentimiento informado. Paciente portador de RDSM global, dismorfias menores, tetralogía de Fallot e inmunodeficiencia primaria. A los 2m inicia crisis epilépticas, con EEG anormal por menor representación de elementos de sueño. Se inicia fenobarbital, con escasa respuesta. RNM cerebral: sin displasia cortical. Microarray: Amplificación 16q33, duplicación 16p13.1-13.3, delección 16p12.1, delección 22q11, duplicación 22q13. Video EEG (2años): en vigilia crisis de ausencias atípicas con mioclonías palpebrales y crisis tónicas. En sueño presenta espasmos epilépticos en salvas y mioclonías generalizadas.

**Discusión:** El patrón clínico-EEG encontrado corresponde a una encefalopatía epiléptica que asocia múltiples crisis: ausencias mioclónicas palpebrales y crisis tónicas en vigilia, y mioclonías generalizadas y espasmos en salvas en sueño. Describimos un caso no reportado en la literatura con una anomalía cromosómica compleja que compromete dos genes y que se asocia a una encefalopatía epiléptica que podría ser específica para esta alteración genética.

### TLN64

#### ENFERMEDAD DE LAFORA, PRIMER CASO EN CHILE.

Mónica Troncoso Schifferli, Carolina Donoso, Walter Feuerhake, Scarlet Witting, Elena Kakarieka.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Servicio Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile. Clínica Santa María.

**Introducción:** La epilepsia mioclónica progresiva se caracteriza por mioclonías, deterioro intelectual, ataxia, asociado trastornos visuales progresivos.

**Objetivos:** Describir forma de presentación/diagnóstico de paciente diagnosticada con Enfermedad de Lafora, por primera vez en Chile.

**Métodos:** Análisis descriptivo clínico, laboratorio, anatomía patológica, genética.

**Resultados:** Niña 16 años, tío paterno con Epilepsia fallecido a los 19 años. Padres consanguíneos, a los 10 años inicia convulsiones TCG y mioclonías multifocales, posteriormente comienza con alucinaciones visuales no estereotipadas. A los 13 años persisten crisis TCG y las mioclonías se hacen generalizadas, agregándose temblor de reposo, bradiquinesia, bradipsiquia. Las crisis epilépticas aumentan frecuencia asociadas a deterioro cognitivo, abandona colegio y sus actividades diarias deben ser asistidas. A los 16 años está vigil, poco cooperadora, lenguaje escaso con bradipsiquia. Temblor de reposo, marcha con aumento de la base de sustentación. El video-monitoreo EEG mostró paroxismos irritativos y generalizados continuos, con correlato clínico y poligráfico de mioclonías. Actividad epileptiforme generalizada seguida en ocasiones por depresión de voltaje, adquiriendo a ratos un carácter pseudo periódico. Desorganización hipervoltada lenta del trazado de base. La biopsia de piel axilar con depósitos PAS positivos y diastasis resistentes en glándulas sudoríparas. En la microscopía electrónica se

evidenció los corpúsculos de Lafora que confirmaron el diagnóstico. Estudio genético en curso.

**Conclusión:** Nuestra paciente muestra un cuadro de epilepsia mioclónica progresiva asociado a deterioro cognitivo y otros síntomas neurológicos que orientan al estudio anatomopatológico en busca de etiología, confirmando la presencia de cuerpos de Lafora.

**Comentario:** Es el primer caso de Enfermedad de Lafora descrito en nuestro país, por lo que debe tenerse presente en nuestra población.

TLN72

### NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA EN UN GRUPO DE NIÑOS URBANO-RURAL DE LA QUINTA REGIÓN.

Paula Arriagada Palma, Gabriela Araya, Sebastián Vega, Valeria Rojas, Rocío Maldonado, Paola Campodonico, Kennet Zambrano, Bárbara Oliva.

Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso

**Introducción:** La satisfacción con la vida corresponde a un bienestar subjetivo que se refiere a las evaluaciones positivas o negativas que las personas efectúan respecto a sus vidas, ya sea como un todo o respecto a ámbitos específicos. Este bienestar corresponde a uno de los indicadores de calidad de vida. Existen pocos estudios

que hablen del nivel de satisfacción de vida en la población pediátrica de nuestro país.

**Objetivo:** Conocer los niveles de satisfacción en un grupo de niños respecto a distintas dimensiones de sus vidas.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó encuesta a niños de 5° y 6° básico de escuelas municipales de Viña del Mar y Casablanca. Se utilizó una escala breve de Satisfacción con la Vida para Estudiantes.

**Resultados:** Se aplicaron 359 encuestas, 39% hombres. 155 pertenecientes a Viña del Mar y 204 a Casablanca. De estas últimas el 49% correspondían a alumnos de localidades rurales.

Se observó que las mujeres presentaban un mejor promedio de satisfacción de vida (3,02) en relación a los hombres (2,85). El ítem mejor valorado fue el nivel de satisfacción con la familia (3,06) mientras el peor valorado fue el nivel de satisfacción con su colegio (2,65). Destaca que el 24,5% de los niños se siente insatisfecho con su colegio. Niños de localidades rurales presentan mejor satisfacción con la vida en términos globales en relaciones a sus pares urbanos.

**Conclusiones:** Es necesario realizar nuevas investigaciones para identificar factores causales que generan una insatisfacción con el colegio en un importante porcentaje de niños.

# INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

---

NOMBRE	TRABAJOS
Aboitiz Francisco	TLN10, TLP36
Acevedo Keryma	TLN18, TLN58, TLN61
Acevedo María Paz	TLN33
Acevedo Valeria	TLN31
Adlerstein León	TLN47, TLN62
Aguilera Roxana	TLN48
Aillón Macarena	TLN48
Alamo Nicolle	TLP5
Aldana Pilar	TLN27
Aldunate Consuelo	TLP36
Alfaro Macarena	TLP2, TLP16
Allegro Fiorella	TLP25
Alvarado Rubén	TLP2
Álvarez Carola	TLP25
Álvarez Karla	TLP25
Álvarez Patricia	TLN31
Amarales Claudia	TLN63
Andaur Karem	TLN33
Andrade Lucila	TLN25, TLN37, TLN63
Anthon Bianca	TLP17, TLP21
Araujo M	TLP6
Aravena Scarlett	TLP29
Araya Gabriela	TLN14, TLN25, TLN29, TLN35, TLN38, TLN72
Araya Susana	TLN52
Arriagada Paula	TLN14, TLN15, TLN25, TLN 29, TLN35, TLN38, TLN72
Avaria M. de los Angeles	TLN9, TLN12, TLN31, TLN39, TLN40, TLN50
Avendaño Marisol	TLN23
Avila Daniela	TLN22, TLN27, TLN32
Balut Fernanda	TLN56
Barassi Claudia	TLN11
Barrera F.	TLP6
Barriga Andrea	TLN71, TLN73
Barrios Andrés	TLN52, TLN49, TLN56, TLN66, TLN67
Barros Jorge	TLP40
Bascur Marcelo	TLN51
Bastidas Carla	TLP20
Bedregal Paula	TLP4, TLP6, TLP13, TLP33
Benzi Giordana	TLP7
Berger Alexandra	TLN62
Berho Javiera	TLN25
Bertrán Macarena	TLN9, TLN12, TLN40
Bettoli Francesca	TLP32, TLP39
Beytía M. de los Angeles	TLN22, TLN27, TLN32
Billeke Pablo	TLN10
Borgeaud Karin	TLP12, TLP13
Borghero Francesca	TLP15, TLP30

## Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Boutron Audrey	TLN32
Bravo Francisca	TLP32, TLP39
Briceño Marcelo	TLP28
Cabello Juan Francisco	TLN15, TLN39
Cabezas Andrea	TLN45
Cabrera Sergio	TLP18
Caceres Sonia	TLP29
Campodonico Paola	TLN25, TLN29, TLN35, TLN37, TLN38, TLN72
Campos Manuel	TLN43, TLN44
Canales Pamela	TLN26, TLN45
Cantillano Cristián	TLN68
Capella Claudia	TLP5
Cárdenas José Miguel	TLN60
Carrasco Ximena	TLN10
Carrera Jorge	TLN7, TLN45, TLN56
Carvajal Maritza	TLN6, TLN11, TLN16, TLN17, TLN19, TLN23, TLN33
Carvalho Camila	TLP4, TLP13
Cassar Juan Carlos	TLN27
Castillo Carolina	TLP11
Castro Felipe	TLN39, TLN43, TLN44, TLN47, TLN62
Cavada Gabriel	TLP15
Ceballos Verónica	TLP11
Clavería Cristian	TLN57
Cohelo Elisa	TLP13
Contreras Eva	TLP18, TLP29
Contreras Henry	TLP18
Contreras Javiera	TLN37, TLP38
Contreras Juan	TLN5
Contreras Mariana	TLN39
Cordero M.	TLP6
Cortés Rocío	TLN9, TLN12, TLN39, TLN40
Cortez Ana María	TLP5
Cruz Marcelo	TLP19, TLP20
Cruzat Claudia	TLP1
Cuevas Isabel	TLN4
Cuitiño Cristian	TLN28, TLN34
Cumsille Pia	TLP40
Deangel V.	TLP6
Delgado Iris	TLP25
Denegri Paulina	TLP25
Devilat Marcelo	TLN28, TLN54
Díaz Marcela	TLN71, TLN73
Diettes Adriana	TLN37
Donoso Carolina	TLN64
Drazic Yovanka	TLN49
Dupuy Renata	TLP30
Durán Alejandra	TLN13, TLN47
Escobar Raúl	TLN3, TLN22, TLN27, TLN32
Escobari Javier	TLN6, TLN23
Escribano Gloria	TLN11, TLN17
Fariña Guillermo	TLN26, TLN41, TLN42, TLN66

## Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Faundez Juan Carlos	TLN47,TLN62
Fernández M. de los Ángeles	TLP8
Fernández Olga María	TLP5
Fernández Sofía	TLP5
Feuerhake Walter	TLN64
Flores Daniela	TLP40
Flores Patricia	TLP40
Förster Carla	TLN59
Frías Elizabeth	TLP14
Gaete Jorge	TLP22, TLP34
Gaete O. Jorge	TLP22, TLP34
Gaete Raquel	TLN11, TLN16, TLN17, TLN19, TLN33
Galindo M. Teresa	TLN4
Galleguillos Loreto	TLP11,TLP12
Gejman Roger	TLN32
Gejman Roger	TLN32
Giadach Carolina	TLN16
Gittermann Kay	TLN41, TLN42
Godoy P. Andrea	TLP31
González Macarena	TLP38
González Gabriel	TLP40
Gonzalez Juan Enrique	TLN17
González Magdalena	TLN66
González María Cecilia	TLN20
Gonzalez Pamela	TLN28,TLN53
Guajardo Karen	TLN71, TLN73
Guerra Patricio	TLN56
Guitermann Kay	TLN71
Gutiérrez Adriana	TLP31
Gutiérrez Adriana	TLP31
Guzmán Gabriela	TLP31
Guzman Guillermo	TLN66
Guzmán Guillermo	TLN66
Halpern Muriel	TLP14, TLP23
Heresi Carolina	TLN9,TLN12, TLN31, TLN47, TLN50, TLN62
Hernández Alejandra	TLN26, TLN42, TLN46
Hernández Marta	TLN1, TLN2, TLN20, TLN21, TLN57,TLN61
Hidalgo María José	TLN56,TLN60,TLN67
Hoffman Mariela	TLP15
Hoogma A.	TLP6
Huete Isidro	TLN1, TLN2,TLN57,TLN61
Inzunza Carla	TLP9
Irrázabal Matías	TLP2,TLP6,TLP10,TLP16
Ithurralde Hilda	TLP31
Jaque Héctor	TLN52
Kakarieka Elena	TLN64
Kleinstauber Karin	TLN9, TLN12, TLN13, TLN31, TLN40
Labbe Nicolás	TLP22
Lacaux Patricio	TLN30
Lagos Marcela	TLN27
Lara Susana	TLN41,TLN42
Larraguibel Marcela	TLP 14, TLP23, TLP36



## Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Larrondo Paulina	TLP2,TLP10, TLP16, TLP35
Legaza Gabriela	TLN66
Leigh Stephanie	TLN9
Lemp Estefanía	TLN5
Leppe Osvaldo	TLN63
Loncomil Manuel	TLN27
López Claudia	TLN71, TLN73
López Francisca	TLN52,TLN53,TLN58,TLN68
López María Teresa	TLN19
López Mauricio	TLN1,TLN2,TLN3
Lozano Andrés	TLN23
LubianoAlessandra	TLP31
Lüttges Carolina	TLP2, TLP10, TLP16, TLP35
Luza Nelly	TLN65
Mabe Paulina	TLN16
Maldonado Pedro	TLP36
Maldonado Rocío	TLN14,TLN35,TLN72
Mallea Gustavo	TLN12,TLN13
Manríquez Marcos	TLN48
Manterola Carla	TLN36
Marileo Roberto	TLN36
Márquez Lorena	TLN46
Martínez Vania	TLP2, TLP10, TLP15, TLP16,TLP35
Matamala Mario	TLN52
Mateluna Cesar	TLN53
Maturana Alejandro	TLP24
Mella Daniel	TLN29
Méndez Alejandra	TLN53
Mendoza Astrid	TLN67
Mendoza Marcela	TLP5
Mercer R.	TLP6
Mesa Tomás	TLN18,TLN68
Micolich Valentina	TLN26,TLN45, TLN73
Montt Elena	TLP14, TLP23
Moraga C.	TLP6
Morales Constanza	TLP28
Moya Juan	TLN24,TLN28,TLN30, TLN34,TLN51,TLN54,
Muñoz A.	TLP6
Muñoz Carolina	TLN16,TLN17
Muñoz Daniela	TLN56,TLN60
Muñoz Gianna	TLP24
Muñoz Héctor	TLP11,TLP12
Muñoz Karen	TLN21,TLN61
Naranjo Valentina	TLN65
Narváez Carolina	TLN51
Nilo Karin	TLN56
Novoa Fernando	TLN29, TLN38,TLN63
Núñez Alicia	TLN3,TLN8,TLN61
Núñez Lucía	TLP5
Nuñez Paola	TLN23
Ocampo Marisa	TLN18
Okuma Cecilia	TLN36

## Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Olate Gabriel	TLN5
Oliva Bárbara	TLN15, TLN25, TLN29, TLN35, TLN37, TLN38, TLN72
Olivares Esterbina	TLP34
Opazo Verónica	TLN28, TLN34, TLN54
Ortega Paula	TLN46
Paiva Isidora	TLP1
Palma Pedro	TLP11
Parra Patricia	TLN26, TLN49, TLN56
Peña Paula	TLP30
Peña Roberto	TLP27
Pérez Nelson	TLP18
Pesce Caterina	TLP17, TLP21
Peters Alexander	TLN49
Peters Paula	TLP24
Pi Macarena	TLP25, TLP36
Pizarro Francisca	TLP11
Poblete Carmen	TLP35
Pradenas Ximena	TLN6
Prieto F.	TLP6
Provoste David	TLP18
Quezada Claudia	TLP19
Quinteros Fernando	TLN63
Ramírez Daniela	TLP14
Rebolledo Javier	TLP27
Rebolledo Paula	TLN71, TLN73
Renard R. Luna	TLN12
Retamal María Olga	TLN6
Retamales Alvaro	TLN45
Ríos Beatriz	TLP28
Ríos Loreto	TLN43, TLN44
Ripoll Elizabeth	TLP31
Risco Migdy	TLN7
Rivera Gianni	TLN45
Rodríguez Paula	TLP18
Rodríguez Ana María	TLP22
Rodríguez María	TLP17, TLP21
Rojas Carla	TLN42, TLN46, TLN53, TLN65
Rojas Carlos	TLP14
Rojas Carolina	TLN5
Rojas Cristian	TLP34, TLN59
Rojas Graciela	TLP2, TLP10, TLP15, TLP16, TLP35
Rojas Valeria	TLN14, TLN35, TLN72
Ronda Margarita	TLP17, TLP21
Rubilar Carla	TLN13, TLN47, TLN62
Rubilar Verónica	TLN29
Ruiz Isadora	TLN56
Saavedra Sebastián	TLN18
Sáez Claudia	TLN56
Saez Veronica	TLN41, TLN42
Salazar Carolina	TLP30
Salinas Juan	TLP11

## Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Salvo Daniela	TLN51
Sanhueza Lucia	TLN33
Santander Paola	TLN41, TLN42, TLN52, TLN60, TLN65, TLN66, TLN67
Santelices María Pía	TLP8
Santibañez Romina	TLN57
Schmidt Ignacia	TLN18
Schulz Carolina	TLN31
Selle Ingrid	TLP28, TLP42
Sepúlveda Elisa	TLP28, TLP32, TLP38, TLP39
Sepúlveda Gabriela	TLP7
Sfeir Constanza	TLN6, TLN19
Silva Francisca	TLP39
Silva María José	TLN5
Skorin Ilona	TLN8
Somarriva Fabiola	TLN5
Soto Carla	TLN21, TLN22, TLN58, TLN61
Soto Patricia	TLN10
Tapia Pamela	TLN5
Tello Javiera	TLN45
Toledo Gloria	TLP36
Torres Ana María	TLN6, TLN11, TLN16, TLN17, TLN23, TLN33
Torres Danisa	TLP13
Torres Viviana	TLP18
Toso Alberto	TLN18
Toso Pulina	TLN18
Troncoso Ledia	TLN7, TLN26, TLN41, TLN42, TLN45, TLN46, T LN52, TLN53, TLN60, TLN66, TLN67, TLN71, TLN73
Troncoso Mónica	TLN7, TLN26, TLN41, TLN42, TLN45, TLN46, TLN 49, TLN52, TLN53, TLN56, TLN60, TLN64, TLN65, TLN66, TLN67
Tudela Benjamín	TLP39
Tuma Francisca	TLN5
Urbina Carolina	TLN24
Vacarisas Paola	TLN50
Valenzuela Bolívar	TLN28
Varela Ximena	TLN13, TLN47, TLN62
Vargas Lorena	TLN10
Vásquez Nicole	TLP9, TLP33
Vega Sebastián	TLN14, TLN25, TLN29, TLN35, TLN38, TLN72
Velásquez Jonathan	TLN28, TLN34, TLN54
Venegas Viviana	TLN48
Vergara Francisca	TLN48
Verguro Pamela	TLP31
Vidal Guillermo	TLN58
Vilches Loreto	TLN39
Viviani Paola	TLP4, TLP13
Vöhringer Paul	TLP15
Weitzler Jacqueline	TLN48
Wicki Alvaro	TLN65
Williams Patricio	TLP30

## Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Witting Scarlet	TLN26,TLN45,TLN46,TLN53,TLN60, TLN64
Zambrano Kennet	TLN15,TLN25,TLN29,TLN35,TLN38,TLN39,T LN72
Zamora José	TLN66
Zitko Pedro	TLP15
Zuñiga Andrea	TLN44

## Origen y Gestión

La revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, SOPNIA, es el órgano oficial de expresión científica, 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 la Adolescencia, otros médicos, profesionales de salud afines, in-

vestigadores, 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 en Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Latindex (Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal) <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](http://www.sopnia.com)

## Abreviatura

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

## Diseño

Juan Silva  
Mail: [jusilva2@gmail.com](mailto:jusilva2@gmail.com)  
Cel.: 9799 5964.

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Tomás Mesa Latorre. Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2º piso, interior, fono: 2632.0884, email: [sopniate.cl](mailto:sopniate.cl), sitio Web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com) Santiago, Chile.

## **(Actualizado en Octubre de 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](http://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. Tomás Mesa Latorre, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: [sopnia@tie.cl](mailto:sopnia@tie.cl). 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 interna-

cional 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 donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quién 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 ta-

blas o figuras.

Contarán con la siguiente estructura:

### **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

## Instrucciones a los autores

referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por número pequeño 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 fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 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 explicitará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

### 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. Deben anexarse los archivos de las figuras en JPEG (300 DPI). 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).

11. En relación al cumplimiento de la Ley de deberes y derechos de los pacientes, vigente a contar de octubre de 2012: toda investigación Clínica prospectiva intervencional y casos clínicos, debe realizarse con CONSENTIMIENTO INFORMADO, requisito que deberá quedar expresado en el método.

