



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

“Derribando Muros”

Programa Oficial y Libro de Resúmenes

15, 16 y 17 de Noviembre de 2017
Gran Hotel Pucón Enjoy, Pucón

INDICE

Palabras de Bienvenida Dra. Ximena Carrasco Chaparro Presidenta del Congreso	3
Palabras de Bienvenida Dra. Patricia González Mons Presidenta de SOPNIA	6
Directorio SOPNIA	8
Comité Organizador Congreso	9
Temas Oficiales	11
Patrocinadores	12
Auspiciadores	13
Invitados Internacionales	14
Invitados Nacionales Conferencias Plenarias	21
Invitados Nacionales	23
Directores de Actividades de Psiquiatría y Neurología	25
Informaciones Generales	29
Curso Pre congreso	32
Programa del XXXV Congreso	33
Revista SOPNIA	39
Trabajos Libres Psiquiatría	41
Trabajos Libres Neurología	81
Índice de autores trabajos libres de Neurología y Psiquiatría	137
Información General revista SOPNIA	145
Instrucciones a los Autores	146

PALABRAS DE BIENVENIDA AL XXXV CONGRESO SOPNIA, “DERRIBANDO MUROS”, PUCÓN, 2017.

Estimados socios y amigos de SOPNIA:

Antes que nada, les agradezco la confianza que han depositado en mí y en mi equipo para organizar este año el Congreso Anual. Espero todo resulte bien, desde los aspectos más prácticos y financieros, hasta los académicos. La multiplicidad de temas posibles de tratar en nuestras especialidades es tan vasta, que sólo podemos decir que hemos seleccionado un puñado que, por una u otra razón, nos parecen de interés. Nos recibe Pucón, lugar reconocido como uno de los más bellos del mundo.



Abriremos el Congreso con un simposio particularmente relevante y con una proyección directa a las políticas públicas, razón por la cual se lo hemos encargado al Grupo GEPPA, recientemente formado en nuestra Sociedad. Se trata de “Adversidad psicosocial y neurodesarrollo”, un tema sobre el cual cada vez la ciencia está dando más luces... Si bien no es novedosa la asociación epidemiológica entre trastornos del neurodesarrollo y pobreza, hoy en día la comprensión del *estrés tóxico*, las bases moleculares del desarrollo y la *epigenética*, sumada a metodologías genómicas e imagenológicas estructurales y funcionales (tractografía y resonancia magnética funcional por ejemplo), nos permiten ver con más claridad las rutas neurobiológicas que explican esa relación. Tenemos además resultados de estudios longitudinales bien diseñados que partieron hace décadas, imprescindibles cuando necesitamos conocer evoluciones en el largo plazo. Incluiremos en ese simposio plenario neuro-psiquiátrico, a un actor relevante en nuestro contexto nacional, Benito Baranda, quien nos honrará con su presencia y experiencia en el abordaje de la pobreza en Chile y Latinoamérica. Estará acompañado de dos grandes, Bruno Fallissard y Edmund Sonuga-Barke. Bruno Falissard viene desde el INSERM de París (*Institut national de la santé et de la recherche médicale*) donde lidera el laboratorio de Salud Mental y Políticas Públicas... ¡mejor imposible para este simposio!. Edmund Sonuga-Barke, quien nos deslumbró en el Congreso SOPNIA del bicentenario (2010), vuelve a visitarnos (porque, entre otras razones, considera a Chile su país favorito!); esta vez posicionado en el King's college de Londres, con cientos de publicaciones sobre trastornos neuropsiquiátricos en la infancia, ha sido parte del *Estudio ERA*, que les invito a investigar. A la mesa redonda se sumará Juan Andrés Mosca psiquiatra infantil del Servicio de Salud Metropolitano Norte, con conocimiento importante sobre el SENAME. Esperamos tener un memorable diálogo entre los expositores sobre esta temática, especialmente urgente en países emergentes como el nuestro, donde las cifras de Déficit de Atención, una de las posibles “secuelas” de la adversidad psicosocial por ejemplo, superan estadísticas de otras latitudes.

El plenario del día jueves, organizado por otro de los grupos de estudio emblemá-

Bienvenida

ticos de la SOPNIA, el Grupo de estudio de Trastornos del desarrollo (GTD), será sobre el Espectro Autista, entidad diagnóstica que sigue creciendo entre nuestros motivos de consulta, en niños cada vez más pequeños, lo que es afortunado desde el punto de vista de intervenir, pero plantea por lo mismo un mayor desafío a los tratantes. Por eso tenemos que continuar al día y aportaremos en ese simposio una actualización sobre epidemiología, bases etiológicas y estudio diagnóstico y, por supuesto, intervención. Nuestros invitados para ello serán dos destacados socios, Isabel López, Neuropediatra y Ricardo García, Psiquiatra infanto-juvenil, con notable trayectoria en este tema y, como invitada internacional, una trasandina, Alexia Ratazzi, psiquiatra que ha dedicado su vida al trabajo con familias de niños del espectro autista a través de PANACEA (Programa argentino para niños, adolescentes y adultos con condiciones del espectro autista). Necesitamos no sólo comprender la panorámica global del espectro autista, sino que, de manera práctica, saber qué exámenes debemos solicitar, qué intervenciones sugerir, qué podemos pronosticar y cómo sustentamos a la familia completa. Será un simposio “en español” al que probablemente se sumen en la audiencia invitados extranjeros, con espacio y tiempo para que preguntemos y dialoguemos.

El plenario final será un misceláneo, en que les pedimos a tres expositores entregarnos una de sus mejores charlas. La idea no es otra que sentarse a escuchar a tres selectos y aprender. Daremos espacio a Jonathan Mink, quien ya visitó Chile el año 2016 y deslumbró con la calidad de su exposición sobre movimientos anormales en un curso organizado por los amigos neuropediatras del Hospital San Borja Arriarán; esta vez una audiencia más amplia lo podrá tener como profesor. Recibiremos nuevamente a Edmund Sonuga-Barke, quien alimentará nuestro conocimiento sobre la génesis de los trastornos del neurodesarrollo, con foco en el Déficit de Atención e Hiperactividad, mostrándonos las posibles trayectorias hacia él. También en ese plenario estará un conocido de SOPNIA, Francisco Aboitiz, uno de los científicos más destacados en Neurociencias en nuestro país y reconocido experto internacional en el tema de neurobiología evolutiva del lenguaje; puedo comentar que la charla que nos presentará fue ya expuesta por Francisco con éxito rotundo en agosto de este año en La Jolla, San Diego, California, invitado por Michael Arbib (...neuronas espejo), frente a lo más selecto de los investigadores mundiales en este campo. Esperemos ese día entonces sólo disfrutar de excelentes conferencias como cierre final de un Congreso que esperamos llene las expectativas.

Este año recibiremos a colegas Neuropediatras sudamericanos de Argentina, Brasil, Paraguay, Perú y Uruguay. Con ellos se realizará, el día miércoles 15 de noviembre, entre las 15:30 y las 18:00 horas, el Tercer Encuentro de Neurología infantil del cono sur, con interesantes exposiciones. Es una iniciativa de cooperación internacional en que SOPNIA participa activamente, que esperamos siga fortaleciéndose.

Tendremos como siempre, espacios privilegiados para los médicos en formación en nuestras especialidades. Los residentes de Psiquiatría, integrados en AREPIA, gozarán de un interesante encuentro con los invitados al Congreso y los de Neu-

rología protagonizarán, como ya es tradición, uno de los espacios más entretenidos del Congreso, sobre casos clínicos complejos. El otro espacio privilegiado será para los Trabajos de Investigación. Recibimos cerca de 150 trabajos de investigación, algunos del extranjero; confíen en que cautelamos evaluaciones exigentes y justas, con estándares científicos que aumentan el prestigio de SOPNIA como una arena interesante donde exponer.

Es imposible, por extensión, explayarse sobre cada uno de los 25 espacios temáticos del Congreso... Sólo quiero decir que entusiasma el Programa. Este año estamos rebotando de invitados internacionales porque tuvimos la suerte de que varios podían venir con financiamiento propio o dado por terceras instancias. Todos estos expositores, como asimismo los nacionales, fueron elegidos porque conjugan la clínica con la investigación científica o viceversa, son referentes en lo que hacen y pueden aportarnos conocimientos que en mayor o menor medida tienen aplicabilidad práctica. Los invitados sudamericanos fueron particularmente invitados en pos de potenciar la integración regional en beneficio de nuestros pacientes y es importante enfatizar que los conferencistas extranjeros han manifestado una actitud muy positiva en pro de establecer vínculos de cooperación, lo que abre importantes oportunidades a nuestros clínicos e investigadores, especialmente a los más jóvenes, que esperamos sean aprovechadas.

Ya terminando, este año deberemos, con tristeza quienes lo conocimos, rendir homenaje a un socio que nos dejó para siempre: el doctor Marcelo Devilat Barros, todo un personaje, ejemplar en su cruzada por el tratamiento biopsicosocial de las epilepsias, quien fuera alguna vez presidente de SOPNIA, uno de los fundadores de la Sociedad de Epileptología de Chile y Jefe del Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna, entre otras cosas. Este homenaje tendrá lugar en la Asamblea de SOPNIA el viernes 17 de noviembre.

Para terminar... ¿Por qué elegimos llamar a nuestro Congreso “Derribando muros”? Porque queremos hacer un fuerte contrapunto, en oposición a la campaña por erigir una muralla para separar México de Estados Unidos. En fidelidad a nuestra historia reciente y a nuestra realidad actual, no queremos separaciones sino integración e inclusión entre los habitantes de nuestro Chile, el continente americano y de más allá... Ejemplo de ello es cómo hemos trabajado, sin inconvenientes, colegas de diferentes puntos del país en la organización de este Congreso. Con otra acepción, en este Congreso quisimos mostrar algunos derrumbes, por ejemplo mediante extraordinarios nuevos tratamientos de enfermedades antes incurables, a través de la radical transformación de ciertos conceptos, por medio de la integración entre neurociencias y clínica y por la integración entre medicina y políticas públicas. Derribando muros es una idea contundente! Bienvenidos!.



Dra. Ximena Carrasco Chaparro
Neuropediatra
Presidenta del XXXV Congreso SOPNIA



XXXV CONGRESO SOPNIA 2017 “DERRIBANDO MUROS”

Nuevamente nos convoca nuestro congreso anual, esta vez en su versión XXXV “Derribando Muros”, un desafío a derribar los muros que se separan la neurociencia de la clínica y de lo psicosocial. Son muros que hay que demoler, ya que los niños, niñas y adolescentes no pueden ser vistos como áreas separadas. Detrás de cada niño con un problema, hay una familia, amigos, escuela, comunidad que sufre.

Nuevamente estamos consternados por la realidad espantosa a la que se encuentran expuestos los niños del SENAME, hemos ido conociendo, a lo largo del año, cada vez más detalles que nos llenan de angustia e impotencia por la falta de preocupación con respecto a esta población vulnerable de parte de las autoridades, los políticos, los tomadores de decisiones y de toda la sociedad chilena. Lo mismo con las tasas altísimas de consumo de alcohol y drogas en nuestros adolescentes, y también con el alarmante aumento del suicidio en la población infanto juvenil. Nos lleva a reflexionar qué sociedad estamos construyendo; la inequidad es dramática en todos los aspectos: educación, vivienda, salud. Es urgente tomar conciencia y acciones al respecto antes de que sea tarde.

Este congreso a cargo de la Dra. Ximena Carrasco como Presidenta y de los Drs. Juan Moya y Mario Valdivia en la coordinación de los Comités de Neurología y Psiquiatría, quienes han hecho un gran trabajo, se traduce en un programa de primer nivel con invitados internacionales y nacionales de alto prestigio y amplios conocimientos en sus respectivas disciplinas. Esperamos que se puedan derribar los muros de la indiferencia, del prejuicio y volvernos agentes de cambio. Los invitamos a participar de todos los simposios, plenarios y actividades programadas este año.

Debo destacar la Conferencia Plenaria Inaugural, cuya coordinación estará a cargo del Grupo de Estudios de Políticas Públicas en Infancia y Adolescencia (GEP-PIA), de SOPNIA, que constituye una gran oportunidad para que los socios se entusiasmen y participen en este grupo de estudio, y así cooperar en los temas de infancia con nuestra experiencia y conocimientos.

Nos corresponde ser los anfitriones del Tercer Encuentro de Neurología Infantil del Cono Sur, donde recibiremos colegas de Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y Paraguay, con un simposio donde cada país presentará algún tema de interés.

Este año se entregará la novena versión del Premio Ricardo Olea Guldemont, máximo reconocimiento de SOPNIA a un destacado profesional de nuestra Sociedad. En esta oportunidad el galardonado/a será un Psiquiatra Infantil.

Palabras de la Presidenta de SOPNIA

También se realizarán las elecciones del nuevo Directorio 2018-2019, cuyos resultados se darán a conocer en la asamblea anual de socios.

Como directorio estamos llegando al fin de un ciclo, han sido dos años de intenso trabajo; nos sentimos satisfechos con los logros, pero aún nos queda un largo trabajo por delante.

Espero que el maravilloso paisaje de la Novena Región, con el Lago y el Volcán Villarrica, sea el marco para nuestras actividades.

¡Sean todos y todas bienvenidos a nuestro Congreso!



Dra. Patricia González Mons
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Presidenta SOPNIA 2016-2017

Presidenta

Dra. Patricia González Mons

Vicepresidenta

Dra. Verónica Burón Klose

Tesorera

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

Secretaria General

Dra. Andrea Schlatter Vieira

Past President

Dra. Viviana Venegas Silva

Directores

Dra. Marcela Abufhele Milad

Dra. Joanna Borax Petrikovski

Dra. Ana Marina Briceño Arias

Dra. Paola Santander Vidal

Presidenta del Congreso:

Dra. Ximena Carrasco Chaparro

Coordinador Comité de Psiquiatría:

Dr. Mario Valdivia Peralta

Comité de Psiquiatría:

Dra. Marcela Concha

Dra. Alicia Espinoza

Dr. Carla Inzunza

Dr. Matías Irrarrázaval

Dra. Vania Martínez

Dr. Alejandro Maturana

Dr. Miguel Medel

Colaboradores

Dra. Carla Bastidas

Dra. Claudia Capella

Coordinador Comité de Neurología:

Dr. Juan Moya Vilches

Comité de Neurología:

Dra. Carolina Álvarez

Dra. Joanna Bórax

Dr. Felipe Castro

Dr. Ricardo Erazo

Dra. Carolina Heresi

Dra. Eliana Jeldres

Dra. Paola León

Dra. Carla Manterola

Dra. Bárbara Oliva

Dra. Paola Santander

Dra. Viviana Venegas

Colaboradores

Dr. Juan Pablo Figueroa

Grupo de Trastornos del Desarrollo – SOPNIA

Comité Científico Local

Dr. Álvaro Retamales

Dr. Gianni Rivera

Comite Organizador XXXV Congreso

Residentes Arepia Colaboradores En El Congreso

Dra, Valeria Astete, (Universidad de Valparaíso)

Dr. Daniel Silva (Universidad de Concepción)

Dra. Carolina Hernández (USACH/Hospital Félix Bulnes)

Dra. Margarita Cortez (Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Dra Daniela Peña (Universidad de Concepción)

Dra. Paulina Briones (USACH/Hospital Félix Bulnes)

Dr. Pablo Espoz (USACH/Hospital Barros Luco-Trudeau)

Dra. Carla Morales (Universidad de Chile / Clínica Psiquiátrica Universitaria)

Dr. Cristóbal Carrasco (Pontificia Universidad Católica de Chile)

Dra. Francisca Corvalán (Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Dra. Massiel Fonseca (Universidad de Concepción)

NEUROLOGIA

- Encefalopatías epilépticas
- Neurología del paciente crítico (emergencias neurológicas)
- Movimientos anormales, semiología y neurobiología
- Trastornos del sueño: neuroinmunología y narcolepsia; sueño en niños con necesidades especiales de atención en salud.
- Grandes novedades terapéuticas en enfermedades neuromusculares
- Casos clínicos de difícil diagnóstico

PSQUIATRIA

- Psicoterapia y construcción de identidad personal en la Adolescencia
- Salud mental y redes sociales: Nuevas tecnologías y desarrollo adolescente
- Actualización de práctica clínica en Psiquiatría Infanto- juvenil
- Investigación en psicoterapia
- Trayectoria en trastornos psiquiátricos severos
- Prevención de suicidio
- Promoción de salud y prevención de enfermedades en Psiquiatría Infantil
- Psicopatía en la niñez y adolescencia

PLANARIOS DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

- Adversidad psicosocial y neurodesarrollo
- Actualización en autismo
- Bases neurobiológicas del desarrollo y sus trastornos

CURSO PRE-CONGRESO

- “Aportes de la Neuropsiquiatría a problemas frecuentes en la edad escolar”.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
- Trastornos del lenguaje y la comunicación
- Familia y Neurodesarrollo
- Dificultades sociales: El niño que no tiene amigos, diagnóstico diferencial con el espectro autista

PATROCINADORES

- Facultad de Medicina Universidad de Chile
- Facultad de Medicina Universidad de Concepción
- Facultad de Medicina Universidad de La Frontera
- Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile
- Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso
- Facultad de Medicina Universidad de Santiago
- Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte
- Facultad de Medicina Universidad San Sebastián
- Facultad de Medicina Universidad de Los Andes
- Facultad de Medicina Universidad Diego Portales
- Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo
- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- SONEPSYN
- SOCHIPE
- ASOCIMED
- Colegio Médico de Chile
- MINSAL

- Laboratorios Andrómaco
- Biomarin Pharmaceutical
- Compañía Farmacéutica Janssen
- Pfizer Chile
- Laboratorio GlaxoSmithKline
- Abbott Laboratories - Chile
- Exeltis
- Laboratorio Chile / TEVA
- Laboratorios Biopas
- Grupo Biotoscana
- Pharma Investi
- Liga Chilena contra la Epilepsia
- Biomagallanes / representante de Avery Biomedical Devices

Bruno Falissard

Después de una formación inicial en Matemáticas y Física, estudió Medicina y se especializó en Psiquiatría infantil y adolescente. Fue Profesor Asistente en Psiquiatría infantil y adolescente, Profesor Asociado en Salud Pública y a la fecha Profesor Titular de Salud Pública desde el año 2002, a la cabeza del Máster en Salud Pública de la Universidad del Sur de París y del “Centro de Epidemiología y Salud de la Población”. Es coautor de unos 400 artículos y autor de 4 libros. Desarrolla práctica clínica en Psiquiatría infantil y adolescente. Sus investigaciones se centran en Metodología y Epistemología de la investigación en Salud Mental. Desde el año 2015 es Presidente de IACAPAP (Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesiones Aliadas) y es miembro de la Academia Francesa de Medicina.



María del Mar Faya

Psiquiatra de niños y adolescentes, experta en Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y en Psicoterapia psicodinámica y sistémica. Es Psiquiatra Adjunta de la Unidad de TCA, responsable de Docencia del Servicio de Psiquiatría y Psicología y Presidenta de la Comisión Clínica contra la Violencia en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Es además Profesora Asociada del Máster en TCA de la Universidad Europea de Madrid, Profesora Honoraria de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y Tutora de práctica en Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca. Miembro de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA) y de la Asociación Española para el estudio de los TCA (AEETCA). Colaboradora de distintas Asociaciones de familiares de pacientes con trastornos de alimentación (ADANER, ABUCAMAN), obtuvo la Medalla de Oro ADANER (Granada, 2005). Autora de múltiples capítulos de libros y artículos en revistas científicas. Es miembro honoraria de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia de Chile, SOPNIA.



Pamela Foelsch

PhD en Psicología, Profesora Asociada de Psicología y Psiquiatría del *Weill Cornell Medicine College, New York*. Obtuvo el doctorado en Psicología Clínica en la *Fairleigh Dickinson University-New Jersey*. Realizó beca postdoctoral de dos años en el *New York Presbyterian Hospital-Weill Cornell Medical Center, Westchester Division*, en Trastornos de la Personalidad y recibió el *Premio Alumni* por Excelencia Clínica. Continuó allí trabajando como profesora, recibiendo dos veces el premio “Maestro del Año”. Es miembro de la *Society for Psychotherapy Research (SPR)* y autora principal del libro *Adolescent Identity Treatment* (2014); continúa haciendo investigación, docencia y práctica clínica en este campo. Actualmente, radicada en Chile, trabaja en el Instituto de Médico Schilkrut y es Investigadora Adjunta del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), que congrega a académicos de las más prestigiosas universidades de nuestro país.



Joan Luby

Médico titulada en la Universidad Estatal de Wayne, Detroit, se especializó en Psiquiatría de niños y adolescentes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, California. Es Profesora *Samuel and Mae S. Ludwig* de Psiquiatría Infantil de la *Washington University School of Medicine (St. Louis)*, Directora del Programa de desarrollo emocional temprano e Investigadora del NIMH (National Institutes of Mental Health). Lidera el Programa de postdoctorado en Neurociencia Afectiva del Desarrollo, que creó para promover el entrenamiento de jóvenes científicos en este campo. Ha hecho una muy importante contribución a la detección y tratamiento oportuno (incluyendo intervenciones parentales) de los trastornos del ánimo en preescolares, por lo que fue galardonada por la AACAP en 2015. Mediante técnicas de neuroimágenes ha aportado además a la comprensión de los efectos que tiene la adversidad psicosocial sobre el neurodesarrollo. Es autora de múltiples artículos sobre este tema en revistas de muy alto impacto.



Invitados Internacionales

Jonathan Mink

Neurólogo Pediátrico, PhD en Neurociencias de la Universidad de Washington, especialista en movimientos anormales en la infancia y en enfermedades neurodegenerativas pediátricas, Jefe del Programa de Residencia en Neurología Pediátrica de la Universidad de Rochester, Estados Unidos. Es Consultor de la *Tourette Syndrome Association*, *The Dystonia Medical Research Foundation*, *NINDS Board of Scientific Counselors* y del *Pediatric Advisory Committee* de la FDA. Sus principales líneas de investigación son fisiopatología de los núcleos de la base en los distintos movimientos anormales, historia natural y terapias modificadoras del curso de la enfermedad de Batten (Lipofuscinosis ceroide neuronal juvenil) e impacto del Síndrome de Tourette en los niños, sus familias y la comunidad. Es autor de más de 130 artículos y 53 capítulos de libros y Editor Asociado de la revista *Neurology*. Ha recibido numerosos premios en reconocimiento a sus logros en la práctica clínica e investigación.



Pedro (Kepa) Paz-Alonso

PhD en Neurociencias, es Profesor “Ramón y Cajal” de investigación en el *Basque Center for Cognition, Brain and Language* (BCBL), en San Sebastián, España, uno de los centros de estudios en Neurociencias mejor dotados y más prestigiosos a nivel mundial. Se formó en el *Center for Mind and Brain* de la Universidad de California Davis, y en el *Hellen Wills Neuroscience Institute* de la Universidad de California Berkeley. Actualmente dirige el grupo de investigación en “Lenguaje y Control de Memoria”, que examina principalmente los correlatos cerebrales de la lectura típica y atípica en monolingües y distintos tipos de bilingües, las interacciones entre los sistemas de lenguaje y de memoria a largo plazo, y el desarrollo neurocognitivo de las funciones cerebrales superiores. En sus investigaciones emplea resonancia magnética funcional y estructural, como asimismo datos conductuales. Es autor de varios capítulos de libros y de múltiples artículos en revistas de alto impacto.



Giuseppe Plazzi

Neurólogo, especialista en Patología del Sueño, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas y Neuromotoras de la Universidad de Bologna, Italia, Coordinador del Programa Ambulatorio de Narcolepsia e Hipersomnia, corresponsable del Programa de Investigación sobre Patología del Sueño y Ritmos Biológicos del Instituto de Ciencias Neurológicas de Bologna. Es autor de más de 300 artículos científicos, capítulos de libros, y un libro sobre parasomnias (*The Parasomnias and Other Sleep-Related Movement Disorders*). Sus principales líneas de investigación son clínica, fisiopatología y tratamiento de la narcolepsia; genética de los trastornos del sueño; sueño y enfermedades neurológicas (con énfasis en epilepsias nocturnas); trastornos del control motor del sueño (trastorno conductual del sueño no REM, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de extremidades), entre otros.



Alexia Rattazzi

Psiquiatra infanto-juvenil, desde 2001 trabaja con personas del Espectro Autista. Dentro de su formación en este ámbito destaca su estadía en el *Autism Research Centre* de Cambridge con Simon Baron-Cohen y en el *Mind Institute of Sacramento*, donde se formó en el *Early Start Denver Model (ESDM)*, entre otros. Cursó el *Interdisciplinary Autism Research Training Program* en el *Mind Institute* de la Universidad de California Davis, Estados Unidos. Fue Directora del Departamento de Psiquiatría infanto-juvenil del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO); participa en docencia en diversas universidades y hospitales de la República Argentina. En la actualidad trabaja en el “Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista” (PANAACEA), equipo interdisciplinario altamente especializado en Autismo, del que es cofundadora. Ha consagrado su trabajo hacia democratizar el acceso a intervención temprana y de calidad para las personas del espectro autista y sus familias.



Invitados Internacionales

Edmund Sonuga-Barke

Profesor de Psicopatología del Desarrollo del Departamento de Psiquiatría de niños y adolescentes del *King's College London*. Ejerció la misma cátedra hasta diciembre de 2016 en la Escuela de Psicología de la Universidad de Southampton, donde además dirigía el *Developmental Brain-Behaviour Laboratory*. Ha sido además profesor invitado en la Universidad de Sussex, Inglaterra, como asimismo en Universidades de Bélgica y Dinamarca. Su carrera se ha centrado en el origen y tratamiento de los principales cuadros neuropsiquiátricos de niños y adolescentes, especialmente en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y, en los últimos años, en los efectos de la adversidad bio-psico-social durante el desarrollo. Destaca su participación en el estudio multicéntrico de niños ingleses y rumanos adoptados ("*English and Romanian Adoptees Study*"). Es autor de más de 300 publicaciones en revistas de alto impacto y es Editor en Jefe del *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.



Nicola Specchio

Neurólogo pediátrico, PhD., especialista en Epilepsias y Neurofisiología, ejerce en el Departamento de Neurociencias y Neurorehabilitación del Hospital Pediátrico Bambino Gesù de Roma, Italia. Es miembro de la Comisión de Nuevos Síndromes Epilépticos y de la Comisión de Cirugía de la Epilepsia de la Liga Italiana contra la Epilepsia (LICE). Es autor de múltiples artículos científicos publicados en revistas de alto impacto, como asimismo de diversos capítulos de libros relacionados con epilepsia en pacientes pediátricos. Sus principales líneas de investigación son semiología y clasificación de crisis epilépticas, epilepsias y síndromes epilépticos, evaluación prequirúrgica de pacientes con epilepsias resistentes, con énfasis en monitoreo no invasivo, genética de las epilepsias (en especial aquellas del recién nacido y del lactante), y tratamiento de la Lipofuscinosis ceroides neuronal tipo 2.



Daniel Spritzer

Médico Psiquiatra, especialista en Psiquiatría de la infancia y adolescencia, Profesor de Psiquiatría en la Universidad Federal de Río Grande do Sul en Brasil, Coordinador del Grupo de Estudio sobre Adicciones Tecnológicas (GEAT). Sus publicaciones se han centrado en el recientemente acuñado concepto de “*Gaming Disorder*”, tema sobre el cual ha realizado investigaciones en Brasil y ha sido invitado a exponer en diversos contextos académicos en su país y el extranjero.



Federico Vigevano

Neurólogo Pediátrico, especialista en Epilepsias, Director del Departamento de Neurociencias y Neurorehabilitación del Hospital Pediátrico Bambino Gesù, Roma, Italia. Es miembro de la Comisión de estrategias diagnósticas y clasificación de los síndromes epilépticos de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), del consejo asesor de la revista *Epileptic Disorders* y revisor de revistas como *Epilepsia* e *Italian Journal of Neurological Science*. Autor de más de 250 artículos científicos, capítulos de libros y coautor de libros relacionados con epilepsia y otras condiciones en el paciente pediátrico. Sus principales líneas de investigación son Síndromes epilépticos en edad pediátrica, epilepsias refractarias a tratamiento, video-electroencefalografía y monitoreo electroencefalográfico prolongado, Síndrome de muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP) y trastornos paroxísticos no epilépticos.



Invitados Internacionales

Elaine Wirrell

Neuróloga Pediátrica, especialista en Epilepsias del *Royal College of Physicians and Surgeons* de Canadá, actualmente profesora del Programa de Neurología y del Programa de Especialización en Medicina Neonatal y Perinatal de la Clínica Mayo, Rochester-Minnesota, Estados Unidos. Es cofundadora del *Pediatric Epilepsy Research Consortium*, grupo clínico multicéntrico estadounidense enfocado al estudio de epilepsias en edad pediátrica. Es autora de más de 170 artículos científicos relacionados a epilepsia en el paciente pediátrico. Sus principales líneas de investigación son epilepsias de inicio precoz y encefalopatías epilépticas (incluyendo Síndrome de West, Síndrome de Dravet, Epilepsia mioclónico-atónica, Síndrome de Lennox-Gastaut y Espiga-onda continua del sueño lento) y manejo de epilepsias refractarias (incluyendo factores predictores de farmacoresistencia, dieta cetogénica y cirugía de epilepsias).



Edmar Zanoteli

Neurólogo y Doctor en Ciencias de la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil. Postdoctorado en el *Tumor Cell Biology Department* del *St. Jude Children's Hospital* de Memphis, Tennessee, Estados Unidos. Es Profesor Asociado del Departamento de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, especialista en Enfermedades Neuromusculares. Sus investigaciones y publicaciones se centran en los mecanismos genético-moleculares de ese vasto grupo de enfermedades, como asimismo su aplicabilidad clínica y terapéutica; es autor de decenas de artículos al respecto en revistas de alto impacto. Sus principales líneas de investigación son precisamente genética-molecular en miopatías congénitas y distrofias musculares, mecanismos de miopatías autoinmunes, mecanismos de atrofia muscular y atrofia muscular espinal.



Francisco Aboitiz

Biólogo egresado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile, Doctor en Neurociencias de la Universidad de California Los Angeles (UCLA), Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile; en esta última ejerce como Jefe del Laboratorio de Neurociencia Cognitiva y lidera el Programa Interdisciplinario de Doctorado en Neurociencias. Destacado mundialmente como experto en Neurobiología Evolutiva, especialmente del lenguaje, ha plasmado su investigación en este campo en su recientemente publicado libro “*A brain for speech*”. Otro de sus focos de investigación son las bases neurobiológicas de los trastornos del neurodesarrollo, en especial el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, por lo que ha sido recurrente invitado a Congresos de SOPNIA. Es autor de decenas de publicaciones en revistas de alto impacto y capítulos de libros. Se le reconoce como maestro de una importante generación de neurocientíficos jóvenes de nuestro país.



Benito Baranda

Psicólogo egresado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster en Ciencias del Matrimonio y la Familia de la Pontificia Universidad Lateranense de Roma y Doctor en Sociología, con Mención en Exclusión Social, de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Junto a su esposa, trabajó por 30 años en el Hogar de Cristo, realizando múltiples funciones orientadas a los niños (voluntario, encargado de hospederías, psicólogo en hogares y centros abiertos, director de centro comunitario), hasta llegar a ser su Director Social, cargo que ejerció por 20 años, hasta 2011. Ha formado parte de numerosas instancias de generación de políticas públicas en servicio de los más pobres y marginados de nuestro país, como asimismo en asuntos indígenas, políticas de infancia, programas educacionales y participación de la sociedad civil. Es socio fundador de la organización América Solidaria, que actualmente preside internacionalmente. Ha consagrado su vida a la lucha por la erradicación de la pobreza en toda su complejidad.



Invitados Nacionales Conferencias Plenarias

Ricardo García

Médico Psiquiatra de niños y adolescentes, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (UCH), Jefe de la Unidad de Psiquiatría infantil y adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria-UCH, donde lidera el Programa de Trastornos del Espectro Autista, es además Psiquiatra infanto-juvenil de Clínica Las Condes. Fue Presidente de SOPNIA en el bienio 1999-2000, Editor en Jefe de la Revista SOPNIA entre 2010 y 2014 y actualmente past-editor. Es el Coordinador chileno de la “Red Espectro Autista Latinoamericana” (REAL) y Presidente del Comité de Psiquiatría del niño y el adolescente de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Destacan entre sus temáticas de investigación Epidemiología en Salud Mental, hijos de padres con Trastornos del ánimo y Espectro Autista. Se le reconoce como formador de varias generaciones de Psiquiatras infanto-juveniles de nuestro país.



Isabel López

Médico titulada en la Universidad de Chile (UCH), especialista en Neurología Pediátrica formada en el Hospital San Borja Arriarán (HSBA)-UCH, hizo especializaciones en Neurodesarrollo y en Enfermedades Metabólicas y Genéticas en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la UCH (INTA), reconoce entre sus maestros a los doctores Ledia Troncoso y Fernando Novoa en HSBA y Marta Colombo, José Miguel Celedón e Yves Lacassie en el INTA. Participante activa de SOPNIA, fue miembro del Directorio, organizadora de Congresos anuales y Presidenta de la Sociedad en el bienio 2005-2006. Sus principales adscripciones a lo largo de su carrera han sido el Servicio de Neuropsiquiatría del HSBA-Campus Centro UCH, INTA y Clínica Las Condes, donde es actualmente la Jefe del Departamento de Neurología Pediátrica. Participa además en el Programa de Trastornos del Espectro Autista (TEA) de la Clínica Psiquiátrica Universitaria-UCH y es docente del Diplomado en TEA-UCH.



Dra. Marcela Álvarez
Dr. Pablo Billeke
Dr. Pablo Brockmann
Dr. Francisco Bustamante
Dra. Claudia Capella
Dr. Gabriel Gatica
Dra. Carolina Inostroza
Dra. Karin Kleinsteuber
Dra. Mariana Krause
Dr. Alejandro Maturana
Dra. María Loreto Martínez
Dr. Juan Andrés Mosca
Dra. Claudia Quezada
Dra. Flor Quiroga
Dra. Tamara Rivera
Dra. Cecilia Ruiz
Dra. Pía Santelices
Dra. Gabriela Sepúlveda
Dra. Yaireset Soto
Dra. Mónica Troncoso
Dr. Pablo Vergara
Dra. Daniela Zuñiga

Invitados Nacionales

Grupo de estudios de Trastornos del Desarrollo SOPNIA:

Dra. Ximena Carrasco

Dr. Jorge Förster

Dr. Gabriel Gatica

Dra. Tamara Rivera

A. SIMPOSIOS NEUROLOGÍA

1. **Simposio Laboratorio BIOMARIN**

Expositor Invitado: Nicola Specchio
Salón Araucanía

2. **Simposio “Epilepsia” (In memoriam Dr. Marcelo Devilat)**

Coordinan: Dra. Viviana Venegas y Dra. Carolina Alvarez
Salón Araucanía

3. **Simposio Neurología del Paciente Crítico**

Coordinan: Dr. Felipe Castro y Dra. Paola Santander
Salón Araucanía

4. **Simposio Taller “Semiología de Movimientos Anormales”**

Coordina: Dra. Paola Santander
Salón Araucanía

5. **Simposio Laboratorio Biotoscana**

Coordina: Equipo de Neurología, Hospital San Borja Arriarán.
Salón Araucanía

6. **Simposio Trastornos del Sueño**

Coordina: Dra. Paola León
Salón Araucanía

7. **Simposio Enfermedades Neuromusculares**

Coordina: Dr. Ricardo Erazo
Salón Lonquimay

8. **Simposio Casos Clínicos de Difícil Diagnóstico de Centros Formadores en Neurología Pediátrica.**

Coordinan: Dra. Carolina Heresi, Bárbara Oliva y Carla Manterola
Salón Araucanía

B. SIMPOSIOS PSIQUIATRÍA

1. **Simposio Psicoterapia y construcción de identidad personal en la adolescencia**

Coordinan: Ps. Claudia Capella y Dra. Valeria Astete
Salón Lonquimay

2. **Simposio La prevención del suicidio es posible: Experiencias exitosas**

Coordinan: Dra. Carla Bastidas y Dr. Daniel Silva
Salón Llaima

Directores de Actividades Psiquiatría y Neurología

- 3. Simposio Investigación en Psicoterapia**
Coordinan: Dra. Vania Martínez y Dra. Carolina Hernández.
Salón Lonquimay
- 4. Simposio Actualización de Práctica Clínica en Psiquiatría Infanto-Juvenil: Un Compromiso de Norte a Sur.**
Coordinan: Dr. Miguel Medel y Dra. Margarita Cortez.
Salón Llaima
- 5. Simposio Psicopatía en la Niñez y la Adolescencia**
Coordinan: Dra. Marcela Concha y Dra. Massiel Fonseca
Salón Tolhuaca
- 6. Simposio Salud Mental y Redes Sociales: Nuevas Tecnologías y Desarrollo Adolescente.**
Coordinan: Dr. Alejandro Maturana y Dr. Pablo Espoz
Modera Dra. Adriana Gutiérrez
Salón Llaima
- 7.- Simposio Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades en Psiquiatría Infantil.**
Coordinan: Dr. Matías Irrarázaval y Dra. Carla Morales
Salón Lonquimay
- 8. Simposio Trayectoria en Trastornos Psiquiátricos Severos**
Coordinan: Dra. Carla Inzunza y Dr. Cristóbal Carrasco.
Salón Llaima

C. ACTIVIDADES PLENARIAS (PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA)

- 1. Plenario: Adversidad Psicosocial y Neurodesarrollo**
Coordina: Grupo GEPPIA, Dra. Joanna Bórax.
Expositores: Dr. Bruno Falissard, Ps. Benito Baranda, Dr. Edmund Sonuga-Barke.
Salón Plenario Araucanía-Lonquimay
- 2. Plenario: Simposio Laboratorio Chile**
Coordina: Dra. Ximena Carrasco
Expositor: Dr. Pedro Paz Alonso
Salón Araucanía
- 3. Plenario: Simposio Actualización en Autismo**
Coordinan: Dra. Claudia Herrera y Dr. Jorge Förster
Expositores: Dr. Ricardo García, Dra. Isabel López, Dra. Alexia Ratazzi.
Salón Plenario Araucanía- Lonquimay

Directores de Actividades Psiquiatría y Neurología

4. Plenario : Simposio Charlas Seleccionadas

Coordinan: Dr. Mario Valdivia, Dr. Juan Moya y Dra. Ximena Carrasco.

Expositores: Dr. Edmund Sonuga-Barke, Dr. Jonathan Mink, Dr. Francisco Aboitiz.

Salón Plenario Araucanía-Lonquimay

D. CASOS CLÍNICOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE CENTROS FORMADORES EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

Coordinan: Dra. Carolina Heresi, Dra. Carla Manterola y Dra. Bárbara Oliva
Salón Araucanía

E. TRABAJOS LIBRES Y COMUNICACIONES ORALES

Trabajos Libres Psiquiatría

Coordinador General: Dr. Mario Valdivia

Sala 1 :Salón Antuco

Coordinan Dra. Carolina Obreque y Dra. Daniela Peña

Sala 2 : Salón Lanín

Coordinan Dra. Vania Martínez y Dra. Paulina Briones

Sala 3 : Salón Tolhuaca

Coordinan Dr. Miguel Medel y Dra. Francisca Corvalán

Comunicaciones Orales Plataformas Psiquiatría

Coordinan: Dr. Mario Valdivia y Dra. Marcela Concha.
Salón Lonquimay

Jurado Comunicaciones Orales en Plataforma Psiquiatría

Presidenta: Dra. Mar Faya (Hospital del Niño Jesús, Madrid)

Dra. Alicia Espinoza (Universidad Católica del Norte)

Dra. Patricia González (SOPNIA)

Dr. Wladimir Hermosilla (UCSC)

Dra. Carla Inzunza (PUC)

Dra. Alessandra Lubiano (U de Chile.)

Dra. Carolina Obreque (U. de Concepción)

Dr. Juan Salinas (USACH/Barros Luco)

Dra. Christianne Zulic (UFRO)

Trabajos Libres Neurología

Sala 1: Salón Araucanía

Coordina Dra. Eliana Jeldres

Sala 2: Salón Loquimay

Coordina Dra. Carolina Heresi

Sala 3 : Salón Llama

Coordina Dra. Bárbara Oliva

Directores de Actividades Psiquiatría y Neurología

Sala 4 : Salón Il Nono

Coordina: Dra. Carla Manterola

Comunicaciones Orales en Plataforma Neurología

Coordina: Dr. Juan Moya.

Jurado de Trabajos Plataformas Neurología

Dra. Claudia Amarales

Dra. Ximena Carrasco

Dr. Jorge Förster

Dr. Juan Enrique González

Dr. Pedro Paz Alonso

Dra. Ximena Varela

Dra. Scarlett Witting

F. DIRECTORES CURSO PRE-CONGRESO:

Dr. Gianni Rivera

Dr. Alvaro Retamales

G. OTRAS ACTIVIDADES

Diálogos sobre Psiquiatría- Infanto Juvenil: Encuentro entre residentes y expertos invitados.

Coordinan: Dr. Mario Valdivia y AREPIA (Agrupación de residentes Psiquiatría Infantil)

Salón Lonquimay

III. Encuentro de Sociedades de Neurología Infantil del Cono Sur

Coordina Dra. Viviana Venegas , Directorio de SOPNIA

Salón Araucanía

Encuentro Privado Directivas de Sociedades del Cono Sur

Salón Antuco.

ESTRUCTURA DEL CONGRESO

El Congreso está compuesto de Simposios temáticos de Neurología y de Psiquiatría, que a su vez constan de conferencias, presentaciones de casos y mesas redondas de discusión abierta; simposios plenarios (última actividad de cada tarde), son aquellos de mutuo interés y convocatoria a Neuropediatras y Psiquiatras infanto-juveniles. Este año habrá un taller de Neurología (actividad de orientación práctica de videos de semiología de movimientos anormales). Para los residentes de Psiquiatría se organizó una sesión de encuentro con invitados extranjeros de Psiquiatría y para los residentes de todos los centros formadores Neurología Pediátrica, un simposio sobre casos de difícil diagnóstico. Se harán presentaciones orales de todos los trabajos libres seleccionados, teniendo los mejores trabajos, candidatos a premiación, presentaciones de mayor duración (sección Plataformas). Se realizan además encuentros sociales (cocktail inaugural, sesión de karaoke y cena de clausura) y un encuentro con el arte, gracias a la Expo-Arte SOPNIA.

SESIONES DE TRABAJOS LIBRES

Los trabajos libres se presentarán en formato de diapositivas (power point). Las presentaciones de trabajos libres de serán de 5 minutos para la presentación y 1 de preguntas, con un máximo de 5 diapositivas por presentación.

Los trabajos mejor calificados por las comisiones revisoras de Neurología y Psiquiatría, se presentarán en sesión plenaria modalidad Comunicación Oral. Tanto en Neurología como Psiquiatría contarán con 8 minutos de presentación y 2 minutos de preguntas, con número de diapositivas que debe ajustarse a los tiempos. En cada sala existirá un jurado que seleccionará a los trabajos mejor calificados.

PREMIOS

El jurado de cada especialidad otorgará un primer, segundo y tercer premio de Neurología y de 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.

Informaciones Generales

SEDE DEL CONGRESO

El congreso tendrá lugar en los salones del Gran Hotel Pucón-Enjoy, en Pucón. Se contará con un total de 7 salones para el desarrollo del programa, los que están debidamente señalados 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 una bolsa ecológica que contendrá el programa de actividades. Recibirá además una credencial que deberá ser usada permanentemente durante el desarrollo del Congreso; no se permitirá el ingreso a ninguna actividad sin este elemento. No corresponde la entrega de material a los/as acompañantes.

ACTIVIDADES SOCIALES

Miércoles 15 de Noviembre 21:00 hrs.

COKTAIL INAUGURAL

Salón Il Nono y Terraza del Hotel

Jueves 16 de Noviembre 20:30-22:30 hrs.

KARAOKE

Bar del Hotel (“Jokers”)

Viernes 17 de noviembre 13:00 a 15:00 hrs.

REUNIÓN ANUAL SOCIOS SOPNIA

Salón Araucanía

Viernes 17 de noviembre 22:00 hrs.

CENA DE GALA Y PREMIACIÓN

Salón Plenario Araucanía/Lonquimay/Coñaripe

CERTIFICACIÓN

Todos los Certificados de este Congreso, tanto los de asistencia como los de presentación de Trabajos Libres y los de reconocimiento a los colaboradores de diversas instancias, serán emitidos por vía electrónica en un plazo de 1 semana luego del término del Congreso. No se darán Certificados físicos, salvo a los expositores de Conferencias y a los Trabajos Libres premiados.

Valga señalar que para presentar trabajos libres, obligadamente el relator deberá haber cancelado la inscripción al Congreso, previo a su aceptación y publicación en libro de resúmenes.

Certificados físicos o ayuda respecto a cualquier problema en relación con el Congreso se podrá obtener en Secretaría de SOPNIA.

SECRETARÍA DE SOPNIA

Sra Karen Molina

Esmeralda 678 2º Piso interior – Santiago

Fono: +56 (2) 2632 0884

E-mail: sopnia@tie.cl / sopnia@sopnia.com

Página web: www.sopnia.com

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

CURSO PRECONGRESO

“Aportes de la Neuropsiquiatría a problemas frecuentes en niños en edad escolar”

Fecha: Miércoles 15 de Noviembre 2017

Lugar: Aula Magna, Facultad de Medicina - Universidad de La Frontera (UFRO), Av. Manuel Montt 112, Temuco.

Dirigido a Profesionales relacionados con Neurodesarrollo y Salud Mental Infanto-Juvenil (Psicólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Profesores, Educadores diferenciales, Psicopedagogos., Médicos pediatras, neuropediatras, psiquiatras infanto-juveniles) y a Estudiantes de estas disciplinas.

Organizan: Dr. Gianni Rivera y Dr. Alvaro Retamales, Neuropediatras

Auspicia: Laboratorio Andrómaco & Departamento de Pediatría –UFRO.

	PROGRAMA
08:00-08:50	Inscripciones
08:50-09:00	Inauguración
09:00-09:45	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la edad escolar. Dra. Ximena Carrasco: Neuróloga Infantil y de la Adolescencia
09:45-10:15	Trastornos del desarrollo de la coordinación motora. Dr. Jorge Förster Pediatra, Neurólogo Infantil y de la Adolescencia
10:15- 10:45	Familia y Neuro-desarrollo. Dra. Tamara Rivera. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
10:45-11:15	Receso
11:15-12:00	Trastornos del lenguaje y la comunicación. Dr. Jorge Förster Pediatra, Neurólogo Infantil y de la Adolescencia
12:00-12:30	Dificultades sociales: “El niño que no tiene amigos”, “Diagnóstico diferencial en el torno del espectro autista”. Dr. Gabriel Gatica. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
12:30-13:00	Mesa Redonda.
13:00-13:30	Cierre y entrega de Certificados de Asistencia

DIA 1: MIERCOLES 15 DE NOVIEMBRE - TARDE

Horario	NEUROLOGÍA	PSIQUIATRÍA
15:30 -18:00	<p>III Encuentro de Sociedades de Neurología Infantil del Cono Sur. Coordinan: Directorio SOPNIA Dra. Viviana Venegas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conferencia Uruguay - Conferencia Argentina - Conferencia Brasil - Conferencia Perú - Conferencia Chile - Mesa Redonda 	<p>Diálogos sobre Psiquiatría Infanto-juvenil: Encuentro entre residentes y expertos invitados. Coordinan: Dr. Mario Valdivia y AREPIA (Agrupación de Residentes Psiquiatría Infantil).</p>
	<p>17:30 - 18:15 hrs. Encuentro privado directivas Cono Sur.</p> <p>Salón Antuco</p>	<p>Salón Lonquimay</p>
18:30 - 20:45	<p style="text-align: center;">INAUGURACIÓN DEL CONGRESO Dra. Ximena Carrasco Ch., Presidenta XXXV Congreso SOPNIA Dra. Patricia González M., Presidenta de SOPNIA</p> <p style="text-align: center;">SIMPOSIO PLENARIO NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA 1: “ADVERSIDAD PSICOSOCIAL Y NEURODESARROLLO” Coordina: Grupo de estudio de políticas públicas de infancia y adolescencia (GEPPIA) - Dra. Joanna Bórax</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Bruno Falissard: “The challenges of child & adolescent mental health in the 21st century: From public policies to neurosciences” - Ps. Benito Baranda: “Pobreza infantil en Chile y América Latina: privación de libertad y felicidad” - Dr. Edmund Sonuga-Barke: “The long-term effects of extreme institutional deprivation: Lessons from the English & Romanian Adoptees young adult follow-up.” - Mesa Redonda (Invitado especial Dr. Juan Andrés Mosca) <p>Salón Plenario (Araucanía-Lonquimay)</p>	
21:00	<p style="text-align: center;">COCKTAIL DE INAUGURACIÓN Salón II Nono y terraza del hotel</p>	

Programa XXXV Congreso SOPNIA

DIA 2: JUEVES 16 DE NOVIEMBRE – MAÑANA

	NEUROLOGÍA	PSIQUIATRÍA	
07:30 - 08:15	<p>SIMPOSIO DESAYUNO LABORATORIO BIOMARÍN: Dr. Nicola Specchio: <i>“New horizons in the treatment of neurodegenerative diseases: lipofuscinosis as a paradigm”</i></p> <p>Salón Araucanía</p>		
08:30 – 10:30	<p>SIMPOSIO “EPILEPSIA” (In memoriam Dr. Marcelo Devilat) Coordinan: Dra. Viviana Venegas y Dra. Carolina Álvarez</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Federico Vigevano: <i>“Diagnostic and therapeutic approaches in Early Onset Epileptic Encephalopathies (EOEE)”</i> - Dra. Elaine Wirrell: <i>“Refractory Epileptic Spasms, a challenge in diagnosis and therapy”</i> - Dr. Federico Vigevano: <i>“Atypical Evolutions in Focal Epilepsy”</i> - Dra. Elaine Wirrell: <i>“Predicting Outcome in Pediatric Epilepsies”</i> - Dr. Nicola Specchio: <i>“Long term outcome in epileptic encephalopathies”</i> - Mesa redonda <p>Salón Araucanía</p>	<p>SIMPOSIO “PSICOTERAPIA Y CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD PERSONAL EN LA ADOLESCENCIA”.</p> <p>Coordinan: Ps. Claudia Capella y Dra. Valeria Astete (U. de Valpo.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dra. Pamela Foelsch: <i>“Adolescent Identity treatment”.</i> - Dra. Gabriela Sepúlveda: “Identidad personal y psicoterapia evolutiva con adolescentes”. - Ps. Flor Quiroga: “Identidad personal en adolescentes: aspectos evolutivos”. <p>Salón Lonquimay</p>	<p>SIMPOSIO “LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ES POSIBLE: EXPERIENCIAS EXITOSAS”</p> <p>Coordinan: Dra. Carla Bastidas y Dr. Daniel Silva (U. de C.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ps. Carolina Inostroza: “Intervenciones en la Prevención de la conducta suicida”. - Dra. Claudia Quezada: “Programa de prevención del suicidio adolescente: La Alegría de Vivir”. - Dr. Francisco Bustamante: “Proyecto RADAR Aysén de prevención de la conducta suicida adolescente”. <p>Salón Llaima</p>
10:30- 11:00	COFFEE-BREAK		

<p>11:00 – 13:00</p>	<p>SIMPOSIO NEURO 2: “NEUROLOGÍA DEL PACIENTE CRÍTICO”.</p> <p>Coordinan: Dr. Felipe Castro y Dra. Paola Santander</p> <p>-Dra. Elaine Wirrell: “<i>New treatments on epileptic super-refractory status, including FIRES</i>”</p> <p>-Dra. Karin Kleinstueber: “Abordaje terapéutico en parálisis flácida aguda”</p> <p>-Dr. Jonathan Mink: “<i>Therapeutic approach of the Status Dystonicus</i>”.</p> <p>Salón Araucanía</p>	<p>SIMPOSIO “INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA”</p> <p>Coordinan: Dra. Vania Martínez y Dra. Carolina Hernández (USACH / HFB)</p> <p>-Dr. Bruno Falissard: “<i>How psychotherapies should be evaluated?</i>”</p> <p>-Dra. Mariane Krause: “¿Cómo investigar en psicoterapia?”</p> <p>-Ps. Claudia Capella: “¿Cómo incorporar las miradas de niños/as y adolescentes en la investigación en psicoterapia?”</p> <p>Salón Lonquimay</p>	<p>SIMPOSIO “ACTUALIZACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: UN COMPROMISO DE NORTE A SUR”</p> <p>Coordinan: Dr. Miguel Medel y Dra. Margarita Cortez (UCSC)</p> <p>-Dra. Yairet Soto: “Prácticas clínicas desde el programa de formación en Psiquiatría Infanto-Juvenil”</p> <p>-Dra. Marcela Álvarez: “Trastorno del Espectro Autista: experiencia clínica multidisciplinaria”</p> <p>-Dr. Gabriel Gatica: “Perspectivas de una red pública de salud mental infantil y adolescente con enfoque comunitario”</p> <p>Salón Llaima</p>
----------------------	--	---	--

Programa XXXV Congreso SOPNIA

DIA 2: JUEVES 16 DE NOVIEMBRE – TARDE

	NEUROLOGÍA B				PSIQUIATRÍA		
13:15 – 14:15	<p align="center">SIMPOSIO ALMUERZO LABORATORIO CHILE Coordinadora: Dra. Ximena Carrasco Dr. Pedro Paz Alonso, PhD: “Bases neurobiológicas del desarrollo de funciones cerebrales superiores” Salón Araucanía</p>						
14:30 – 16:15	TL NEURO	TL NEURO	TL NEURO	TL NEURO			
	Dra. Eliana Jeldres Salón Araucanía	Dra. Carolina Heresi Salón Lonquimay	Dra. Bárbara Oliva Salón Llaima	Dra. Carla Manterola Salón Il Nono	TL PSIQ (15 a 17 hrs.) Dra. Carolina Obreque y Dra. Daniela Peña Salón Antuco	TL PSIQ (15 a 17 hrs.) Dra. Vania Martínez y Dra. Paulina Briones Salón Lanín	TL PSIQ (15 a 17 hrs.) Dr. Miguel Medel y Dra. Francisca Corvalán Salón Tolhuaca
16:15 – 17:15	<p>SIMPOSIO TALLER “SEMILOGIA DE MOVIMIENTOS ANORMALES” Coordinadora: Dra. Paola Santander Dra. Mónica Troncoso y Dr. Jonathan Mink Salón Araucanía</p>						
17:15 – 17:45	COFFEE – BREAK						
18:30 – 19:15	<p>Primicia: Dr. Juan Francisco Cabello: “Presentación del Programa Piloto de Pesquisa Neonatal Ampliada, MINSAL, 2017”</p> <p align="center">SIMPOSIO PLENARIO NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA 2: “Actualización en Autismo” Coordinan: Grupo de Estudio de Trastornos del Desarrollo, Dra. Claudia Herrera y Dr. Jorge Förster</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Ricardo García: “Espectro Autista: de la Psiquiatría a la Salud Pública. - Dra. Isabel López: “Dilemas en la evaluación Clínica del Espectro Autista: ¿Qué, Cómo, cuánto y para qué?” - Dra. Alexia Ratazzi: “Rol de los padres en la intervención de niños con Trastorno del Espectro Autista”. - Mesa Redonda <p align="center">Salón Plenario (Araucanía-Lonquimay)</p>						
20:30 - 22:30	<p>ACTIVIDAD RECREATIVA – CULTURAL KARAOKE Bar Jokers (Gran Hotel Pucón-Enjoy)</p>						

Programa XXXV Congreso SOPNIA

DIA 3: VIERNES 17 DE NOVIEMBRE - MAÑANA

Horario	NEUROLOGÍA		PSIQUIATRÍA	
7:30 – 8:15	SIMPOSIO DESAYUNO LAB. BIOTOSCANA: Terapia específica para Enfermedad de Niemann-Pick tipo C: Casos Clínicos <i>Coordina: Equipo de Neurología-Hospital San Borja Arriarán.</i> Salón Araucanía			
8:30-10:30	TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS NEUROLOGÍA <i>Coordina: Dr. Juan Moya</i> Salón Araucanía		TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PSIQUIATRÍA <i>Coordinan: Dr. Mario Valdivia y Dra. Marcela Concha</i> Salón Lonquimay	
10:30 – 11:00	COFFE-BREAK			
11:00 – 13:00	SIMPOSIO “TRASTORNOS DEL SUEÑO” <i>Coordinan: Grupo de estudio de sueño - Dra. Paola León</i> - Dr. Giuseppe Plazzi: “Narcolepsy and hypersomnia” - Dr. Pablo Brockmann: “Sueño en niños con necesidades especiales” - Dr. Giuseppe Plazzi: “Melatonin and immunity” - Casos clínicos / Mesa redonda Salón Araucanía	SIMPOSIO “ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES” <i>Coordinan: Grupo de estudio de Enfermedades NM. - Dr. Ricardo Erazo</i> - Dr. Edmar Zanoteli: “Emerging treatments for Duchenne Muscular Dystrophy”. - Caso Clínico - Dr. Edmar Zanoteli: “Advances in Congenital Myopathies”. - Caso Clínico - Dr. Edmar Zanoteli: “Emerging therapies for Spinal Muscular Atrophy”. Salón Lonquimay	SIMPOSIO “TRAYECTORIA EN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS: PSICOPATÍA EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA” <i>Coordinan: Dra. Marcela Concha y Dra. Massiel Fonseca (U. de C.)</i> -Dr. Pablo Billeke: “Mecanismos neurales de nuestra conducta social y antisocial”. -Ps. Daniela Zúñiga: “Evidencias, dilemas y enigmas en la evolución de características psicopáticas en adolescentes chilenos”. -Ps. María Loreto Martínez: “El comportamiento antisocial desde la perspectiva socioemocional del niño y el adolescente”. Salón Antuco	SIMPOSIO “SALUD MENTAL Y REDES SOCIALES: NUEVAS TECNOLOGÍAS Y DESARROLLO ADOLESCENTE” <i>Coordinan: Dr. Alejandro Maturana y Dr. Pablo Espoz (USACH/HBLT)</i> Modera: Dra. Adriana Gutiérrez -Dr. Alejandro Maturana: “Construcción de la identidad adolescente y ciberespacio” -Dra. Tamara Rivera: “Incorporación de las nuevas tecnologías en el ámbito familiar” -Dr. Daniel Spritzer: “Conductas de riesgo y psicopatología asociada al abuso de las nuevas tecnologías” Salón Llaima

Programa XXXV Congreso SOPNIA

DIA 3: VIERNES 17 DE NOVIEMBRE - TARDE

13:00 – 15:00	ASAMBLEA ANUAL DIRECTORIO SOPNIA HOMENAJE PÓSTUMO A DR. MARCELO DEVILAT BARROS Salón Llaima		
	NEUROLOGÍA	PSIQUIATRÍA	
15:00 – 17:00	SIMPOSIO “CASOS CLÍNICOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE CENTROS FORMADORES EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA” Coordinan: Dras. Carolina Heresi, Bárbara Oliva y Carla Manterola - Universidad de Valparaíso – Hospital Van Buren - Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriarán - Pontificia Universidad Católica de Chile – Hospital Clínico UC - Universidad de Chile - Hospital de Niños Roberto del Río - Universidad de Santiago – Hospital Exequiel González Cortés - Universidad de Chile - Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna Salón Araucanía	SIMPOSIO “PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN PSIQUIATRÍA INFANTIL” Coordinan: Dr. Matías Irrázaval y Dra. Carla Morales (U. de Chile / CPsU) - Ps. Pablo Vergara: “Entrenamiento de habilidades parentales en el contexto de conductas externalizantes en niños y niñas.” - Ps. Pia Santelices: “Depresión, apego y mentalización parental” - Dra. Joan Luby: “ <i>Early prevention in mental health</i> ” Salón Lonquimay	SIMPOSIO “TRAYECTORIA EN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS” Coordinan: Dra. Carla Inzunza y Dr. Cristóbal Carrasco (PUC) - Dra. Cecilia Ruiz: “Trastorno Bipolar: una mirada evolutiva” - Dra. Marcela Alvarez Camilo: “Trayectoria en Trastornos del Espectro Autista” - Dra. María del Mar Faya: “Trayectorias evolutivas en Trastornos de la Conducta Alimentaria” Salón Llaima
17:00 – 17:30	COFFE-BREAK		
17:30 – 19:30	SIMPOSIO PLENARIO NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA 3: “Charlas seleccionadas” Coordinan: Dr. Mario Valdivia, Dr. Juan Moya, Dra. Ximena Carrasco – Dr. Edmund Sonuga-Barke: “ <i>A developmental perspective on ADHD – genes, environments, brains and “I”</i> ” – Dr. Jonathan Mink: “ <i>Psychogenic movement disorders and the neurobiology of conversion disorder</i> ” – – Dr. Francisco Aboitiz: “Un cerebro para el lenguaje” – Palabras de cierre: Equipo organizador Salón Plenario (Araucanía-Lonquimay)		
22:00	CENA DE CLAUSURA ENTREGA PREMIO “RICARDO OLEA” – PSIQUIATRÍA Salón Plenario Araucanía-Lonquimay		

REVISTA SOPNIA**COMITÉ EDITORIAL REVISTA****Dr. Tomás Mesa L.****Editor General**

Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Matías 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**

Universidad de Concepcion

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.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Flora de la Barra M.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Karin Kleinsteuber S.	Universidad de Chile, Clínica Las Condes
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago, USACH
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	Universidad de Chile / Santiago
Dra. Mónica Troncoso Sch.	Hospital San Borja Arriarán, Santiago

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Neurología

Dr. Jaime Campos

Dra. Patricia Campos

Dra. Lilian Czornyj

Dr. Philip Evrard

Dr. Agustín Legido

Dr. Jorge Malagón

Dr. Joaquín Peña

Hosp. Clínico. de San Carlos, Madrid, España

Universidad de Cayetano Heredia, Perú

Hospital de Niños, Garrahan, Argentina

Clinique Saint-Joseph, Francia

Universidad de Philadelphia, U.S.A.

Academia Mexicana de Neurología, México

Hospital Clínico la Trinidad, Venezuela

Psiquiatría

Dra. Susan Bradley

Dr. Pablo Davanzo

Dr. Gonzalo Morandé

Dr. Francisco de la Peña

Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto, Canadá.

Univ. De California UCLA, U.S.A.

Hospital Niño Jesús, España

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad de Columbia, U.S.A.

TRABAJOS LIBRES DE PSIQUIATRIA PARA SALA COMUN (TLP09-50)

Jueves 16 de noviembre 15:00-17:00
Salones Antuco, Lanín y Tolhuaca

SALA 1 (TLP09-TLP22) Salón Antuco

TLP09

PERFILES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CONSULTANTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Macarena Pi Davanzo
 mpidavanzo@hcuch.cl

Clínica Psiquiátrica Universitaria.
 Hospital Clínico Universidad de Chile.
 Macarena Pi Davanzo (1), Marcela Larraquibel (2), Consuelo Aldunate (3), Rodrigo Rojas (4)

1. Psicóloga, Profesora Adjunta Clínica Psiquiátrica Universitaria.
2. Psiquiatra Infancia y adolescencia, Profesora Asociada Clínica Psiquiátrica Universitaria.
3. Médico residente de Psiquiatría Infanto Juvenil. Profesora Adjunta Clínica Psiquiátrica Universitaria.
4. Psicólogo. Profesor asociado Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Introducción: En poblaciones adultas se ha observado asociación entre TDAH y trastornos de personalidad.

Objetivo: Describir perfiles de personalidad en adolescentes chilenos consultantes diagnosticados con TDAH.

Método: Diseño no experimental, comparativo, muestra intencionada. 61 adolescentes (13 - 19 años) respondieron al inventario de personalidad

MACI. Los resultados fueron comparados con parámetros poblacionales de adolescentes no consultantes y consultantes chilenos. Psiquiatras tratantes completaron ficha de registro (comorbilidad, tratamiento farmacológico y determinantes asociados a salud mental). Se utilizaron estadísticos multivariados de aglomeración y análisis de diferencias de medias. Aprobado por comité de ética Universidad de Chile.

Resultados: los adolescentes con TDAH se diferencian significativamente en algunos rasgos de personalidad con los parámetros poblacionales. El perfil de las mujeres es más parecido al grupo no consultante y los hombres, al consultante. El análisis de clúster identificó dos subperfiles de personalidad. El 25% de los sujetos con TDAH pertenece al clúster 1, que presenta puntajes más altos que la población consultante para diferentes rasgos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos. Sólo la presencia de comorbilidad en hombres influyó en la pertenencia a un determinado clúster, sin encontrarse diferencia en los grupos de hombres y mujeres según el tipo de TDAH, uso de fármacos, experiencias adversas tempranas (ACEs), tipo de colegio, repitencia escolar y en el caso de las mujeres; diagnósticos comórbidos.

Discusión: en la muestra de adolescentes consultantes con TDAH estudiada el 25% tiene características desadaptativas de personalidad. El MACI podría ser útil en la detección de estos pacientes que probablemente requieran estudios de seguimiento e intervenciones específicas.

Palabras Claves: Trastorno de Déficit

Trabajos de Psiquiatría

Atencional con Hiperactividad, Personalidad, Adolescentes, Comorbilidad.

TLP10

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VOLANTIN PARA DESARROLLO DE LA RESILIENCIA, CONSISTENCIA ENTRE OBJETIVOS Y APRENDIZAJE

Constanza Balart

constanzabalart@gmail.com

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Balart C(1)., Gutiérrez C(1)., Halpern M(2)., Montt M(3).

1. Médico cirujano, Residente 3° año Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
2. Psiquiatra del Niño y del Adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
3. Psicóloga Clínica del niño y del Adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Introducción: Resiliencia es la superación de la adversidad. Potenciarla disminuiría el riesgo de psicopatología. El programa de promoción de resiliencia “VOLANTIN” ha sido implementado desde hace 5 años. Para perfeccionar el programa, es fundamental evaluar aprendizaje reportado por niños y compararlo con objetivos de sesiones.

Objetivos: comparar respuestas de cada sesión de población intervenida con objetivos planteados por manual VOLANTIN.

Metodología: estudio descriptivo, metodología mixta. Se evaluaron 42 niños de 4° básico del colegio Santa Teresita, Independencia, entre 9 y 11 años, entre agosto y noviembre 2016. Al término de cada sesión se aplicó un cuestiona-

rio preguntando por lo aprendido. Se analizaron con validación intersubjetiva objetivos de cada sesión y contenidos de las respuestas, categorizándolos y comparándolos según dimensiones de resiliencia. VOLANTIN cuenta con aprobación por comité de ética, consentimiento y asentimiento.

Resultados: Promedio de edad 9,3 años y asistencia 90,2%. Las respuestas y los objetivos coinciden en 62,5%, variando entre 35,8% y 88,8%. Niñas coinciden 69,9% y niños 49,6%, con mayor porcentaje en mujeres. Hubo respuestas que no coincidían con los objetivos de la sesión pero que categorizan dentro de otros objetivos del programa y dimensiones de resiliencia.

Discusión: Hubo concordancia de 62,5% entre respuestas de niños y objetivos por sesión, mayor en sexo femenino. La mayoría de respuestas discordantes correspondían a otras dimensiones de resiliencia.

La validación intersubjetiva puede limitar el resultado del estudio. Muestra elegida por conveniencia, no siendo extrapolables los resultados. Es una primera aproximación para mejorar VOLANTIN.

TLP11

“EFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL “VOLANTÍN” EN LA RESILIENCIA, AUTOESTIMA, SINTOMATOLOGÍA ANÍMICA Y ANSIOSA EN ESCOLARES DE 8-12 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS EMOCIONALES”.

Melanie Hachim Fulgeri

mhachimfulgeri@gmail.com

Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile

Hachim M.(1), Larraguibel M.(2), Hal-

pern M.(3), Montt M.E.(4)

1. Médico cirujano, Residente tercer año Psiquiatría infanto-juvenil.
2. Médico cirujano, Psiquiatra infanto-juvenil.
3. Médico cirujano, Psiquiatra infanto-juvenil.
4. Psicóloga clínica infanto-juvenil.

Introducción: La evaluación de los programas que fortalecen la resiliencia han mostrado mejoría en destrezas socioemocionales y en aprendizaje académico.

Objetivo: Determinar el efecto del programa de intervención grupal de promoción de resiliencia “Volantín” en la resiliencia, autoestima y síntomas anímicos y ansiosos en consultantes de 8 a 12 años con trastornos emocionales.

Metodología: Estudio descriptivo de tipo experimental. Muestreo por conveniencia. Se aplicó el programa (12 sesiones) a 11 pacientes, asistiendo 6 pacientes al menos 8 sesiones (grupo 1) y 5 pacientes a menos (grupo 2). Previo y posterior al programa se aplicó la Escala de Resiliencia Escolar (ERE), Autoconcepto Pier-Harris (PH), Autorreporte de Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA) y Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). Se aplicó el test no paramétrico de Wilcoxon a las diferencias en las medias de los puntajes previo y posterior al programa en el grupo 1 y el test no paramétrico de Kruskal-Wallis a las medias de los puntajes entre el grupo 1 y 2 tanto previos como posteriores al programa.

Resultados: Edad promedio:10 años, 78,2% hombres. En el grupo 1, se obtuvo aumento significativo en ERE ($p=0.028$) y PH ($p=0.027$) y disminución significativa en CDI ($p=0.027$).

Previo al programa, entre el grupo 1 y 2 no hubo diferencias significativas. Luego del programa, hubo diferencia significativa en CDI ($p=0.016$), aunque hubo una tendencia a una diferencia mayor en todos los instrumentos.

Discusión: El programa “Volantín” se proyecta como una nueva herramienta de intervención para niños con trastornos emocionales. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para corroborar tendencias.

TLP12

ESTUDIO PRELIMINAR CUANTITATIVO INTERACCIÓN FUNCIONES EJECUTIVAS Y HABILIDADES PARENTALES EN NIÑOS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS

Rosanna Godoy

rossana.godoy@gmail.com

Fundamor. Congregación Santa Cruz

Godoy R. (1), Mesa T. (2), Correa D.(3), Aracena C.(4), Gil C.(5), Gana C.(6)

1. Psicopedagoga. Coordinadora PPF San José
2. Neurólogo Infantil. Profesor asociado PUC.
3. Psiquiatra. Profesor U. de Chile. Profesor invitado U. de Barcelona,
4. Trabajadora Social. PPF San José
5. Estadístico. Profesor U. de Chile, USACH
6. Directora Ejecutiva Fundamor

Introducción. La interacción con padres y/o adultos significativos (P/AS) en los primeros años de vida, afecta el desarrollo de las funciones ejecutivas (FE), y éstas a su vez, en el rendimiento escolar de niños y niñas (NN). El maltrato se asocia a trastornos en el desarrollo de las FE. En Chile, el SENAME

ha intervenido en 173000 NN por vulneración de sus derechos(2016). Pruebas estandarizadas miden FE y Habilidades Parentales (HP). Este estudio preliminar busca explorar la interacción de estas variables en el contexto de la vulneración de derechos.

Objetivo. Medición de FE y HP, en NN y P/AS, en grupo de NN intervenidos por SENAME (NN-i) y en grupo control (NN-ni).

Metodología: NN de 2° ciclo escolar básico y uno de sus P/AS: grupo Estudio 25 NN-i (promedio 10,3 años) del Programa de Prevención Focalizada San José de Peñalolén; Control 24 NN-ni (10,6 años) de dos colegios (de Ñuñoa y Peñalolén). Consentimiento informado firmado de cada participante. Estudio ingresado al Comité de ética de la PUC. Agosto/2017, se aplicó el Test ENFEN© a los NN (mide FE) y la Prueba E2P© (mide HP) a sus P/AS. Se calcula promedio \pm DE a cada prueba y se realiza prueba t para comparar grupos.

Resultados: (NN-i; NN-ni) ENFEN© 3.09 ± 1.66 ; 6.45 ± 0.75 ; IC: [-4,1- -2,1] α : 0,001. E2P©: 76.3 ± 12.06 ; 81.8 ± 5 . IC [-10,1- -0,06] α 0,005. Discusión: Existe relación directa entre los peores resultados de ambas pruebas en el contexto del maltrato. Se sugiere orientar resultados a práctica re-educativa.

TLP13

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR SOBRE LA INCORPORACIÓN DE RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL? UNA PRIMERA MIRADA.

Karina Aedo Seguel
karinaaedo@gmail.com

Pontificia Universidad Católica de Chile

Aedo K.(1), Coelho E.(2), Ramírez V.(1), Bedregal P.(3)

1. Residente de Psiquiatría del niño y del adolescente PUC
2. Psiquiatra del niño y del adolescente, Profesor asistente, Departamento de Psiquiatría PUC
3. MPH, PHD. Profesora asociada. Jefe Departamento de Salud Pública. PUC"

Introducción: Experiencias a nivel colaborativo entre atención primaria de salud (APS) y especialistas en salud mental son evaluadas positivamente por el personal de salud de APS, sin embargo en psiquiatría infantil no existen publicaciones al respecto.

Objetivo: Describir la percepción del equipo de salud dedicado a la atención de niños, niñas y adolescentes (NNA) sobre la incorporación de residentes de psiquiatría infantil en el centro de atención Áncora-UC Madre Teresa de Calcuta de Puente Alto.

Metodología: Se realizan dos grupos focales guiados específicamente a los beneficios, dificultades y propuesta por mejorar, a todos los miembros del equipo de salud del centro mencionado, que trabajan en la atención de NNA. Se cuenta con aprobación de comité de ética. Se graban y transcriben de manera literal estas entrevistas. Dos investigadores realizan un proceso de reducción de datos, codificación y organización en categorías. Los resultados se expresan como frecuencias de éstas.

Resultados: En la temática de benefi-

cios, aparecen 12 categorías, resultando las más frecuentes el “apoyo clínico en evaluación, diagnóstico, manejo y seguimiento, adecuado al contexto de APS”. En dificultades se identifican 12 categorías, donde la más frecuente es “no se logra trabajar con todos los estamentos no médicos”. Por último en propuestas por mejorar, se construyen 15 categorías; la más frecuente es “aclarar el rol de los residentes como consultores y no como tratantes”.

Conclusiones: La información obtenida es relevante, considerando la necesidad de trabajo en equipo en los diversos niveles de atención de salud que requiere la formación de psiquiatras infantiles.

TLP14 IDENTIDADES EN CONSTRUCCIÓN: SER JOVEN TRANS EN CHILE

Isidora Paiva
ipaivamack@gmail.com
Centro integrado de especialidades psicológicas
Isidora Paiva(1), Juliana Rodríguez(2),
Claudia Cruzat(3).
1. Psicóloga Mg (c)
2. Psicóloga Mg.
3. PhD. Psicóloga y docente UAI

Antecedentes: Las personas trans corresponden a un grupo invisibilizado en nuestra sociedad. Existe falta de precisión y confiabilidad de información, siendo los estereotipos de género y la relación entre éstos los que han contribuido significativamente con la desinformación sobre este grupo minoritario. La identidad ha sido desplazada por la biología (sexo), la cual define socialmente el rol que ocuparemos en la sociedad. En Chile no existen estudios, pero a nivel mundial las

cifras de suicidio e intentos suicidas en personas trans son alarmantes.

Objetivo: Describir el proceso de construcción de la identidad propia de jóvenes trans en Chile, que tengan entre 18 y 30 años.

Material y Métodos: Se presenta el análisis de entrevistas cualitativas semi-estructuradas, realizadas a 12 jóvenes autoidentificados como trans, por medio de la Teoría Fundamentada.

Resultados: Es posible identificar y describir ciertos períodos que tienen en común los jóvenes trans dentro del proceso de construcción de sus identidades, cada una con hitos y contextos que marcan sus desarrollos evolutivos, lo que puede actuar como una guía sobre el desarrollo identitario para los profesionales y familias. También, aparece el fuerte impacto que tienen las normas de género, destacando un período crítico de riesgo suicida.

Discusión: Se discute la importancia de los contextos afirmativos y no afirmativos, en el desarrollo de las identidades trans. Esta aproximación permite identificar factores determinantes en el proceso de conformación de la identidad y del proceso suicida, que son relevantes en el proceso terapéutico, de intervención y prevención del suicidio y situaciones de riesgo con jóvenes trans.

TLP15 FACTORES DE RIESGO PREDICTORES EN ESCOLARES INTENTADORES DE SUICIDIO

Daniel Silva Naveas
yueccs@gmail.com
Universidad de Concepción
Daniel Silva(1), Mario Valdivia(2), Ca-

Trabajos de Psiquiatría

rolina Soto(3)

1. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil
2. Psiquiatra Infanto-Juvenil
3. Enfermera

Introducción: A pesar que muchos estudios han intentado evaluar la magnitud del suicidio en Chile y, especialmente en los adolescentes, ninguno de ellos ha establecido predictores a través de metodología prospectiva.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que condicionan la aparición de un intento de suicidio en adolescentes escolarizados.

Método: Estudio descriptivo y prospectivo. Se consideró un n=919 alumnos de primer año de enseñanza media de 7 comunas de la provincia de Concepción. Se obtuvo de ellos información referente a antecedentes sociodemográficos, antecedentes familiares, abuso de sustancia y cuestionarios estructurados de suicidalidad, autoestima, sintomatología depresiva, desesperanza, cohesión y adaptabilidad familiar, impulsividad y acontecimientos vitales estresantes. Un año después se volvió a aplicar la escala de suicidalidad.

Resultados: En la mayoría de los factores de riesgo evaluados hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que cometió un intento de suicidio durante los siguientes 12 meses y el que no. En el análisis multivariado solamente ingresaron al modelo el antecedente de intento de suicidio (tanto reciente como antiguo), antecedente de fallecimiento materno, fecha de nacimiento, rendimiento académico y el puntaje en la escala de Desesperanza.

Conclusión: A través de este estudio se intenta simplificar la pesquisa de factores de riesgo que efectivamente están condicionando la aparición de conducta suicida en nuestros adolescentes. Estos cinco factores se asocian de manera independiente a este fenómeno lo que los posiciona en un lugar prioritario al momento de pesquisar escolares con riesgo suicida.

TLP16

CONTRIBUCIÓN DE LA ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK EN EL INTENTO DE SUICIDIO ADOLESCENTE

Elizabeth Álvarez

elizabethcata@gmail.com

Universidad de Concepción

Daniel Silva(1), Mario Valdivia(2), Elizabeth Álvarez(3), Pablo Vergara(4), Carolina Soto(5).

1. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil.
2. Psiquiatra Infanto-Juvenil
3. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil.
4. Psicólogo Clínico
5. Enfermera

Introducción: Existen múltiples factores de riesgo asociados al intento de suicidio que se han estudiado con el fin de establecer políticas preventivas eficaces. La escala de desesperanza de Beck, a través de los indicadores: afectivo, motivacional y cognitivo, mide el grado de desesperanza, factor predictor de intento suicida.

Método: Estudio descriptivo y prospectivo. Se consideró un n=919 alumnos de primer año de enseñanza media de 7 comunas de la provincia de Concepción. Se les aplicó la Escala de desesperanza de Beck. Un año después se les aplicó una escala de suicidalidad.

Resultados: El puntaje promedio en esta escala de los adolescentes que intentarían suicidarse luego de un año fue superior ($p < 0.01$) al puntaje de los no intentadores. El análisis factorial exploratorio arroja 5 factores, de los cuales 2 ingresan de manera significativa en el análisis multivariado. La escala completa, a través de una regresión logística, permite clasificar correctamente al 88.9% de los adolescentes en relación a su futuro intento de suicidio. Considerando sólo estos dos factores, se puede clasificar correctamente al 89.4% de la muestra.

Conclusiones: Las reformulaciones de esta escala adaptada permitiría evaluar un constructo psicológicamente significativo y corrobora que es un instrumento utilizable como tamizaje de desesperanza o pesimismo en complementariedad a la escala de suicidalidad de Okasha. Al reducir las preguntas de esta escala se podría llegar a mejores resultados en el tamizaje de desesperanza y, por ende, de riesgo suicida en población adolescente.

TLP17

ANOREXIA EN ADOLESCENTE CON CEGUERA CONGENITA E INTERVENCIÓN CON THERAPLAY

Massiel Fonseca

massiefonseca2@gmail.com

Universidad de Concepción

Concha M. (1), Fonseca M.(2), Kaschel C(2).

1. Psiquiatra niños y adolescente.
2. Médico cirujano residente psiquiatría de niños y adolescentes.

Introducción: En la literatura sólo existen reportes de casos de Anorexia en adolescentes con ceguera congénita, destacándose la complejidad de la

construcción de la autoimagen, la imagen de otros, identidad y autonomía.

Objetivos: Describir psicopatología y evolución de adolescente anoréxica ciega, e intervenciones con terapia innovadora.

Metodología: Presentación de caso clínico atendido en HGGB, Concepción, entre junio 2016 y julio 2017. Se obtiene consentimiento informado. Sin conflicto de intereses.

Resultados: Adolescente sexo femenino, 16 años, hija única, embarazo no deseado, sus padres nunca han convivido, se mantienen unidos por la ceguera. Madre con sentimientos depresivos y soledad durante embarazo, bebé imaginario “en peligro”, recién nacida: “algo extraño en la mirada”. Se diagnostica Distrofia macular.

En la adolescencia enfrenta desafíos evolutivos; construcción de su identidad, cambios corporales hacia la adultez, resolver autonomía y proyecto vital; afrontando aspectos confusos de sí misma y su entorno.

La anorexia surge como estrategia de control, manteniendo dependencia y cuerpo infantil. Hospitalizada durante 80 días, con IMC 13,5; desnutrición severa (63%IP/T), ingiere 40% de realimentación, rechaza fármacos, paranoia, insegura, hipomímica, dificultad en expresión y recepción de afectos. Vínculo inseguro, coercitivo.

Se realiza abordaje multidisciplinario, intervención individual y familiar, centrada en vínculo y confianza. Se inicia Theraplay dando un giro positivo en su evolución, padres e hija logran conectarse y disfrutar un espacio de amor y juego. Alcanza un IMC 16, 100% de ingesta y adherencia a tratamiento ambulatorio.

Conclusiones: Se destaca la importancia y efectividad de la intervención vincular en pacientes con anorexia y handicap.

TPLP18

PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO TRANS EN ADOLESCENTES CON DISFORIA DE GÉNERO

Macarena Espinoza Riquelme
maca.paz.er@gmail.com

Universidad de Chile

Espinoza, M.(1), Fernández, O.(2), Irarrázaval, M.(3),(4), Riquelme, N(5).

1. Residente Psiquiatría Infanto Juvenil, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
2. Psicóloga Clínica, Departamento de Psiquiatría Infantil y del adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
3. Psiquiatra Infanto Juvenil, Departamento de Psiquiatría Infantil y del adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
4. Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile.
5. Psiquiatra Infanto Juvenil, Universidad de Chile.

Introducción: Las personas trans son aquellas en que la expresión del género escapa a la norma social de sexo-género: el mandato de ser hombre biológico masculino y mujer biológica femenina. La mayoría de las investigaciones buscan asociaciones con patologías psiquiátricas y malos tratos. Ha habido una evolución en la forma de aproximarse a las personas trans, lo que se evidencia en el diagnóstico de disforia de género del DSM-5. Sin embargo, desde la psiquiatría aún no se conoce

en forma acabada cómo es la experiencia de los adolescentes transgénero.

Objetivo: Conocer la experiencia subjetiva de la construcción de una identidad de género trans en adolescentes con diagnóstico de disforia de género residentes en Santiago de Chile.

Metodología: Estudio exploratorio, de metodología cualitativa. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 5 adolescentes residentes en Santiago, que cumplen criterios de disforia de género, 3 con sexo biológico femenino y 2 masculino, entre 15-16 años, asistentes a la Fundación Juntos Contigo. El análisis se realiza en base a la Teoría Fundamentada. Proyecto aprobado por Comité de Ética.

Resultados: Los adolescentes experimentan una trayectoria común, se evidencia un sentimiento de extrañeza al cuestionarse relaciones con pares, conductas e incomodidad con su cuerpo. Este sentimiento y la necesidad de cambiar, movilizan la búsqueda de información para comprenderse a sí mismo y obtener apoyo familiar, de amigos y colegio, lo que contribuye al alivio posterior.

Discusión: Los adolescentes entrevistados forman parte de una fundación que apoya a adolescentes y familias, sería importante evaluar esta trayectoria en adolescentes fuera de sistemas de apoyo.

TLP19

CARACTERIZACIÓN DE LOS INGRESOS A PSIQUIATRÍA INFANTO-ADOLESCENTE DEL HOSPITAL PADRE HURTADO DURANTE ENERO 2015 HASTA JUNIO 2016

Antonia Olivari

antoniaolivari@gmail.com

Hospital Padre Hurtado

Badilla. N(1), Olivari A.(2), Pereira C.(3), Astudillo A(4)

1. Psiquiatra Infato-Juvenil
2. Psiquiatra Infato-Juvenil
3. Psiquiatra Adulto
4. Psicólogo Clínico

Introducción: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-adolescente alcanza el 22% en datos nacionales y 20% en internacionales, una mínima proporción recibe tratamiento adecuado y oportuno. Optimizar su derivación a tratamiento especializado, permite realizar diagnósticos precoces, intervenciones eficientes y mejorar el uso de los servicios.

Objetivo: Caracterizar la población infanto-adolescente que consulta por primera vez en la Unidad de Psiquiatría comunitaria del Hospital Padre Hurtado.

Metodología: Estudio descriptivo, la información fue obtenida de una base de datos anonimizada. Incluye todos los ingresos desde 01/01/2015 al 30/06/2016. Proyecto de investigación recepcionado por comité ético-científico SSMSO.

Resultados: Ingresaron 149 pacientes, con un promedio de 11 años, 39% fueron derivados desde APS, 5% desde Servicio de Urgencias, 5% de tribunales y 51% de otros servicios intrahospitalarios.

Principales diagnósticos de derivación: Trastornos del ánimo 24,8%, Trastornos del espectro Autista 14%, Trastornos Ansiosos 12%, Trastornos de la Conducta Alimentaria 11,4% , Trastornos de la Conducta 7,4%, Esquizofrenia y psicosis 6%, Ideación

suicida 6%.

Principales diagnósticos de ingreso:

Trastornos del ánimo 21,4%, Trastornos adaptativos 20,8%, Trastornos de la conducta alimentaria 18,8%, Trastornos de ansiedad 17%, Esquizofrenia y psicosis 0%, Disfunción familiar 35,6%, Trastorno del desarrollo de la personalidad 10%, ideación suicida 15%. Del total ingresado, 76% requirió atención multidisciplinaria, 61,7% requirió uso de un medicamento y 32,9% requirió dos.

Conclusiones: Esta descripción permite conocer las características de los ingresos a un servicio especializado, observándose una discrepancia significativa entre los diagnósticos de derivación y de ingreso, lo que plantea la necesidad de mejorar la coordinación con la red.

TLP20

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE LAS DERIVACIONES Y LOS INGRESOS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTO-ADOLESCENTE EN HOSPITAL PÚBLICO DE COMUNAS VULNERABLES

Nathalia Badilla

nbadilla@uc.cl

Hospital Padre Hurtado

Badilla N.(1), Olivari A.(2), Pereira C.(3), Astudillo A.(4)

1. Psiquiatra Infanto Juvenil
2. Psiquiatra Infanto Juvenil
3. Psiquiatra Adulto
4. Psicólogo clínico

Introducción: La crisis nacional de la infancia y adolescencia, lleva a discutir el buen uso de los servicios destinados a esta etapa. Siendo Psiquiatría Infantil un recurso particularmente escaso y de difícil acceso, la derivación dentro de la

Trabajos de Psiquiatría

red asistencial es crítica para permitir el adecuado y oportuno acceso de los menores que lo requieran.

Objetivo: Comparar los diagnósticos de derivación y de ingreso a Psiquiatría Infanto-adolescente. Analizar concordancia diagnóstica y pertinencia de la derivación.

Metodología: Estudio descriptivo. La información fue obtenida de una base de datos anonimizada. Incluye los ingresos desde 01/01/2015 al 30/06/2016. Se utilizó índice de Kappa (IK) para establecer concordancias. Proyecto de investigación recepcionado por comité ético-científico SSMSO.

Resultados: El índice de concordancia global fue bajo (0.3 IK). Este fue variable según categorías diagnósticas: trastornos de la conducta alimentaria (0.67 IK), trastornos del espectro autista (0.7 IK), trastornos conductuales y TDAH (0.6 IK) e ideación e intento de suicidio (0.7 IK), presentaron una alta concordancia. Trastornos ansiosos (0.45 IK) y trastornos somáticos y dissociativos (0.48 IK) presentaron concordancia moderada. Trastornos del ánimo (0.2 IK), trastornos adaptativos (0.1 IK) y trastornos de personalidad y descontrol de impulsos (0.1 IK) presentaron baja concordancia. Trastornos psicóticos fueron sólo diagnóstico de derivación, y trastornos de aprendizaje y deficiencias cognitivas fueron solo diagnósticos de ingreso, no pudiéndose evaluar concordancia.

Conclusiones: En algunas categorías se realiza una buena pesquisa, pero en la mayoría no hay un diagnóstico adecuado. Esto se traduce en una subutilización de la especialidad y con diagnósticos tardíos e intervenciones

ineficientes previas a la derivación.

TLP21

PERCEPCIÓN MATERNA DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL INFANTIL A LOS 12 Y 30 MESES, EN MADRES CHILENAS Y ESTADOUNIDENSES.

Nancy Alejandra Espinosa Díaz
nanespinosa@yahoo.es

Universidad de Chile y Universidad Católica del Maule.

Nancy Espinosa (1), Chamarrita Farkas (2), Claire Vallotton (3).

1. Psicóloga, Dr. (c) en Psicoterapia, Universidad de Chile y Universidad Católica del Maule
2. Psicóloga, Phd en Psicología. Pontificia Universidad Católica
3. Psicóloga, Phd en Filosofía del Desarrollo Humano, Michigan State University.

Introducción: El Desarrollo Socioemocional (DSE) Infantil es un proceso a través del cual se adquieren habilidades sociales y emocionales, que le permiten al infante adaptarse a las exigencias y expectativas del entorno social (Greenspan & Wieder, 2006). Sienta sus bases en un período trascendental de la vida humana, la infancia temprana, donde el rol del cuidador se hace relevante ya que proporciona un contexto relacional para la optimización del DSE (Page, Wilhelm, Gamble & Card, 2010).

Objetivo: Describir y comparar la percepción materna sobre el DSE de niños de 12 y 30 meses de dos países distintos. Hipótesis: habrán diferencias entre ambas muestras, ya que el contexto donde se desarrollan puede influir en las expectativas Metodología: Son 142 díadas madre-hijo, datos secundarios del Proyecto Fondecyt N° 1110087,

aprobado por Comité de ética.

Resultados: ANCOVA arrojó que no hay diferencias significativas por país. La regresión jerárquica arrojó que el nivel educacional de las madres es un predictor significativo.

Discusión: los resultados pueden ser explicado de acuerdo Else-Quest, et al., (2006) que refieren a mayor edad aparecen las diferencias, como respuesta a mayor exposición a la socialización y la cultura. El nivel educacional materno fue la variable más predictiva, a medida que las madres tienen un mejor nivel educacional la percepción sobre el desarrollo de sus hijos también lo es. Limitaciones: tamaño de la muestra, al ser un estudio exploratorio no se incluyeron otras variables. Para futuras investigaciones sería interesante revisar a través de que vías se transmite el nivel educacional; el cual es el próximo estudio.

TLP22

“DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN Y DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ESTADO MENTAL DE RIESGO DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA”

Lorena Falcón González
lofalcon@gmail.com

Clinica Psiquiátrica Universitaria,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Lorena Falcón G (1); Alejandro Maturana(2), Pablo Gaspar (3) Karen Ulloa(2)

1. Residente de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
2. Psiquiatra De Niños y Adolescentes, Profesor Asistente, Departamento

Psiquiatría y Salud Mental Norte. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

3. Psiquiatra Adulto, Profesor Asistente, Departamento Psiquiatría y Salud Mental Norte. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: En las últimas dos décadas, existe un creciente interés en la investigación de pacientes con síntomas prodrómicos de Psicosis. Seguimientos recientes, han identificado que sólo algunos de ellos transitan a Esquizofrenia, y la mayoría evolucionan a otros trastornos psiquiátricos, introduciendo el Constructo de Estado Mental de Riesgo (EMR), que aporta en la prevención y evaluación de factores de riesgo y biomarcadores de estos trastornos. Algunos de los factores asociados a la transición a psicosis son el consumo de cannabis, estrés y trauma en la infancia. En nuestro país no existe información de la evolución, ni de factores sociodemográficos de estos pacientes a la fecha.

Objetivos: Describir la evolución clínica (transición / no transición a psicosis) y buscar posibles asociaciones con factores sociodemográficos de pacientes con EMR.

Metodología: Se realizó la aplicación de instrumentos para la Evaluación actual de un grupo de pacientes consultantes ambulatorios entre los años 2007 y 2015, en la CPU, que fueron considerados en un estudio previo como EMR. Se realizó estadística descriptiva. Cuenta con aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Resultados: A la fecha, destaca la transición a psicosis de un sólo paciente, la tendencia de los no transitadores es a presentar psicopatología en la línea afectiva. El consumo de cannabis está presente en la mitad de los pacientes, sin asociación a transición de psicosis.

Discusión: Se observa una evolución similar a las descritas en estudios internacionales. Existen limitaciones dado el N de la muestra.

SALA 2 (TLP23-TLP36) Salón Lanín

TLP23

APEGO Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES: RESULTADOS PRELIMINARES

Carmen Gloria Garrido Morales
carmengloria.medico@gmail.com

USACH-Hospital Barros Luco
Garrido C (1), Miqueles D (1).

1. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Barros Luco/Universidad de Santiago.

Introducción: La evidencia ha demostrado la importancia del apego en la primera infancia, destacando su capacidad predictiva de una adecuada salud mental. En la adolescencia, época de profundos cambios, el estudio del apego y su relación con la calidad de vida resultan herramientas fundamentales, como parámetros sanitarios y para la creación de programas de salud acordes.

Objetivo: Analizar y describir, la relación que se establece entre las variables Apego adolescente y Calidad de Vida relacionada con la Salud en escolares de 12 a 18 años de la ciudad de Linares.

Método: Estudio descriptivo/correlacional transversal. Muestra: alumnos

de 8vo básico a 4to medio pertenecientes a tres colegios de la ciudad de Linares (uno particular, uno subvencionado y uno municipal). Con autorización del director de cada establecimiento, además del asentimiento y consentimiento de cada alumno y su apoderado, se procedió a la aplicación de ambos instrumentos: Cuestionario de apego adolescente (AAQ) y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud KIDSCREEN- 27.

Resultados: Los resultados preliminares muestran diferencias, aparentemente significativas en la calidad de vida de los adolescentes en relación a su percepción de las variables de apego con sus figuras significativas. Ambos indicadores resultan similares en el colegio particular y en el establecimiento subvencionado (datos de colegio municipal actualmente en análisis).

Conclusiones: La adolescencia configura una época de transformaciones y conflicto tanto para el joven como para los padres. Se debe anticipar y replicar formas preventivas de intervención fortaleciendo tempranamente los factores que promueven un desarrollo integral.

TLP24

DISFORIA DE GÉNERO: COMORBILIDAD Y AUTO AGRESIONES EN MUESTRA CLÍNICA

Paz Quinteros Rosales
pquinter48@gmail.com

Centro CEAPSI --Clínica Dávila

Paz Quinteros Rosales, Psiquiatra infantil y del adolescente.

Introducción: La Disforia de género (DG) se define por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, un malestar persistente con el propio y

un sentimiento de inadecuación con el rol genérico que provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. No está clara la causa. Lo más probable es que sea un fenómeno multidimensional. Aunque su incidencia es baja en los últimos años ha aumentado como motivo de consulta en edades tempranas y se percibe en un buen porcentaje de quienes lo viven la presencia de sintomatología emocional, conductual y rasgos del espectro autista.

Objetivos: mostrar la comorbilidad en 14 pacientes con DG y revisar posibles asociaciones entre auto agresiones, edad de inicio de la DG y otras variables.

Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas. A la mayoría de los pacientes se les aplicó Cuestionario de depresión infantil (CDI), Auto reporte de ansiedad para adolescentes, Escalas "The Utrecht Gender Dysphoria Scale Adolescent Version", Test de APGAR familiar.

Resultados: 5 varones y 9 mujeres al nacer, el promedio de edad es a la primera consulta de 14.6 años; rango de 3 a 22. Solo dos no presentan comorbilidad. 10 han hecho auto agresiones en algún momento del desarrollo; estos presentan puntajes mayores en ansiedad y depresión. Dos pacientes tienen clínica sugerente de un Tr del espectro autista comórbido.

Conclusión: en nuestra muestra se observa comorbilidad y auto agresiones en valores semejantes a lo descrito en la literatura. La distribución por sexo es distinta a lo descrito, pues en la mayo-

ría de los estudios priman los hombres de nacimiento.

TLP25

CUANDO EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA NOS CONFUNDE: TASA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES LUEGO DE LA EVALUACIÓN POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Rodrigo Alejandro Sierra Rosales
rlsierra@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile

Elisa Coelho(1), Rodrigo Sierra(2), Karina Aedo(2), Verónica Ramírez(2), Bianca Anthon(2).

1. Psiquiatra Infantojuvenil, Profesor Asistente Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Residente, Programa de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista es muchas veces desafiante para el clínico, dadas las expresiones que pueden existir también en otros diagnósticos. Esta situación se hace aún más patente a edades menores, con mayor presión diagnóstica para intervención temprana apropiada.

Objetivo: Describir la tasa de confirmación diagnóstica de TEA y los principales diagnósticos diferenciales cuando éste se descarta luego de una evaluación multidisciplinaria en un centro universitario.

Metodología: Estudio transversal. Se registraron las atenciones realizadas

por el equipo especializado en TEA de la Red de Salud UC-Christus desde 2015-2016, caracterizando sus diagnósticos.

Resultados: Se registraron atenciones a 67 individuos en el período, con edad promedio 7.45 años (rango 2 – 17), con 80,6% varones. Se confirmó diagnóstico de TEA en 70.1% de los pacientes. Los principales diagnósticos diferenciales fueron Otros Trastornos del desarrollo (20%), Trastorno del lenguaje (20%), Trastornos ansiosos (15%), Trastornos del desarrollo de la personalidad (15%), Discapacidad intelectual (10%), Trastornos del ánimo (10%), Problemas de relación (5%). La edad al momento de evaluación no se correlacionó con el diagnóstico de TEA ($p=0.6$).

Conclusiones: Se muestran resultados de la evaluación diagnóstica en sospecha de TEA por un equipo multidisciplinario universitario. Más de dos tercios de los casos resultaron en confirmación diagnóstica de TEA. Cerca de la mitad de los casos no TEA correspondió a otros trastornos del neurodesarrollo. Los resultados concuerdan con la experiencia clínica descrita en subgrupos donde se postula la necesidad de evaluación complementaria con instrumentos de apoyo diagnóstico y equipo especializado.

TLP26

VARIABLES PREDICTORAS DE AUTORREGULACIÓN DEL ESTRÉS EN NIÑOS DE PRETÉRMINO

Andrea Mira

toandreamira@gmail.com

Universidad del Desarrollo

Andrea Mira (1,2), Fernanda Prieto-Tagle (1).

1. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.
2. Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello.

Introducción: La capacidad de autorregulación de los bebés se construye a partir de la interacción continua con el ambiente, donde los padres cumplen un rol fundamental como facilitadores de la regulación del estrés del bebé. Los recién nacidos de pre-término (RNPT) pueden presentar mayores dificultades para tolerar y responder adecuadamente a los estímulos del ambiente, con efectos negativos en el desarrollo.

Objetivos: Determinar las variables que predicen la respuesta y la regulación del estrés en RNPT.

Métodos: Estudio cuantitativo descriptivo. Muestra constituida por 30 RNPT hospitalizados en la unidad de neonatología y sus madres. Se evaluó la respuesta de estrés de los bebés ante procedimientos de cuidado general y enfermería; y el nivel de estrés y capacidad de regulación emocional materna. Los resultados se analizaron mediante una regresión múltiple. En espera de carta de aprobación del Comité de Ética del SSMO.

Resultados: Se observó que ser pequeño para la edad gestacional (PEG) predice una mayor respuesta de estrés. Un menor peso al nacer se relaciona con una mayor respuesta de estrés. Se observaron diferencias significativas en la capacidad de regulación y el nivel de estrés materno dependiendo de si sus hijos pertenecían a los grupos de mayor vulnerabilidad al estrés (PEG y bajo peso al nacer), y esto constituye un factor predictor del estrés.

Discusión: Los resultados obtenidos permiten concluir que existen diferencias individuales en la respuesta al estrés del RNPT que se relacionan con variables propias del niño como el bajo peso al nacer y el ser pequeño para la edad gestacional, y con variables de la madre, como su propio nivel de estrés y su capacidad de regulación emocional.”

TLP27

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARACTERÍSTICAS BIOPSIKOSOCIALES EN POBLACIÓN ADOLESCENTE INFRACTORA DE LEY

Alejandro Fuentes Díaz
alejandrofuentesdiaz@gmail.com

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Campus sur

González L (1), Bravo A (2), Fuentes A (3), Rajevic F (3) León F (3).

1. Médico Psiquiatra Infanto-juvenil, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, campus sur.
2. Psicóloga Clínica, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, campus sur.
3. Médico Residente en Psiquiatría Infanto-juvenil, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, campus sur.

Introducción: El crecimiento de la población de adolescentes privados de libertad plantea la necesidad de conocer la epidemiología y las características clínicas de éste grupo en particular. La presencia de consumo de sustancias y psicopatología, en especial desde los rasgos antisociales, así como numerosos factores psicosociales han sido descritos como factores de riesgo para desarrollar conductas delictivas.

Objetivo: Conocer las características biopsicosociales de los adolescentes privados de libertad del Centro de Internación Provisoria (CIP) de Limache.

Método: Estudio descriptivo transversal. Se realizaron entrevistas clínicas para realizar diagnósticos DSM, evaluación de apego aplicando el Parental Bonding Instrument, realización de test proyectivos (Rorschach y Test de Apercepción Temática) y psicometría WISC-III a los adolescentes ingresados entre Abril y Noviembre del 2010 al CIP de Limache.

Resultados: Se evaluaron 263 adolescentes, 92% hombres. Solo un 27% vivía previamente con ambos padres. Un 56% previamente había estado institucionalizado. Se observó baja escolaridad, alto consumo de drogas (95%) y reincidencia en delitos (80%). Un 69% mostró apego desorganizado. Los diagnósticos con mayor presencia fueron Trastornos del Desarrollo de la Personalidad y Trastornos Ansiosos. Destaca que la mayoría presentó CI dentro de rangos de normalidad. La evaluación proyectiva mostró bajos niveles de empatía, alta impulsividad y disociación entre los adolescentes.

Conclusión: Estos resultados nos permiten conocer un grupo con altos estresores biopsicosociales que habitualmente se observan en esta población, lo que reafirma la necesidad de estrategias de prevención focalizadas en estos factores.

TLP28

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN POLICLÍNICO UNIVERSITARIO INFANTOJUVENIL DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA UNIVERSIDAD DE

Trabajos de Psiquiatría

CHILE SEDE SUR.

Francisco Rajevic Correa
francisco.rajevic@gmail.com
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Chile, Sede Sur.

Rajevic F (1), Fuentes A (2).
1 y 2. Residentes de Psiquiatría Infantojuvenil, Universidad de Chile, Sede Sur.

Introducción: El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile, Sede Sur, atiende gratuitamente población infantojuvenil bajo demanda espontánea, con un modelo universitario de atención. Existen pocos datos estadísticos de estas atenciones y perfil epidemiológico.

Objetivo: Conocer datos sobre los diagnósticos y perfil básico de los pacientes atendidos en el centro.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Revisión de fichas y registros estadísticos entre el 01 de Abril del 2015 y el 31 de Marzo de 2017.

Resultados: Se atiende un total de 206 pacientes, el 99,51 de ellos de la región metropolitana, la mayoría de la zona sur. 65,53% hombres y 34,47% mujeres. La edad promedio de ingreso fue de 6.3 años, con un 32,5% ubicado entre los 6 y 11 años. Un 14,07 era mayor de 15 años y un 3,39% mayor de 18 años. El diagnóstico más prevalente fue de Trastornos Conductuales, con un 20.87%, seguido del Trastorno del Espectro Autista con un 14.56%. Un 16.99% presentó más de un diagnóstico. Se establece una tasa de ingreso de pacientes de 2.12/médico/mes, con un alto seguimiento de cada paciente, llegando a más de 3 controles por mes. No se logran establecer datos claros

sobre uso de fármacos por falta de registro, ni de abandono por falta de un protocolo claro.

Conclusión: Estos datos nos entregan una primera aproximación, pero es necesario mejorar el registro de atenciones para así poder tener estadísticas más completas sobre el tipo y perfil de pacientes atendidos.

TLP29

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, APEGO DESORGANIZADO Y PSICOSIS INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro Fuentes Díaz
alejandrofuentesdiaz@gmail.com

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Sede Sur.

Fuentes A (1), Rajevic F (2).
1 y 2. Médico Residente Psiquiatría Infantojuvenil, Universidad de Chile Sede Sur.

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista es una patología con una alta comorbilidad psiquiátrica. Las psicosis también tienen relación con el trastorno, con mayor presencia de pensamiento y conducta desorganizada, síntomas negativos y positivos. El apego desorganizado se relaciona con conductas confusas y desorganizadas desde el periodo neonatal.

Objetivo: Discutir en relación al TEA, apego desorganizado y psicosis en relación a un caso. Metodología: Caso clínico controlado en el Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile desde 2015. Consentimiento informado de la madre.

Resultados: Paciente L.T, 12 años al in-

greso. Antecedentes de diagnóstico de TEA desde los 18 meses. Desde el período preescolar con grandes dificultades en la sociabilización, intereses restringidos y auto y heteroagresiones. En educación especial de manera inconstante. Se pesquia violencia por parte de la madre hacia él, y clínicamente se observan patrones de apego desorganizado. Sin interacción social, se mantiene principalmente encerrado en su casa, y se observa conducta altamente desregulada, junto con elementos psicóticos: alteraciones psicomotoras, desorden del pensamiento, conductas bizarras, alteración del juicio de realidad. Con polifarmacia y escasa adherencia a los tratamientos y controles. Se realiza tratamiento en la línea conductual, ajuste farmacológico y control desde lo vincular con la madre, disminuyendo los episodios de violencia y mejorando las conductas parentales. Se observa disminución de los síntomas psicóticos y desregulación.

Conclusión: Este caso muestra cómo el apego desorganizado influencia la conducta desorganizada y potencia la psicosis en un paciente con TEA, siendo un elemento importante a considerar para el manejo.

TLP30

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PARA USUARIOS DE UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN ADOLESCENTE DE CORTA ESTADÍA (UDAC), HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ B.

Francisco Rajevic Correa

francisco.rajevic@gmail.com

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Sede Sur, Universidad de Chile

Núñez A (1), Rajevic F (2), Fuentes A

(3), Leon F (4).

1. Médico Psiquiatra Infantojuvenil, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Sede Sur, Universidad de Chile.
- 2, 3, 4. Residentes Psiquiatría Infantojuvenil, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Sede Sur, Universidad de Chile.

Introducción: Las unidades de corta estadía de adolescentes en desintoxicación plantean un desafío importante para los equipos de salud que las integran, por características propias del consumo de sustancias en adolescentes como por condiciones médicas, psiquiátricas y psicosociales de los usuarios. Esta unidad en particular es de alta complejidad, recibiendo pacientes refractarios, con múltiples recaídas, psicopatología grave, con antecedentes delictuales y situaciones psicosociales muy deprivadas, las que dificultan el manejo conductual de los adolescentes. Por otro lado, se sabe que los adolescentes responden mejor a los refuerzos positivos que negativos.

Objetivo: Desarrollar un protocolo de conducta desde la Terapia Cognitivo Conductual que se ajuste a la realidad particular de la Unidad tomando en consideración el tipo de pacientes que recibe.

Metodología: Cualitativo. Se revisa el protocolo anterior de manejo de la unidad, se levanta información con los miembros del equipo para así proponer un nuevo manejo.

Resultados: Se observa el uso de refuerzos negativos asociados a cigarrillos, utilización de terminología similar a estilos carcelarios (sanción) y ausencia de estímulos positivos para

los adolescentes. No es infrecuente la ocurrencia de desregulaciones importantes en los pacientes. Se plantea un sistema de economía de fichas, eliminando el tabaco como estímulo positivo o negativo, y agregando estímulos positivos según los puntos obtenidos.

Conclusiones: El desarrollo de este protocolo en desde la TCC busca adecuarse a la realidad de alta complejidad de la UDAC y ayudar en la organización de conductas dentro de la unidad y en los otros sistemas donde son atendidos.

TLP31

NUTRICIÓN INFANTIL: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (NO) SALUDABLES

Fernanda Díaz Castrillón

fernanda.diaz@uai.cl

Universidad Adolfo Ibáñez

Fernanda Díaz-Castrillón(1), Alejandra Gil(2), María José León(1), Claudia Cruzat-Mandich(1), Andrea García(1), Isidora Paiva(1).

1. Psicóloga.

2. Nutricionista

Introducción: Es relevante investigar sobre el desarrollo de conducta alimentaria infantil, dadas las altas tasas de obesidad a nivel mundial y país (OMS, 2013; Ministerio de Salud, 2010). Se ha destacado en investigaciones recientes, incluso a nivel nacional, el rol fundamental de la madre en la formación de la conducta alimentaria infantil (Schnettler et al., 2015).

Objetivo: describir prácticas alimentarias infantiles y su relación con la aparición de conductas alimentarias problemáticas.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal. Filmación de 29 díadas en

una práctica alimentaria habitual con el cuidador principal. Se aplicaron dos cuestionarios para medir estado socioemocional del niño (CBCL y ASQ-SE), y dos cuestionarios para medir sintomatología afectiva y alimentaria del cuidador principal (DASS 21 y DEBQ); y check list de conductas alimentarias habituales construido especialmente. Consentimiento informado de cada cuidador principal, y certificado ética UAI.

Resultados: La media de edad era de 2,12 (DS= 0,48), IMC entre los 13,8 y 25,83, 62% eran hombres y 38% mujeres. Un 62,06% de las madres tiene escolaridad universitaria completa, y en un 75,86% los padres apoyaban en la crianza de los niños. Un 86,20% de los niños recibió lactancia materna. Algunas conductas alimentarias problemáticas son: los niños rechazan comer alimentos específicos por textura/sabor, y presentaban problemas para mantener un estado emocional/tensional adecuado durante la alimentación.

Discusión: Necesidad de investigar más profundamente contextos de alimentación infantil, para evaluar grado en que afectan el desarrollo de conductas alimentarias alteradas. Estudio preliminar, sólo a nivel descriptivo.

TLP32

SENSIBILIDAD Y MENTALIZACIÓN DE PADRES Y EDUCADORES ¿CUÁNTO APORTAN AL DESARROLLO DEL LENGUAJE DE NIÑOS DE 30 MESES DE EDAD?

María del Pilar Cuellar

mdcuellar@uc.cl

Pontificia U. Católica de Chile.

Cuellar, M. P.(1), Farkas, Ch.(2).

1. Psicóloga, Magister.

2. Psicóloga, PhD.

Introducción: La respuesta sensible(S) es la capacidad del adulto de comprender las señales del niño/a y de responder a ellas oportunamente, la mentalización(M) es la capacidad de comprender el comportamiento en estados mentales, reflejárselo al niño a través del discurso. La S y M parental ha demostrado ser influyente en el desarrollo del niño, poco se ha investigado sobre la contribución de estas competencias en educadores sobre el desarrollo del lenguaje infantil, tampoco se han realizado análisis diferenciados de padres y educadores.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar la contribución de la sensibilidad y mentalización de los padres y educadores al desarrollo lingüístico del niño a los 12 y 30 meses de edad. Metodología de tipo cuantitativa con análisis correlacionales y regresión jerárquica, muestra de 160 diadas madre/educador-niño de salas cunas privadas y públicas (ciudad de Santiago).

Resultados: Los resultados muestran un mayor aporte de la sensibilidad (escala de interacción lúdica) y menor aporte de la mentalización (medida de número de palabras) de padres y educadores al desarrollo del lenguaje a los 30 meses de edad. La contribución que realizan los padres y los educadores al lenguaje de los niños es de del 10.8% y del 10.5% respectivamente de la varianza total del lenguaje, luego de controlar NSE y lenguaje a los 12 meses.

Discusión: Se discuten implicancias del rol sensible de educadoras casi equiparable al de los padres, su impacto en el desarrollo lingüístico infantil y su efecto compensatorio en niños de sectores más desventajados. Estudio dentro del proyecto FONDECYT

N°1141118.

TLP33

DIFERENCIAS EN LA MENTALIZACIÓN MATERNA SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR, A LOS 12 Y 30 MESES DEL NIÑO

Carolina Susana Álvarez Barra

csalvar1@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Álvarez, C.(1), Farkas, C.(2).

1. Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica.
2. PhD en Psicología, Psicóloga

Introducción: Se aborda la mentalización materna, entendida como la capacidad de concebir al niño como un ser con mente. El nivel socioeconómico familiar (NSE) ha demostrado influir en distintas variables de los padres, por lo que se propuso analizar las diferencias en la mentalización materna según el NSE familiar en dos edades del niño, 12 y 30 meses, y la influencia del NSE en el cambio entre estas edades. Se desarrolló un análisis secundario de datos, en el que participaron 90 diadas materno-filiales y se utilizaron como instrumentos la Evaluación de la Mentalización del adulto y un Cuestionario socio demográfico. Se realizó un estudio descriptivo, comparativo y longitudinal, utilizando metodología cuantitativa.

Resultados: Los resultados mostraron similitudes entre los NSE, ya que en ambas edades no había diferencias significativas en cuanto a la clasificación de mentalización (alta, adecuada y baja). A los 12 meses, era significativa la referencia a emociones en madres de NSE medio, mientras que a los 30 meses, predominaban deseos en el NSE

medio y lenguaje factual en el NSE alto. Hubo influencia del NSE sobre el cambio entre ambas edades sólo en el lenguaje causal en los NSE medio y alto, en los cuales aumentó su frecuencia, mientras que en el NSE bajo se mantuvo constante. A los 30 meses se incrementan las referencias a lenguaje causal, vínculos y cogniciones, en relación a los 12 meses. Se hipotetiza que, según el NSE de pertenencia, habrían distintas maneras de acercamiento de las madres al mundo interno de sus hijos, lo que aporta conocimiento sobre las especificidades culturales encontradas. Artículo de investigación que contó con la financiación otorgada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, proyectos FONDECYT No 1110087 y 1160110.”

TLP34

MIOCARDITIS POR CLOZAPINA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE, PERO POTENCIALMENTE FATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bernardita Prado Alcalde
bernarditaprado@gmail.com

DIAGNOSIS

Boehme V., Durán E., Prado B., Fuenzalida L., Valdés C., Gallardo R.

Psiquiatras infante juveniles (5) y psiquiatra adulto(1)

Introducción: La miocarditis por clozapina (MC) tiene una prevalencia de hasta 1,2%, ocurriendo mayoritariamente durante el primer mes de tratamiento. La forma no fulminante podría subestimarse, ya que los síntomas pueden relacionarse con la titulación farmacológica. Aunque en la mayoría de los casos ocurre una resolución espontánea y sin secuelas, se describe una mortalidad de hasta 23%.

La etiología se teoriza en hipersensibilidad mediada por: IgE, inmunocomplejos, infiltrados inflamatorios, hipercatecolaminemia, deficiencia del citocromo p450 e hiposelenemia.

El diagnóstico es clínico o histológico. Los síntomas no son patognomónicos: fiebre, taquicardia, precordialgia y disnea. Se asocia hipertroponinemia, cambios electrocardiográficos inespecíficos, hipoquinesia ventricular y compromiso de la fracción de eyección.

Objetivo: Descripción de un caso de MC, con el objetivo de alertar de este efecto adverso potencialmente letal.

Metodología: Estudio descriptivo, a propósito de un caso clínico.

Resultado: Adolescente con trastorno de espectro autista, usuario de clozapina (350 mg/día, instalada hace 7 meses). Cursa con un cuadro de tres semanas, con tos y taquicardia sinusal. Se asocia alza de troponinas y disfunción ventricular. Se ingresa a UTI y se suspende el fármaco, normalizándose los signos vitales y el funcionamiento cardíaco.

Conclusión y discusión: ante la presencia de taquicardia, fiebre o astenia, se sugiere no atribuir sólo al efecto farmacológico, sino descartar MC, monitorizar y discontinuar inmediatamente el fármaco. Esta entidad precisa un alto grado de sospecha, considerando que la clozapina es una causa poco común de miocarditis, pero posible. Considerando que no existen directrices internacionales de supervisión, es relevante considerar que el diagnóstico precoz permitiría mejora el pronóstico.

TLP35

HIPOMOTILIDAD INTESTINAL INDUCIDA POR CLOZAPINA (HIIC): UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE, PERO POTENCIALMENTE FATAL. REPORTE DE CASOS.

Loreto Fuenzalida

fuenzalidacoloma.loreto@gmail.com

Equipo Diagnósis

Boehme V.(1), Durán E.(2), Prado B.(1), Fuenzalida L.(1), Valdés C.(1), Gallardo R.(1).

1. Psiquiatras infante juveniles.
2. Psiquiatra adulto.

Introducción: La hipomotilidad intestinal inducida por clozapina (HIIC) puede conducir a la formación de un fecaloma, cuyo curso evolutivo puede llevar a complicaciones potencialmente fatales: obstrucción intestinal, necrosis, perforación y sepsis, lo que se asocia con significativa morbimortalidad. La clozapina tiene un potente efecto anticolinérgico y antagonista de los receptores de serotonina, lo que puede causar HIIC. Los factores de riesgo asociados con el HIIC incluyen: dosis de clozapina, altos niveles séricos de clozapina, administración concomitante de anticolinérgicos, uso concomitante de inhibidores enzimáticos del citocromo P450, enfermedades médicas comórbidas, fiebre, antecedente de resección quirúrgica del intestino, patología gastrointestinal y estreñimiento.

Objetivo: describir los casos clínicos de dos pacientes con HIIC; con el objetivo de alertar de un efecto adverso potencialmente letal con prevención de fácil alcance.

Metodología: estudio descriptivo, a

propósito de dos casos, previo consentimiento informado.

Resultado: se describen dos casos clínicos, ambos con dos episodios de HIIC, con requerimiento de manejo en servicios de urgencias y uno de ellos de resolución quirúrgica.

Discusión: HIIC es una entidad infrecuente, pero de potencialidad letal. Su manejo precisa la reducción cautelosa del fármaco y eventualmente el reemplazo de parte de la dosis de clozapina por antipsicóticos con menor efecto anti muscarínico (quetiapina o haloperidol). Es importante estar alerta, anticipar y prevenir situaciones de riesgo. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico suele ser tardío. Se propone considerarlo en el consentimiento informado del uso de clozapina, idear protocolos en pacientes con constipación e intervenirla precozmente.

TLP36

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE BULLYING EN INTERNADOS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Carlos Haquin

caarlosahaquin@gmail.com

Servicio Salud Ñuble

Haquin C.(1); Silva H.(2); Pérez_Villalobos C.(3); Molina C.(4); Pacheco D.(5); González N.(6); Enríquez M.(7); Etchebers D.(8).

1. Psiquiatra infantil
2. Médico
3. Psicólogo
4. Médico
5. Psicóloga
6. Psicólogo
7. Médico
8. Psicóloga

Trabajos de Psiquiatría

Introducción: El Bullying es en un problema trascendental y mediático. El Ministerio de Educación ha generado instancias de diagnóstico y prevención en Escuelas, pero el problema no se ha dimensionado en Internados.

Objetivos: Estimar la presencia de Bullying en Internados de Ñuble. Analizar la relación del Bullying con sexo, edad, curso e Internado.

Metodología: Aplicación “Cuestionario de Violencia Escolar entre pares” a estudiantes de Internados de Ñuble con autorización Institucional, consentimiento informado de apoderados de objetivos del estudio, propósito, voluntariedad y confidencialidad, y asentimiento del alumno. Estudio cuantitativo, analítico relacional empleando diseño no experimental transversal. Presentado al Comité de Ética del Hospital Clínico Herminada Martín. Autorización para iniciar investigación en Noviembre 2016.

Resultados: Aplicación de cuestionario a 50 varones y 46 mujeres, pertenecientes a Internados. Según género, las alumnas se identifican más como testigos de agresión, sin diferencias por sexo en la percepción de agresión recibida o efectuada, tampoco en la percibida por parte de profesores o grupos. No existe relación en la edad y el nivel cursado con el nivel de Bullying. Se observa en San Ignacio mayor agresión general efectuada y recibida y aumento de la agresión por parte de profesores.

Discusión: En mujeres existe mayor percepción de ser testigos de Bullying, no como víctima o agresor, existiendo un número de alumnos que realizan Bullying sin identificarse con ello, subestimando el problema. La caracteriza-

ción del Bullying en Internados muestra una problemática no abordada de salud mental Infantil, invitándonos a reflexionar e intervenir.”

SALA 3 (TLP37-TLP50) Salón Toluaca

TLP37

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA): ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN A 1 AÑO PLAZO

Marcela Abufhele M.

marceabufhele@gmail.com

Clínica Alemana de Santiago

M. Verónica Marín(1), Marcela Abufhele(2), Ana M. Briceño (2), Vivian Rybertt (1), Pascuala Donoso (3), Macarena Cruz (3), Alejandra Silva (4), Juan M. Castillo (2), Carolina Palacios (4), Lorena Cea (4), Katerina Sommer (2).

1. Pediatra-Nutrióloga, Programa Trastornos Alimentarios, Centro de Adolescencia, Clínica Alemana de Santiago.
2. Psiquiatra Infantojuvenil, Programa Trastornos Alimentarios, Centro de Adolescencia, Clínica Alemana de Santiago.
3. Psicóloga, Programa Trastornos Alimentarios, Centro de Adolescencia, Clínica Alemana de Santiago.
4. Psicóloga Adjunta, Programa Trastornos Alimentarios, Centro de Adolescencia, Clínica Alemana de Santiago.

Los TCA presentan resistencia al tratamiento y alto porcentaje de abandono(29%-73%), reportándose mejoría del 60%.

Objetivos: Evaluar en pacientes con TCA a un año de tratamiento multidisciplinario: Adherencia, evolución

biomédica, psicológica y factores asociados.

Pacientes y Método: Aprobación comité de Ética CAS-UDD. Estudio descriptivo, prospectivo. Adolescentes con diagnósticos de TCA (DSM-V) ingresadas a tratamiento en CA-CAS. Se evaluó adherencia, evolución nutricional, clínica y psicológica (EDI-2, Satisfacción Vital (SWLS-C) y Apgar familiar).

Análisis Estadístico: La evolución se evaluó mediante metodología GEE (Generalized Equation Estimation), adherencia mediante curva de Kaplan-Meier, asociación de variables pronóstica con modelo de Cox y selección multivariante Step-Wise.

Resultados: 40 pacientes: 12 Anorexia, 4 Bulimia, 8 TCANE, 1 BED (tr por atracón), 13 TCA Tipo Anorexia, 2 TCA Tipo Bulimia. Todas mujeres; edad $15,9 \pm 2,1$ años. Parámetros biomédicos: mejoría significativa en estado nutricional (Ingreso: 15 desnutridas vs 3 a 6 m, y 0 a 1 año; $p:0,001$); bradicardia (21 Ingreso vs 2 a 6 m y 1 año; $p:0,0067$) y amenorrea (15 al ingreso, 7 a 6 m y 4 a 1 año; $p:0,024$). Evolución psicológica: mejoría significativa en EDI alterado (ingreso 20 vs 8 a 6 m vs 2 al año; $p:0,038$) y en Obsesión por la Delgadez (15 vs 4 vs 1; $p:0,009$), no alcanzó significación estadística la mejoría en Apgar/SWLS. Adherencia: 91% adhieren a los 3m, 65,2% a 6m y 48% a 1 año. A mayor edad, mejor adherencia y grupo TCA Tipo Anorexia muestra la peor adherencia.

Conclusiones: Resultados sugieren que a un año de tratamiento ambulatorio de TCA es posible observar importante mejoría física y psicológica.

Porcentaje de adherencia está dentro de lo descrito en la literatura. Esperamos encontrar modelo pronóstico de adherencia con un número mayor de pacientes.

TLP38

CONDUCTA SUICIDA INFANTO-ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL GENERAL. CARACTERÍSTICAS MUESTRA EVALUADA 2015-2016.

Jonathan Bronstein

jbronstein@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile

Bronstein, J; Inzunza, C

Equipo de enlace y medicina Psicosomática, Hospital Clínico Universidad Católica.

Introducción: El suicidio es la segunda causa de muerte en niños/as y adolescentes (NNA) en Chile y también en el Mundo. El objetivo del trabajo es describir una muestra de pacientes NNA evaluados por equipo de psiquiatría de enlace Infanto-adolescente en hospitalización donde se sospecha una conducta suicida (CS). Metodología: estudio descriptivo de corte transversal. Muestra evaluada años 2015-2016 en Hospital Clínico UC, de NNA hasta 18 años derivados para evaluación psiquiátrica por sospecha de CS, se aplican cuestionarios BDI y desesperanza de Beck.

Resultados: Se recibieron 37 interconsultas en el período, correspondiendo al 11,7% del total. El 91,9% corresponden a mujeres. El grupo menores de 13 años corresponden al 24,3%, entre 14-16 40,5%, 17-18 años: 27,6%. Mayoría vive con un padre. El 62% reportaba conducta suicida previa y el 13,5% contaba con hospitalización psiquiátrica previa. El método reportado era

principalmente fármacos, donde 54% corresponde a psicofármacos y el 35% a Paracetamol. Como gatillante principal destaca el conflicto con padres (62%) seguido por conflicto escolar (16%). Ingresan habitualmente a Intermedio Médico. En 78% de los casos la indicación es Hospitalización Psiquiátrica. El principal diagnóstico psiquiátrico es un Episodio Depresivo Mayor, lo que se observa también en altos puntajes en escalas aplicadas. Miércoles y Domingo son los días donde ocurre con más frecuencia la conducta y en trimestre Abril-Junio donde se reciben más interconsultas.

Discusión: Destaca muestra predominantemente femenina, con antecedente de CS previa, uso de fármacos como método principal, paracetamol en 35% de los casos. Alta asociación a conflictiva familiar.

TLP39

IMPACTO EN LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL Y LOS RESULTADOS DEL ÁMBITO ESCOLAR EN ESCOLARES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE APOYO AL APRENDIZAJE SUYAI (CAAS) DE LA COMUNA DE PEÑALOLÉN DURANTE LOS AÑOS 2014 A 2016.

Josefina Huneus Lagos
josehuneus@gmail.com

Clínica Psiquiátrica Universitaria,
Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Huneus J (1), Irarrázaval M (2), Sepúlveda JE (2).

1. Residente Psiquiatría Infantojuvenil, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Psiquiatra Infantojuvenil, Clínica

Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El trastorno por déficit de atención (TDA) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en población infantojuvenil en nuestro país. Chile no cuenta con un programa efectivo para su abordaje. El CAAS es un programa con enfoque multidisciplinario para niños con TDA y problemas de aprendizaje en Peñalolén, Santiago.

Hipótesis: Los escolares participantes en el CAAS entre los años 2014-2016, presentan una mejoría significativa tanto de su sintomatología clínica del TDAH, como el promedio de calificaciones y la asistencia a clases.

Metodología: Estudio longitudinal retrospectivo de 102 pacientes ingresados al CAAS el año 2014 y 2015. Se compararon promedios de notas en lenguaje y matemáticas, porcentaje de asistencia anual y los puntajes de Test de Connors aplicados al ingreso al programa y al final del periodo de medición. Se realizó test de medias, utilizando una distribución t-student. Proyecto aprobado por comité de ética de SSMO.

Resultados: Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de síntomas de TDA de los niños (20,06 puntos al inicio, 14,9 puntos al final) tras un promedio de 19 meses de intervención, siendo la evolución de los hombres más favorable (5 v/s 3.22 puntos en mujeres). Además, se observa una disminución en asistencia a clases (nivel de significancia 2%), aumento en promedio de notas en Lenguaje, solo para nivel de significancia superior a 7,15% (no para medida estándar 5%). Respecto al promedio de notas en

Matemáticas no se registran cambios significativos.

Discusión: La participación en CAAS está asociado a una mejoría significativa en sintomatología clínica de TDA y en rendimiento en Lenguaje.”

TLP40

USO DE ANTIPSICOTICOS Y POLIFARMACIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD INFANTO JUVENIL.

María José Barker Maillard
majo_barker@hotmail.com
Universidad de Valparaíso
Barker M(1), Cáceres R(1), Leyton F(2), Bricceño M(3)

1. Residente Psiquiatría Infantojuvenil, Universidad de Valparaíso
2. Psiquiatra, Universidad de Chile; PhD @Psicoterapia, PUC
3. Psiquiatra Infantojuvenil, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La hospitalización psiquiátrica infantil ha aumentado en los últimos años, paralelamente se ha visto un aumento en el uso de antipsicóticos. Se sugiere que la población infantojuvenil frecuentemente es tratada con más de un antipsicótico, sin embargo existen escasos estudios de la prevalencia y predictores del uso de más de un antipsicótico en esta población.

Objetivo: Describir el uso de antipsicóticos de pacientes hospitalizados.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de pacientes ingresados en una unidad de corta estadía en un hospital psiquiátrico público, durante el año 2015.

Resultados: Se evaluó un total de 42 ingresos. En promedio usaban un total

de 2,8 fármacos al alta. El 100% fueron dados de alta con al menos 1 antipsicótico, y el 26,1% usaba más de un antipsicótico. Los más utilizados fueron: quetiapina (64%) y aripiprazol (33%). El uso de más de un antipsicótico se correlacionaba significativamente con los diagnósticos de Trastorno del espectro autista (TEA), trastorno vínculo y desarrollo de la personalidad con rasgos antisociales. Además tuvo una asociación significativa con la falta de escolarización y mayor necesidad de contenciones físicas durante la hospitalización. El uso de un antipsicótico en SOS (Clorpromazina), se asoció significativamente a más días de estadía, mayor necesidad de contenciones físicas y al TEA.

Conclusión: Los pacientes con diagnóstico del TEA, que tienen más dificultades en su manejo intrahospitalario (más días de estadía y más contenciones físicas), se ven expuestos a un mayor uso de antipsicóticos, ya sea con la necesidad de un antipsicótico en SOS o la necesidad de tratamiento con combinaciones de antipsicóticos.

TLP41

¿QUÉ FACTORES PSICOSOCIALES ESTÁN PRESENTES EN PACIENTES CON DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y TRASTORNOS DE CONDUCTA (TC)?

Bravo F.
francisca.bravo.f@gmail.com
Universidad de Valparaíso, Hospital del Salvador de Valparaíso.
Bravo F.(1), Villacura B.(1), Leyton F.(2)

1. Residente psiquiatría infantojuvenil
2. Docente psiquiatría infantojuvenil Universidad de Valparaíso.

Trabajos de Psiquiatría

Introducción: La comorbilidad más frecuentemente asociada al TDAH es TC, que se considera relevante en la evolución clínica del cuadro y su persistencia a la adultez. Describir los factores psicosociales asociados a esta comorbilidad resulta fundamental para generar futuras intervenciones para estos pacientes.

Objetivo: Estudiar los factores de riesgo psicosocial asociados a pacientes con TDAH y TC en población infantojuvenil atendida en el Hospital del Salvador de Valparaíso (HDS).

Metodología: Estudio observacional analítico de corte transversal. Incluyó a pacientes menores de 17 años con diagnóstico de TDAH, atendidos durante un período de 6 meses en la unidad infantojuvenil del HDS, estableciéndose 2 grupos de acuerdo a comorbilidad de TC. La obtención de datos se realizó mediante revisión de fichas clínicas previo consentimiento informado y el análisis estadístico con programa Stata 14.0.

Resultados preliminares: N:180 casos, 84.4% (152) hombres y 15.56% (28) mujeres, edad media 11.6 años ($DS \pm 2.60$). Se encontró comorbilidad con TC en el 50.56% (91) de los casos. De las variables analizadas, destacó la asociación estadística entre presencia de TC y género masculino ($p=0.009$; $OR=3$, $IC1.2-8.4$), auto/heteroagresiones ($p \leq 0.05$; $OR=39$, $IC1.9-8$), comorbilidad con trastorno de eliminación ($p=0.009$; $OR 5.21$, $IC 1.38-29.11$) y del eje II ($p=0.0045$); presencia de fracaso escolar y deserción escolar ($p=0.037$); presencia de VIF ($p=0.041$), institucionalización ($OR 3.92$, $IC 1.2-16.9$) y consumo de sustancias en cuidador principal ($p=0.03$). Los trastornos ansiosos se asocian con menos riesgo de

TC ($p=0.013$; $OR:0.05-0.83$).

Discusión: Los pacientes con TDAH y TC evidencian mayores dificultades escolares y factores estresores ambientales, con mayor riesgo de vulneración de derechos, llegando incluso a la institucionalización. Debe realizarse un trabajo multidisciplinario precoz para evitar este desenlace.

TLP42

USO DE VIDEO-RETROALIMENTACIÓN COMO NUEVA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA FUNCIÓN REFLEXIVA PARENTAL EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Camila Hernández Catalán
ca.hernandezcatalan@gmail.com

Universidad de Valparaíso

Hernández C. (1), Alfaro A. (1), Leyton F. (2), Pizarro P. (3), Sieverson C. (3)

1. Médico Residente Psiquiatría Infanto Juvenil
2. Psiquiatra Adulto
3. Psicóloga Clínica Infanto Juvenil.

Introducción: Está demostrada la asociación de psicopatología infantil y competencias parentales, siendo la más determinante la función reflexiva descrita como un conjunto de funciones psíquicas que permite identificar y comprender los estados mentales propios y los de otros. Con el propósito de mejorar la función reflexiva parental, se propone una intervención con video-retroalimentación en niños hospitalizados en el Servicio de corta estadía de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico del Salvador (HDS).

Objetivo: Describir la implementación y desarrollo de una intervención con VideoRetroalimentación en la unidad de hospitalización infantil del HDS

para mejorar la función reflexiva parental y evaluar los cambios post intervención en la capacidad de mentalización de los cuidadores.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo realizado en el Servicio de Corta Estadía Infantil del HDS, donde se evaluó la función reflexiva parental en una muestra de pacientes hospitalizados entre Marzo y Agosto del 2017. Se incluyeron pacientes que participaron en el taller de video-retroalimentación con su cuidador primario y que completaron un mínimo de cuatro sesiones. Se aplicó el instrumento validado Five Minutes Speech Sample, evaluado por psicóloga externa a la unidad.

Resultados: De la muestra de 8 pacientes, 5 cumplen criterios de inclusión. Todos hombres, con una media de edad de 9 años, cuidador primario que participa es pariente consanguíneo y media de sesiones que completaron son 7. Se evidencia una mejora en la función reflexiva parental.

Conclusiones: La intervención realizada mejora la función reflexiva parental en esta muestra de pacientes hospitalizados. Se necesita continuar con la investigación, para su replicación.

TLP43

UTILIDAD CLÍNICA DEL DIAGNÓSTICO DE DISARMONÍA EVOLUTIVA DE TIPO PSICÓTICA (DETP) EN PACIENTES PORTADORES DEL DIAGNOSTICO PREVIO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA) DE LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA INFANTOJUVENIL (UCE-IJ) DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR, VALPARAÍSO.

María José Barker Maillard

majo_barker@hotmail.com

Universidad de Valparaíso

Voigt, A.(1); Barker, MJ(2); Briceño, M.(3); Pizarro, P.(4); Churruca, M.(5); Leyton, F.(6).

- 1 y 2. Residente Psiquiatría Infantojuvenil, Universidad de Valparaíso
3. Psiquiatra Infantojuvenil, Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital del Salvador
- 4 y 5. Psicóloga Clínica, Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital del Salvador
6. Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital del Salvador; PhD(c) Psicoterapia, PUC.

Introducción: La DETP descrita en la clasificación francesa de trastornos mentales enfatiza en conceptos como la generación de un vínculo ritualizado con la madre y su impacto negativo en el desarrollo de la simbolización. A diferencia del TEA, su tratamiento prioriza aspectos vinculares y socioafectivos.

Objetivo: Revisar la utilidad del uso del diagnóstico de DETP en el manejo clínico en la UCE-IJ.

Metodología: Se realiza un estudio cualitativo descriptivo retrospectivo mediante la revisión de fichas de una serie de casos clínicos previo consentimiento informado. Se incluye, si portó el diagnóstico de TEA en su evolución y ha estado hospitalizado en la UCE-IJ. En evaluación en comité de ética.

Resultados: Se revisó a cinco casos hospitalizados entre Enero 2015 y Agosto 2017. Ninguno cumplió los criterios DSM-5 para TEA. Criterios compartidos de DETP: historia de periparto traumático, depresión mayor mater-

na y/o violencia intrafamiliar grave y crónica en el primer año de vida, alteraciones de lenguaje, fracaso escolar, conductas desorganizadas; al examen mental compartieron alteraciones en el pensamiento, contacto autista, psicomotricidad alterada, fenómenos de la perceptorrepresentación, irritabilidad, afecto pueril, inteligencia reducida. Desde la sospecha diagnóstica todos recibieron: hospitalización con estudio completo e intervención socioafectiva, vincular y judicialización. Resultados obtenidos con el cambio en las intervenciones: mantienen escolarización, mejoría relativa en la adherencia, mejora el contacto y la regulación conductual del paciente.

Conclusión: En nuestra experiencia, el diagnóstico de DETP da una aproximación integradora, que permite intervenciones específicas y multimodales que llevan a mejorar el funcionamiento y la adaptación de los niños.

TLP44 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) CON TRASTORNOS EX- TERNALIZANTES (TE) EN LA UNI- DAD INFANTOJUVENIL (UIJ) DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (HDS): CARACTERÍSTICAS EN VÍCTI- MAS DE MALTRATO INFANTIL

Francisca Bravo

francisca.bravo.f@gmail.com

Universidad de Valparaíso, Hospital
del Salvador.

Bravo F.(1), Villacura B.(1), Leyton
F.(2)

1. Residente psiquiatría infantojuvenil
2. Psiquiatra y docente psiquiatría infantojuvenil Universidad de Valparaíso.

Introducción: Las experiencias ad-
versas en la infancia, especialmente

el maltrato infantil, se ha asociado al desarrollo de TE. La evidencia sugiere que la presentación y evolución clínica será peor en pacientes con perfil sociodemográfico adverso, incluyendo psicopatología en padres, características familiares y abuso/maltrato, entre otros.

Objetivo: Comparar las diferencias clínicas y sociodemográficas entre NNA con TE con antecedente de maltrato infantil versus aquellos que no lo presentan.

Metodología: Estudio observacional analítico de corte transversal que incluyó a pacientes menores de 17 años con diagnóstico de TE atendidos en 6 meses en la UIJ del HDS. Se establecieron 2 grupos según la presencia o no de antecedente de maltrato infantil. Los datos se obtuvieron de una base de datos anonimizada y el análisis estadístico se realizó con programa Stata 14.0.

Resultados preliminares: N: 205 pacientes, siendo 58% (120) víctima de maltrato. Éstos tuvieron mayor riesgo de auto/heteroagresiones ($p=0.01$; $OR=2.05$ (IC 1.09-3.85)) y/o desajustes conductuales ($p=0.007$; $OR=2.2$ (IC 1.2-4.1)) al ingreso. El antecedente de maltrato se asoció con comorbilidad en el eje II ($p=0.005$; $OR=2.2$ (IC 1.2-4.2)), especialmente trastorno del desarrollo de la personalidad ($p=0.006$; $OR=2.8$ (IC 1.3-6.6)); con deserción escolar ($p=0.09$; $OR=2.6$ (IC 1.1-6.3)) y repitencias ($p=0.002$; $OR=2.4$ (IC 1.3-4.6)). El 100% de los pacientes con trastorno por uso de sustancias fueron maltratados. A nivel familiar, se asoció con disfunción familiar ($p=0.002$) y abuso de sustancias del cuidador principal ($p=0.03$). Familia biparental tuvo menos riesgo de maltrato ($p=0.0001$;

OR=0.25(IC0.1-0.5)).

Discusión: El maltrato infantil parece ser un factor importante en la presentación clínica de los TE, así como en las características familiares y el desempeño escolar de los NNA afectados, a las que se deben prestar especial atención para un manejo clínico óptimo.

TLP45

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) CON TRASTORNOS EXTERNALIZANTES (TE) Y ESCOLARIDAD: FACTORES ASOCIADOS A FRACASO ESCOLAR (FE)

Bárbara Villacura Vásquez

barbaravillacura@gmail.com

Universidad de Valparaíso

Bravo F.(1), Villacura B.(1), Leyton F.(2)

1. Residente psiquiatría infantojuvenil de la Universidad de Valparaíso.
2. Psiquiatra docente Universidad de Valparaíso.

Introducción: La evidencia de TE señala un riesgo de peor rendimiento escolar y otras dificultades académicas. Sin embargo, la información local sobre las características de NNA con TE que presentan FE, entendido como repitencias y/o deserción escolar, es más bien escasa.

Objetivo: Identificar las principales características de los NNA con TE que presentan FE.

Metodología: Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyó a menores de 17 años con diagnóstico de TE atendidos en un periodo de 6 meses en la Unidad Infantojuvenil del Hospital del Salvador. Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos anonimizada y el análisis

estadístico se realizó con Stata 14.0.

Resultados preliminares: n: 205, 53% (110) con FE. 42% (86) tuvo ≥ 1 repitencia y 22% (22) desertó. El FE se asoció con mayor edad al diagnóstico ($p < 0.05$). Dentro del eje I destaca mayor riesgo en trastornos depresivos ($p = 0.009$; OR:3.3 (IC1.3-9.6)). Todos los TUS tuvieron FE. Se observó mayor riesgo de comorbilidad en eje II ($p < 0.05$; OR 4.3 (IC2.2-8.3)), incluyendo déficit intelectual ($p = 0.006$), y trastorno del desarrollo de la personalidad ($p = 0.0005$; OR:3.4 (IC1.6-7.6)). En el ámbito psicosocial, se encontró asociación con disfunción familiar ($p = 0.03$) y maltrato infantil ($p = 0.005$), consumo de sustancias del cuidador principal ($p = 0.004$), tipo de colegio ($p = 0.006$) y asistencia a PIE. Se observó un riesgo aumentado de fracaso escolar asociado al haber estado en SENAME ($p = 0.001$ OR2.9 (IC1.5-5.4)) y estar institucionalizado al momento del estudio ($p < 0.05$; OR:20 (IC3.14-865)). El cuidado de un tercero parece ser protector ($p = 0.006$ y OR 0.3 (IC 0.1-0.7)).

Discusión: Existen características clínicas y ambientales asociadas al FE a las que se debe prestar especial atención como eventuales signos de alarma.

TLP46

PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CORTA ESTADÍA INFANTIL CON ANTECEDENTE DE VULNERACIÓN DE DERECHOS. UN ESCENARIO COMPLEJO.

Rocío Cáceres Saavedra

rocio.caceres.s@gmail.com

Universidad de Valparaíso

Cáceres R. (1), Barker M.(1), Leyton F (2).

Trabajos de Psiquiatría

1. Residente Psiquiatría Infantojuvenil, Universidad de Valparaíso.
2. Psiquiatra, Universidad de Chile; PhD @Psicoterapia, PUC.

Introducción: Los pacientes con antecedentes de vulneración de derechos (VD), son una realidad frecuente en nuestro medio hospitalario y requieren intervenciones a distintos niveles. La VD se asocia a psicopatología por lo cual pueden requerir hospitalización.

Objetivo: Caracterizar la población de pacientes hospitalizados con antecedentes de VD y comparar con grupo sin este antecedente.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. La información fue obtenida de una base de datos de pacientes hospitalizados durante el año 2015 en unidad de corta estadía infantil, Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso. En fase de revisión de Comité de ética.

Resultados: Del total de 42 pacientes, 47,6% tenía antecedente de VD; de éstos, un 45% se encontraba institucionalizado, 25% tenía antecedente de abuso sexual infantil (ASI) y 20% de violencia intrafamiliar (VIF). Se realizó intervención multidisciplinaria en todos los casos. Se encontró una asociación significativa entre VD y trastorno conductual, trastorno del desarrollo de la personalidad disocial, trastorno del desarrollo de la personalidad psicótico y el número de diagnósticos de egreso. El subgrupo de pacientes institucionalizados presentó significativamente mayor diagnóstico de trastorno conductual y repitencia escolar. Ambos subgrupos ASI y VIF se asociaron significativamente a trastorno vincular. ASI se asoció a mayor duración de la

hospitalización.

Conclusiones: La vulneración de derechos en estos pacientes es un escenario complejo que se asocia a alteraciones severas del desarrollo de la personalidad, y en algunos subgrupos a deterioro en funcionamiento escolar y mayor estadía hospitalaria. Se necesita más estudio para evaluar pronóstico del paciente luego del alta.”

TPL47

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL CON TRASTORNOS DE CONDUCTA (TC) CONSULTANTE EN NIVEL SECUNDARIO

Barbara Villacura Vásquez
barbaravillacura@gmail.com
Universidad de Valparaíso
Villacura B.(1), Bravo F. (1), Leyton F. (2).

1. Residente psiquiatría infantojuvenil Universidad de Valparaíso.
2. Psiquiatra docente psiquiatría infantojuvenil Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los TC son patologías de salud mental infantojuvenil de alta prevalencia. Muchos factores están descritos en su etiología y mantención, entre ellos, algunos sociales y familiares que de ser identificados podrían generar instancias de intervención.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas de la población consultante con diagnóstico de TC en la unidad infantojuvenil (UIJ) del Hospital del Salvador de Valparaíso (HDS).

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de TC, menores de 17 años,

consultantes en un período de 6 meses en UIJ de HDS. Se realizó estadística descriptiva con Stata 14.0.

Resultados preliminares: Muestra de 116 casos, 85.3% (99) hombres y 14.6% (17) mujeres. La media de edad de ingreso a UIJ fue de 9.1 años (DS±2.66). Al ingreso 69.5% (80) presentó desajustes conductuales y/o descontrol de impulsos y 55.6% (64) auto/heteroagresión. El 76.7% (89) presentó una comorbilidad en el eje I y un 89.6% (104) en el eje IV, destacando la disfunción familiar en el 81% (94) y maltrato infantil en el 45.6% (53). El 82.6% (95) presentó dificultades escolares y un 7.7% (9) estaba desescolarizado. El 43.1% (50) ha estado en SENAME y el 14.7% (17) estaba institucionalizado al momento del estudio. Respecto a psicopatología materna, el 17.1% (18) tenía el antecedente de patología previa y el 20.9% (22) de una al momento de la evaluación. 12.2% (13) de los cuidadores primarios tiene antecedente de consumo de sustancias.

Conclusiones: Los pacientes con TC presentan elevados factores de riesgo psicosocial a nivel familiar y escolar que dificultan su desempeño y desarrollo y que requieren de un trabajo preventivo de tipo comunitario.

TLP48

EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN MENORES DE 15 AÑOS HOSPITALIZADOS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO G. BENAVENTE (2012-2017)

Marcelo Cruz Barriga
mecb75@hotmail.com

Hospital Guillermo Grant Benavente
Marcelo Cruz B. (1) Pablo Vergara-Ba-

rra (2) Claudia Ihl (3) Massiel Fonseca (4) Paula Rodríguez (5).

1. Psiquiatra Infanto-Juvenil
2. Psicólogo clínico Infanto-Juvenil
3. Estudiante pregrado Medicina
4. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil.
5. Psicólogo clínico Infanto-Juvenil.

Introducción: La conducta suicida es un problema de salud pública en nuestro país, no obstante, no está claro aún el perfil de los adolescentes que presentan conducta suicida y la variación temporal de los factores involucrados.

Objetivos: Observar evolución de variables asociadas a conducta suicida en adolescentes menores de 15 años que requieren hospitalización.

Método: Estudio descriptivo observacional. Se revisó información de pacientes menores de 15 años hospitalizados por conducta suicida entre 2012 y 2014 (n=39), y se comparó con mismo grupo hospitalario y etario comprendido entre enero de 2015 y junio de 2017 (n=49).

Resultados: La comparación muestra diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta suicida previa (21% v/s 63%), comunicación previa de la conducta suicida (27% v/s 10%), control actual en salud mental (37% v/s 53%) y repitencia (33% v/s 45%).

Otros resultados muestran diferencias relevantes pero no significativas: Ingesta medicamentosa como método suicida (92% v/s 80%), discusión con cercanos como gatillante (74% v/s 61%), requerimientos de UTI/UCI (53% v/s 43%) e historia de maltrato (44% v/s 51%) y abuso sexual (25% v/s 31%). El consumo de alcohol y sustancias en

horas previas es infrecuente (3% v/s 6% y 0% v/s 2% respectivamente). El género femenino predomina en ambas muestras (87% v/s 86%).

Discusión: Se mantiene mayor prevalencia en mujeres e ingesta medicamentosa como método más empleado. Adquieren mayor relevancia los antecedentes de conducta suicida anterior, repitencia escolar y atención intercurrente en salud mental al momento del intento, así como menor comunicación previa de la conducta suicida.

TLP49

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE BENZODIACEPINAS: PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN ADOLESCENTES.

Loreto Céspedes Parada
loretocespedes@gmail.com
SENDA

(1) Loreto Céspedes Parada (2) Maureen Lozier Gotschlich

1. Psiquiatra Infantojuvenil
2. Socióloga Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Desde el año 2015 se han levantado alarmas en SENDA respecto del consumo creciente de Benzodiazepinas en adolescentes en tratamiento por consumo problemático. A modo de cuantificar esta preocupación se analizó las bases de datos de Sistema informático SISTRAT de SENDA para los adolescentes en tratamiento bajo la ley 20.084 (2013-2016) y de población general (2014-2016). Los tamaños muestrales variaron entre 4434 y 5382 de casos en tratamiento por año para adolescentes infractores menores de 20 años, y entre 1008 y 1213 para adolescentes de población general menores

de 18 años. El análisis estadístico de las diferentes variables se realizó a través del programa STATA. La muestra fue mayoritariamente masculina (promedios de 89,94%/63,14% para población infractora/general). De los resultados destaca un aumento sostenido y estadísticamente significativo del consumo de "Sedantes" como droga principal en ambas poblaciones a través del tiempo, siendo más intenso en población infractora y femenina, posicionándose esta droga como tercera después de Cannabis y PBC, y la segunda droga principal en población femenina. En población general aumentó su consumo principalmente como droga secundaria, también mayor en mujeres. Destaca un patrón de consumo predominantemente diario, con un perfil de dependencia en un 55,07% y con un compromiso biopsicosocial de mayor severidad que Cannabis. Este estudio apunta a configurar un perfil psicopatológico de riesgo para el consumo de Benzodiazepinas, con características particulares a nivel de género, factores de riesgo y expresión sintomática, que apunten a optimizar el diagnóstico, prevención y tratamiento de consumo problemático de Benzodiazepinas en población adolescente.

TLP50

EXPERIENCIA EN EL USO DE CLOZAPINA EN MENORES DE 18 AÑOS EN HOSPITAL DOCTOR HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA (HHHA) DE TEMUCO HASTA JULIO DE 2017

Bárbara Aguilera
barbara.aguilera2010@gmail.com

Departamento de Salud Mental, Universidad de La Frontera, Temuco.
Servicio Psiquiatría Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Venegas S.(1), Aguilera B.(2), López M. (3), González M.(3), Riquelme(4).

1. Psiquiatra infanto-juvenil
2. Residente psiquiatría adulto
3. Internas Medicina UFRO
4. Psiquiatra adulto

Introducción: Clozapina, antipsicótico atípico de alta potencia, utilizado como tratamiento de última línea por sus potenciales riesgos (agranulocitosis y baja de umbral convulsivo). Por esto, en población infantojuvenil existe mayor resistencia a su uso, a pesar de los beneficios demostrados. Existe poca evidencia nacional, siendo interesante entregar un informe de nuestra experiencia en HHA.

Objetivos: Describir pacientes menores de edad tratados con clozapina en HHA hasta julio de 2017, según variables demográficas y clínicas. Metodología: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Incluye a todos los pacientes menores de edad registrados en la plataforma vigilancia farmacológica de clozapina y fichas clínicas. Análisis estadístico en Excel. El proyecto se encuentra en evaluación por comité de ética del Servicio de Salud.

Resultados: 18 pacientes, 44% mujeres, 56% hombres, entre 9 y 17 años. Diagnósticos: Esquizofrenia 83,33%, Tr. esquizoafectivo 11%, Tr. afectivo bipolar 11%. Efectos adversos: 4 Alarma tipo 1, 1 eosinofilia leve, somnolencia 56%, sialorrea 22%, enuresis 11%. 3 pacientes suspenden tratamiento. 46% disminuyó el número de fármacos, 47% monoterapia. Hospitalización: 13 previa, 7 posterior a clozapina. Terapia electroconvulsiva (ECT): 6 previo, 4 posterior.

Discusión: Aunque los pacientes son escasos, representan a toda la población infantojuvenil que ha utilizado clozapina en la provincia de Cautín. Existe baja tasa de complicaciones y abandono de tratamiento, alto porcentaje de monoterapia y disminución de hospitalizaciones y ECT. Como limitantes está el tipo de estudio, no pudiendo inferir causalidad. Además, las fichas clínicas podrían estar incompletas, lo cual se corregiría realizando un estudio prospectivo.

TRABAJOS PLATAFORMA PSIQUIATRÍA (TPP 01-08)

Salón Lonquimay Viernes 17 de Noviembre 08:30-10:30

TPP01

ANORMALIDADES CONDUCTUALES Y ELECTROENCEFALOGRÁFICAS (EEG) EN SUJETOS HIGH-RISK Y CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO DURANTE UNA TAREA DE MEMORIA DE TRABAJO.

Rolando Castillo Passi
rolacastillo@gmail.com

Clínica Psiquiátrica, U. de Chile
Castillo RI (1), Mayol R (2), Corral S (3), Aburto B (4), González D (5), Ibaceta O (6), Maturana A (7), Pardow A (8), Vergara G (9), Silva H (10), Gaspar PA (11).

1. Residente de psiquiatría adultos y Phd (c) en ciencias médicas
2. Psicóloga y Phd (c) en ciencias biomédicas
3. Psicólogo y Phd (c) en psicología
4. Bióloga y Phd (c) en ciencias biomédicas
5. Kinesiólogo y MSc (c) en neurociencias
6. Residente de psiquiatría infantojuvenil
7. Psiquiatra infanto-juvenil

Trabajos de Psiquiatría

8. Psicóloga
9. Psiquiatra adultos
10. Psiquiatra adultos
11. Psiquiatra adultos y Phd en neurociencias

Introducción: La memoria de trabajo (MT) es la capacidad de mantener información en línea para realizar una tarea. La corteza prefrontal (CPF) es crucial en este proceso cognitivo. Previamente, se han mostrado alteraciones electroencefalográficas (EEG) en CPF de sujetos con esquizofrenia (EZ), lo que podría explicar parte de la neurobiología de sus síntomas cognitivos. Sin embargo, es poco lo que se sabe sobre sus etapas iniciales.

Objetivo: Evaluar la neurofisiología de la MT en sujetos high-risk (HR) y con primer episodio psicótico (PEP). Métodos: Se realizó un EEG mientras se ejecutaba una tarea de MT con 3 cargas en 17 PEP, 13 HR y 27 controles (CNT). Se midió la conducta, P300 y se confeccionaron cartas tiempo-frecuencia en CPF para luego realizar un análisis de varianza (ANOVA). El estudio fue autorizado por el comité de ética local.

Resultados: La tarea mostró tener efecto de carga a nivel conductual. Los sujetos HR y PEP presentaron peores puntajes conductuales que los CNT. Los PEP mostraron tener mayor poder en todas las bandas de frecuencia respecto a los CNT y HR, durante mantención. No hubo diferencias significativas en P300 ni en análisis de fase en mantención, pero hay una tendencia a empeorar con el avance de la enfermedad.

Discusión: Los hallazgos son consistentes con la literatura. Los sujetos HR tienen un compromiso conductual y

EEG intermedio entre CNT y PEP, lo que podría dar cuenta del curso de la enfermedad, configurando un marcador de rasgo y explicando en parte las alteraciones cognitivas de la EZ en etapas precoces.

TPP02

EFFECTOS A LARGO PLAZO DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN DEPRESIÓN EN FAMILIAS CHILENAS: PROGRAMA FAMILIA ACTIVA

Lily Arriagada Palma

lilyfernanda.a@gmail.com

Clínica Psiquiátrica Universitaria, universidad de Chile

Arriagada L. (1), Irrarázaval M. (1,2), Prieto M. (2), Beardslee W. (3), Gladstone T (4).

1. Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile
2. Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile
3. Harvard University, Boston, Estados Unidos
4. Wellesley College, Boston, Estados Unidos”

Introducción: El Programa Familia Activa (FA) es una intervención preventiva para familias con depresión parental adaptada en Chile. Consta de 7 módulos psicoeducativos implementados por personal de salud, que se realiza en el domicilio de las familias y ha mostrado beneficios en la salud mental y funcionamiento de los niños y sus padres.

Objetivo: Evaluar la mantención del efecto de FA a largo plazo en la salud mental de familias con depresión parental.

Metodología: Se realizó un ensayo controlado aleatorizado con 17 familias de Recoleta, Santiago de Chile. Un total de 119 sesiones fueron realizadas, siendo evaluadas a los 1, 3 y 8 meses, respecto a sintomatología depresiva parental e infantil, conducta de los hijos, competencias parentales y funcionamiento familiar. Proyecto aprobado por Comité de Ética y financiado por CONICYT.

Resultados: En el seguimiento, se observó una disminución significativa de síntomas depresivos maternos ($p < 0,01$), incremento significativo en las habilidades parentales maternas ($p < 0,01$), particularmente habilidades reflexivas ($p < 0,05$) e incremento de la adaptabilidad familiar después de la intervención, lo que siguió siendo significativo a los 8 meses ($p < 0,05$). También se evidenció una disminución significativa en problemas de comportamiento de los niños reportados por las madres, comparados con los presentados antes de la intervención ($p < 0,05$). Los niños no informaron síntomas depresivos en el seguimiento.

Discusión: FA es una intervención preventiva centrada en familias con depresión parental que contribuye en el funcionamiento familiar e individual, incrementando competencias parentales, reduciendo sintomatología depresiva parental e infantil y disminuyendo el reporte de problemas conductuales de los hijos a largo plazo.

TPP03

“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA, DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE CON CRITERIOS DE ULTRA ALTO RIESGO DE PSICOSIS (UHR) CON Y SIN

TRANSICIÓN A PSICOSIS”.

Oswaldo Rodrigo Ibaceta Farías
oibacetaf@gmail.com

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile (CPU).

Ibaceta O.(1), González G(2), Castillo R. (3), Corral S. (4), Mayol R. (5), Aburto M. (6), Villar M. (7), Ulloa K. (8), Maturana A. (9), Silva H. (10), Gaspar P. (11).

1. Residente Psiquiatría Infante Juvenil
2. Psicólogo
3. Residente Psiquiatría adulto-alumno de Doctorado en Ciencias Biomédicas
4. Neuropsicólogo- alumno de Doctorado en Ciencias Biomédicas
5. Psicóloga-alumna de Doctorado en Ciencias Biomédicas
6. Psicóloga-alumna de Doctorado en Ciencias Biomédicas
7. Psiquiatra Infante Juvenil
8. Psiquiatra Infante Juvenil
9. Psiquiatra Infante Juvenil
10. Psiquiatra Adulto
11. Psiquiatra Adulto-Doctor en Ciencias Médicas.

Introducción: Es un desafío prioritario la investigación para lograr detectar e intervenir las etapas tempranas de las Psicosis, por esto realizamos un estudio pionero en Chile usando criterios de UHR.

Objetivo: Caracterizar clínicamente a pacientes con UHR durante 3 años de seguimiento. Metodología: Estudio prospectivo de pacientes UHR de 12 a 28 años de CPU entre Mayo 2014 y Mayo 2017, con aprobación Comité Ética Facultad de Medicina U.Chile. Realizamos tamizaje PRIMEScreen y controles cada 6 meses con SIPS/SOPS, GAF, CGI.

Resultados: Reclutamos 27 pacientes, analizando comparativamente 14 pacientes, 71% hombres, 29% mujeres, entre 12 y 28 años de edad, 10 años de escolaridad promedio, 100% solteros, 93% provenientes de Región Metropolitana. Un 64% usuarios de FONASA. Tiempo medio de seguimiento fue 545,6 días. El 85,7% cumplieron criterios de Síndrome de Psicosis Atenuada. Presentaron comorbilidad: 43% TDAH, 28% trastornos anímicos, 21% trastornos ansiosos. Recibieron de tratamiento: 100% Psicoeducación, 64% psicoterapia, 92% antipsicóticos, 71% antidepressivos, 28% psicoestimulantes y 28% omega-3. El 21% transitó a Esquizofrenia. Presentaron una mediana de tiempo supervivencia hasta transitar a psicosis de 571 días. No encontramos diferencias significativas entre los pacientes que convierten y los que no convierten a psicosis. Sólo observamos diferencias en GAF de ingreso ($p=0,05$) y SIPS General ($p=0,08$).

Conclusiones: Nuestra cohorte posee características similares a las cohortes internacionales. Presentamos limitaciones en reclutamiento y adherencia que disminuyeron el tamaño muestral. Proyectamos crear una red de colaboración clínica, primero nacional y luego sudamericana para generar evidencia que contribuya en las políticas de salud mental sudamericanas.

TPP04

AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Vania Martínez Nahuel

vmartinezn@med.uchile.cl

CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Vania Martínez (1), Francisco Ojeda (2), Mariela Suárez (2), Daniel Espinosa (2), Christian Vásquez (3), Graciela

Rojas (4).

1. Psiquiatra infantil y del adolescente
2. Psicólogo
3. Estudiante de medicina
4. Psiquiatra de adultos

Introducción: El autoestigma de la depresión se asocia a una menor búsqueda de ayuda. Una mejor comprensión de este tópico en adolescentes puede favorecer el desarrollo de campañas anti-estigma.

Objetivo: Caracterizar el autoestigma de la depresión en adolescentes.

Metodología: Estudio transversal descriptivo, aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Participaron 181 adolescentes de dos colegios de Santiago (Chile), entre 13 y 18 años (promedio 14,7; DE 1,0), 49% mujeres. Se utilizó la Self-Stigma of Depression Scale (SSDS), adaptada transculturalmente y con adecuadas propiedades psicométricas. La escala está compuesta por 16 ítems y cuatro subescalas (vergüenza, autculpa, inadecuación social, inhibición en la búsqueda de ayuda). El puntaje total fluctúa entre 16 y 80 y el puntaje por subescala, entre 4 y 20. Se realizó análisis de estadística descriptiva en la muestra total y diferenciados por sexo.

Resultados: El promedio del puntaje total de SDSS fue de 49,3 (DE 11,8), 50,3 (DE 12,0), en mujeres y 48,3 (DE 11,6), en hombres. El mayor puntaje se encontró en la subescala autculpa (promedio 14,8; DE 2,7). Las mujeres presentan mayores puntajes que los hombres en las subescalas de vergüenza (promedio 11,9; DE 4,6 vs. 10,8; DE 4,5) e inadecuación social (promedio

12,2; DE 3,8 vs. 11,2; DE 3,8).

Discusión: Éste es el primer estudio de este tipo en Latinoamérica. Ampliar el estudio en una muestra más grande y complementarlo con metodologías cualitativas permitirá diseñar intervenciones para reducir el autoestigma de la depresión en adolescentes. **Financiamiento:** Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) IS130005; FONDECYT 1161696

TPP05

APLICACIÓN PILOTO DE CUIDA TU ÁNIMO: UN PROGRAMA BASADO EN INTERNET PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Carolina Luttgés Dittborn

cluttges@yahoo.com

CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Vania Martínez (1), Daniel Espinosa (2), Carolina Luttgés (2), Francisco Ojeda (2), Mauricio Fernández (2), Silvana Montoya (2), Fernando Parada (2), Matías Irrarázaval (1), Paul Vöhringer (3), Markus Moessner (2), Stephanie Bauer (2), Ricardo Araya (3), Graciela Rojas (3).

1. Psiquiatra infantil y del adolescente

2. Psicólogo/a

3. Psiquiatra de adultos

Introducción: Programas para depresión basados en internet han mostrado resultados prometedores en países desarrollados. En Latinoamérica, falta investigación.

Objetivo: Describir factibilidad, uso y aceptabilidad de un programa basado en internet para la prevención e intervención temprana de depresión en

adolescentes en Latinoamérica.

Metodología: Estudio descriptivo de aplicación piloto de intervención. Participaron adolescentes de dos colegios de Santiago, Chile y dos de Medellín, Colombia. Hubo aprobación de los respectivos comités de ética. El programa contó con un sitio web con información psicoeducativa, foros, monitorización de síntomas con retroalimentación y consulta en línea con especialista. Adolescentes con alta sintomatología depresiva y/o riesgo suicida fueron referidos a atención presencial. Se aplicó Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) al inicio y seis meses después, y cuestionario de aceptabilidad. Se realizaron cuatro grupos focales. Se hicieron análisis de estadística descriptiva y de contenido.

Resultados: Participaron 199 adolescentes, entre 13 y 17 años (promedio 14,8; DE 1,0), 53,3% mujeres. El puntaje promedio del PHQ-9 inicial fue 8,8 (DE 5,7) y de 7,3 (DE 5,0), final. 24,0% realizó un uso esperado y 82,6% estuvo satisfecho con el programa. Valoraron que el programa haya sido guiado por especialistas, los videos y que las monitorizaciones les permitieran tomar conciencia de cómo se estaban sintiendo. Sugirieron que el programa incluyera actividades presenciales y tuviera mejor acceso a través de dispositivos móviles.

Discusión: El programa fue factible de implementar y bien aceptado. El uso fue menor al esperado. Es necesario involucrar a adolescentes en las mejoras del programa para favorecer su participación. **Financiamiento:** Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) IS130005; FONDECYT 1161696.”

TPP06

FAMILIA: ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Pablo Vergara

pablovergarabarra@gmail.com

Universidad de Concepción

Daniel Silva(1), Mario Valdivia(1), Pablo Vergara(3), Elizabeth Álvarez(4), Carolina Soto(5).

1 y 4. Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil

2. Psiquiatra Infanto-Juvenil

3. Psicólogo Clínico

5. Enfermera

Introducción: En Chile, el suicidio constituye la segunda causa de muerte en adolescentes con el mayor aumento entre los 15 a 19 años llegando a 11,4 por 100.000 el año 2010. Se asocian múltiples factores y serán los familiares los que se abordarán.

Método: Estudio descriptivo y prospectivo. Se consideró un n=919 alumnos de primer año de enseñanza media de 7 comunas de la provincia de Concepción. Se consideraron antecedentes sociodemográficos, antecedentes familiares, cohesión y adaptabilidad familiar. Un año después se les aplicó una escala de suicidalidad.

Resultados: El grupo que intentó suicidarse durante el seguimiento presentó un porcentaje mayor de adolescentes que no vivían en la casa de sus padres, no convivían con sus madres, sus madres habían fallecido, otro familiar había cometido suicidio, sus madres intentaron suicidarse, había problemas por consumo de alcohol y drogas en la familia, sus padres no estaban casados y tenían menores niveles de cohesión y adaptabilidad familiar ($p<0.01$). En el

modelo multivariado el antecedente de la madre fallecida o que haya intentado suicidarse, que otro familiar se haya suicidado, la presencia de problemas familiares por consumo de alcohol y drogas y la cohesión familiar prevalecen sobre los otros factores confundentes ($p<0.05$).

Conclusiones: La falta de proximidad percibida de los adolescentes con sus padres resulta preponderante en la elaboración de la tentativa suicida. En el esquema de parentalidad los antecedentes familiares dolorosos asociados a la figura materna resaltan como mayor referente en la prevalencia del intento suicida por sobre otros factores familiares.

TPP07

VALIDACIÓN DEL M-CHAT-R/F COMO INSTRUMENTO DE TAMI- ZAJE PARA DETECCIÓN PRECOZ EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN UNA PO- BLACIÓN EN CHILE

Jonathan Bronstein

jbronstein@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile Coelho-Medeiros, E., Bronstein, J., Aedo K., Pérez C., Pereira J., Arraño V., Garrido I., Valenzuela P., Moore R., Bedegral P.

Equipo de Trastornos del Espectro Autista. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El tamizaje de los trastornos del espectro Autista (TEA) mediante el M-CHAT-R/F ha demostrado aumentar la detección precoz, posibilitando intervenciones tempranas y mejorando el pronóstico del cuadro. Este instrumento es sugerido como parte del algoritmo de manejo del niño con sospecha de TEA en diversas guías clínicas.

El objetivo de este trabajo es realizar la validación del M-CHAT-R/F en población chilena. Metodología: Estudio mixto. La primera etapa consistió en adaptación transcultural desde versión española. La segunda etapa, de diseño cuantitativo-descriptivo, se realiza validación concurrente en relación con test diagnóstico ADOS-2. Población: Se aplicó M-CHAT-R/F a muestra total de 120 niños: 20 niños seleccionados por conveniencia con clínica alto riesgo de TEA y 100 niños, seleccionados al azar, consultantes a control sano en red salud UC-Christus, ambos grupos con edades entre 16 y 30 meses. Se aplicó Test de ADOS a 20 pacientes de muestra general al azar y a los 20 pacientes de muestra clínica.

Resultados: Edad promedio muestra: 22,5 meses. Muestra población general 58% varones, muestra clínica 5% mujeres. En población sana M-CHAT-R/F resultó alterado en 2 pacientes, siendo uno positivo y otro negativo para TEA en ADOS-2. En muestra clínica el M-CHAT-R/F fue positivo en todos, con test de ADOS negativo en 3 casos y positivo en 17 restantes. Se calcula Fiabilidad Alfa 0.89, Sensibilidad 100% y Especificidad en 86%.

Discusión: MCHAT-R/F en su versión chilena resultó un instrumento fiable, sensible y específico de manera similar al original. La validación es un proceso continuo que debe profundizarse.

TPP08

SATISFACCIÓN CON LA VIDA, COMO MEDIDA DE BIENESTAR SUBJETIVO, Y APEGO EN ADOLESCENTES CONSULTANTES EN SALUD MENTAL

Dra. Carolina Muñoz Molina
dracarolinamunoz@gmail.com

Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria

Álvarez K.(1); Muñoz C.(2) y Valdés C.(3).

1. Psicóloga, PhD (c)
2. Residente Psiquiatría de Niños y Adolescentes
3. PhD en Psicología

Introducción: Satisfacción vital (SV) es medida de bienestar subjetivo (Diener, 2012) y predictor de psicopatología (Huebner, Funk, Gilman, 2000). Aunque investigaciones relevan la asociación de SV y variables interpersonales/familiares, el estudio del apego y SV adolescente escasea (Xu, Huebner, Hills, 2013). Estudios relacionan los estilos de apego con psicopatología adolescente. Calidad de relaciones familiares influye en presentación y mantenimiento de psicopatología.

Objetivo: evaluar SV en adolescentes consultantes y su relación con estilos de apego, funcionalidad familiar, psicopatología.

Método: diseño transversal, probabilístico. Muestra: 13-16 años, consultantes Unidad Docente-Asistencial. Aprobado por comité de ética, con consentimiento y asentimiento. Exclusión: discapacidad mental moderada o severa y/o psicosis. Procedimiento: aplicación Escala SV (SWLS-C), Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ), APGAR Familiar, Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ), encuesta sociodemográfica y variables asociadas (espiritualidad, participación social, relaciones). Análisis estadísticos: descriptivo, bivariado y regresión lineal múltiple. SPSS 22.0.0.0.

Trabajos de Psiquiatría

Resultados: n= 27, 63% mujeres, 14,6+1,5 años, 77,8 % y 77 % educación y salud pública, 48,1 % biparental, psicopatología parental (M: 25,9; P: 13,6 %). SV: 16,8+4,34. Mayoría perciben disponibilidad y cooperación de figura apego materna, 23,1 % respuesta afectiva negativa. Asociación positiva SV y Disponibilidad $r = .38$ ($p < .10$) y funcionalidad familiar $r = .50$ ($p < .05$). Negativa entre SV y afecto negativo $r = -.41$ ($p < .05$); síntomas internalizante

$r = -.44$ ($p < .05$). De los modelos formulados en análisis de regresión la disponibilidad de figura de apego aporta un 36% a la varianza de SV ($p < .05$).

Discusión: Estilos de apego (AAQ) tienen un efecto en SV controlando por síntomas. Limitaciones: muestra pequeña, alta relación intervariables (apego y funcionalidad familiar). Investigación en proceso.

TRABAJOS LIBRES NEUROLOGÍA PARA SALA COMÚN

Jueves 16 de noviembre 14:30 – 16:15 hrs, Salones Araucanía, Lonquimay, Llaima e Il Nono.

Salón Araucanía (TLN1-TLN11) (CCN1 a CCN3) (CCN20 a CCN22)

TLN1

PATRONES ELECTROENCEFALOGRAFICOS (EEG) COMO PREDICTORES DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN EPILEPSIA MIOCLÓNICA JUVENIL (EMJ).

Aleksandra Zakharova¹, Ximena Varela^{2,3}, Felipe Castro^{2,3}.

1. Residente Programa de Formación de Especialistas Neurología Pediátrica, Campus Norte, Universidad de Chile.
2. Profesor Asistente Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
3. Médico neurólogo Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital Roberto del Río.

Introducción: La EMJ es la epilepsia generalizada genética más frecuente de la adolescencia, representando el 5-10% de todas las epilepsias. Se caracteriza por 3 tipos de crisis: mioclonías, tónico/clónica generalizadas (CTG) y ausencias. Se han descritos diversas anomalías EEG tanto ictales como interictales que apoyan el diagnóstico, sin embargo es poco conocido si éstas tienen algún valor pronóstico.

Objetivos: Determinar valor pronóstico del tipo de crisis y del primer EEG

en cuanto a remisión de crisis a un año de evolución.

Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de revisión de datos clínicos y neurofisiológicos de pacientes que se realizaron electroencefalograma por EMJ atendidos entre julio-2010 y julio-2016. Se reanalizaron primer registro EEG por dos neurofisiólogos independientes.

Resultados: N=30 pacientes, 17 hombres. Edad de inicio promedio 11,2 años (DS 1,9). Durante la evolución solo mioclonías 9/30, CTG + mioclonías 15/30, mioclonías + CTG + ausencias 5/30. Primer EEG 28/30 anormales: actividad epileptiforme interictal (AEI) aislada 13/28, AEI rítmica 4 Hz 15/28, AEI inducida por Hiperventilación (HV+) 18/28, Respuesta fotoparoxística (RFP+) 18/28, ictal: 4/28. Comorbilidad psiquiátrica estuvo presente en 16/30. No se encontró valor pronóstico de: presencia de solo mioclonías, AEI aislada, AEI rítmica, HV+, RFP o patrón ictal. La presencia de mioclonías + CTG + ausencias sí demostró estar asociada a peor control de crisis ($p=0.021$), al igual que comorbilidad psiquiátrica ($p=0.0006$).

Conclusiones: EEG demostró anomalías en 28/30 pacientes, lo que lo hizo útil en el diagnóstico, no así como predictor de respuesta a tratamiento. Mioclonías+CTG+ausencias y comorbilidad psiquiátrica sí demostraron valor predictor, coincidiendo con lo descrito en la literatura.

TLN2

CARACTERIZACION CLÍNICA DE PACIENTES CON HIPSARRIT-

MIA TRATADOS CON ACTH EN EL SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRÍA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

Fariña G.(1), Troncoso M.(1), Cárdenas A.(2), Rojas C.(1), Witting S.(1), López F.(1)

1. Neuropediatra Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja. Facultad de Medicina. Campus Centro, Universidad de Chile.
2. Becada Neuropediatría. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja. Facultad de Medicina. Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: La hipsarritmia es el patrón electroencefalográfico (EEG) de una de las encefalopatías epilépticas más frecuentes del lactante, el Síndrome de West. El pronóstico dependerá de la causa, tiempo de duración de los espasmos, evolución EEG, así como de la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Caracterizar etiología, edad de presentación, manejo y evolución eléctrica de pacientes con hipsarritmia.

Metodología: Revisión y actualización de la base de datos de 53 pacientes con hipsarritmia de nuestro servicio, excluyendo aquellos que no contaban con todos los datos, y los pacientes con esclerosis tuberosa dado que el tratamiento de elección es vigabatrina.

Resultados: 54,7% de causas fueron sintomáticas, principalmente lesiones estructurales y asfixia, los patrones más frecuentes fueron hipsarritmia clásica con 54% y estallido supresión con 26%, el promedio de inicio de tratamiento fue 0,39 meses, con un promedio de edad de inicio de las crisis de 8,2 me-

ses, 11,3% mantuvieron hipsarritmia y 58% presentó patrones no hipsarritmicos, 16,9% fueron normales al tercer mes post cura y 18% a los 12 meses de control, el 40% de los normales correspondía a Síndrome de Down y 20% idiopáticos. En el primer año 39,6% de los EEG mostraron patrones de mal pronóstico.

Discusión: En nuestra serie las principales causas fueron estructurales, lo que es concordante con la evolución electro-clínica de los pacientes, la mayoría de los que tenían un patrón de hipsarritmia clásico y patrón de estallido supresión presentaban una alteración estructural, del total de niños con patrón eléctrico normal la mayoría fueron Síndromes de Down o diagnóstico idiopáticos.

TLN3

CARACTERIZACIÓN DE 19 CASOS DE ESTATUS ELÉCTRICO DURANTE EL SUEÑO LENTO.

Drs. Witting Scarlet; Jaque Héctor, Lara Susana, Fariña Guillermo, Parra Patricia, López Claudia, Hernández Alejandra, Yañez Carolina, Rojas Carla, López Francisca, Troncoso Mónica. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: El estatus eléctrico durante el sueño (ESES) es un síndrome epiléptico caracterizado por la presencia de descargas tipo punta-onda lenta continua durante el sueño lento. La mayoría presenta un deterioro neuropsicológico.

Objetivo: Describir los hallazgos clínicos, etiología, tratamiento y evolución de 19 pacientes con ESES.

Material y Método: Revisión de datos clínicos de 19 pacientes con ESES del

Servicio Neuropsiquiatría del Hospital San Borja Arriarán, desde año 2002-2017. Se consideró como diagnóstico la presencia de punta onda lenta continua al menos el 85% del sueño lento.

Resultados: La edad promedio de presentación de la primera crisis fue a los 4 años y del ESES a los 6. Motivo de consulta inicial fueron crisis epilépticas (15), alteraciones conductuales y/o lenguaje (4). Los síndromes epilépticos relacionados fueron Epilepsia Rolándica de evolución atípica (13), Sd. Landau Kleffner (1) y epilepsias sintomáticas (4). Con el inicio del ESES 14/19 presentaron empeoramiento de crisis, en 17 hubo deterioro cognitivo y/o conductual. Los corticoides y Clobazam lograron mayor desaparición del ESES. El promedio de duración del ESES fue 13 meses. Las secuelas más frecuentes son DI (6), trastorno conductual (8) y trastorno del lenguaje (5). 8 pacientes mantuvieron un CI normal, que corresponden a los que respondieron precozmente al tratamiento.

Conclusión: La mayoría presentó un empeoramiento de las crisis y deterioro cognitivo y/o conductual. Los corticoides y Clobazam lograron mayor desaparición del ESES. Las secuelas más frecuentes fueron DI, trastorno conductual y de lenguaje. Los niños que mantuvieron un CI normal son los que respondieron precozmente al tratamiento.

TLN4

CIRUGÍA DE EPILEPSIA TEMPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EXPERIENCIA DE 20 AÑOS.

Giadach C. (1), Retamal M. (1) Cuadra L. (2), Koller O. (3), Zuleta A. (3), Marrengo J. (3), Valenzuela S. (3)

1. Residente neurología infantil.

2. Neuróloga infantil,
3. Neurocirujano infantil INCA.

Introducción: La cirugía de epilepsia del lóbulo temporal es la más frecuente dentro de las cirugías de epilepsia. Su propósito principal es detener las crisis precozmente previniendo mayores daños cognitivos. En población pediátrica se ha observado que es un procedimiento efectivo, con impacto favorable en la calidad de vida.

Objetivo: Conocer resultados en control de crisis y desarrollo neurocognitivo de niños intervenidos en un hospital público.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos pediátricos intervenidos con cirugía de epilepsia con foco temporal, 1997-2016. Se describen características de la epilepsia, crisis epilépticas y desarrollo pre y post-cirugía. Se describen complicaciones y secuelas.

Resultados: Se operaron 96 pacientes. Se analizaron 64 (33(52%) varones) con seguimiento promedio de 3.1 años (0.6-14). Edad promedio inicio de crisis 5.2 años (0.1-16). Edad media de cirugía 10.4 años (0.18.2). Más de la mitad, (34(53%)) pacientes presentaban crisis diarias previo a cirugía. Etiología principal tumoral: 30(4%). Pre-cirugía 58(90.6%) presentaron crisis epilépticas focales. En seguimiento post-cirugía 61(95.3%) pacientes tenían Engel I. Evaluación neuropsicológica pre y post-cirugía en 47(73.4%), de éstos 44(93.6%) presentaron evolución favorable, 3(6.4%) deterioro. Complicaciones quirúrgicas en 9(14%) pacientes, la mayoría transitorias. Secuelas post-quirúrgicas en 8(12.5%), principalmente déficit del campo visual.

Conclusiones: La cirugía de la epilepsia temporal es un procedimiento efectivo en el control de crisis y en el desarrollo neuropsicológico en este grupo de pacientes. Pronóstico favorable se presentó en la gran mayoría (considerando Engel I). Datos encontrados son similares a reportes internacionales.

TLN5

CIRUGÍA DE EPILEPSIA FRONTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EXPERIENCIA DE 23 AÑOS.

Andaur K. (1), Cuadra L. (2), Koller O. (3), Zuleta A. (3), Marengo J. (3), Valenzuela S (3).

1. Residente neurología infantil
2. Neuróloga infantil
3. Neurocirujano infantil.

Introducción: La epilepsia frontal representa del 6-30% de todas las cirugías de la epilepsia, siendo la segunda epilepsia parcial más común luego de la temporal. Sin embargo, los resultados quirúrgicos son considerados menos favorables y las tasas de éxito a largo plazo son más variables. La mayoría de estudios recientes reportan libertad de crisis en más del 50%.

Objetivo: Conocer resultados en control de crisis y secuelas de niños intervenidos por cirugía de la epilepsia frontal.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de casos pediátricos intervenidos con cirugía de epilepsia con foco frontal, 1993-2016. Se describen características de la epilepsia, crisis epilépticas y escolarización pre y post-cirugía. Se describen complicaciones y secuelas.

Resultados: Se operaron 38 pacientes, se analizaron 25. 12 (48%) fueron varo-

nes, con seguimiento promedio de 3.3 años (0.5-10). Edad promedio inicio de crisis fue 5.4 años (0-15). Edad media de cirugía fue 9.2 años (2-16). 12 (48%) pacientes, presentaban crisis diarias previo a cirugía. Etiologías principales: tumoral 9(36%), displasia cortical focal 9(36%). Pre-cirugía, 17(68%) presentaron crisis epilépticas focales. Post-cirugía 19(76%) pacientes tenían Engel I. 24 (96%) pacientes estaban escolarizados previo a cirugía, se obtiene dato postquirúrgico en 20 pacientes, todos escolarizados. Complicaciones quirúrgicas en 9(36%), la mayoría transitorias. Secuelas post-quirúrgicas en 2(8%), principalmente motoras.

Conclusiones: La cirugía de la epilepsia frontal es un procedimiento favorable en cuanto al control de crisis, sin mayores secuelas. La mayoría de los pacientes evolucionó con Engel I. Datos encontrados son similares a reportes internacionales. Se requiere mayor seguimiento para evaluación de resultados neuropsicológicos.

TLN6

CAUSAS DE NO INCORPORACIÓN A GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) EN EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN NIÑOS DE 1 A 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO (HRR), ENTRE EL 1 DE ENERO Y 30 DE JUNIO DE 2017.

Mora A. (1), Franco D. (1), Heresi C. (2), Muñoz G. (3).

1. Residente Programa de Formación de Especialistas Neurología Pediátrica, Campus Norte, Universidad de Chile.
2. Neuróloga Pediátrica. Profesor Asistente, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Universidad de Chile.

3. Enfermera Universitaria, encargada del Programa Epilepsia-GES, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Introducción: La epilepsia afecta al 1% de la población chilena. Se incorporó a GES en 2005, para asegurar tratamiento oportuno en epilepsia no-refractaria. Se estima que el 70% de los pacientes tendrían epilepsia no refractaria. En el Hospital Roberto del Río (HRRío) sólo el 21% del total de pacientes con epilepsia están ingresados al GES.

Objetivo: Determinar causas de no ingreso a GES de pacientes epilépticos controlados en HRRío entre 01/01/17-30/06/17.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de registros clínicos electrónicos (RCE) de pacientes con diagnóstico de epilepsia entre 1 y 15 años, controlados en Neurología HRRío. Se analizaron aquellos no incorporados a GES y las causas por las que ello ocurrió. Se excluyeron: casos GES confirmados, descartados, cierre de caso, sospecha, registro incompleto en RCE.

Resultados: Se revisaron 568 RCE, de las cuales 318 cumplen criterios de inclusión: epilepsia refractaria 74/318, epilepsia no-refractaria 244/318. Dentro de las causas de no ingreso GES en epilepsia no-refractaria, comorbilidad fue la más frecuente (72%), seguida de causa farmacológica (biterapia y/o fármaco no disponible en APS) en 28%. Otras causas: adolescentes (11%), recaída (3,7%) y persistencia de crisis (6,6%). Destaca que 27,9% tienen 2 causas o más para no ingresar. Sólo en 22 pacientes (9%) no se encontró razón para no ingresar a GES.

Discusión: Un grupo mayoritario de pacientes con epilepsia no-refractaria no ingresan al GES por comorbilidad que determina continuar atención hospitalaria, o porque usan fármacos no disponibles en APS, ambas causas reconocidas en la Guía GES como criterios de exclusión. Epilepsia no GES no es sinónimo de epilepsia no-refractaria.

TLN 8

TRASTORNOS RESPIRATORIOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO EN CONSULTAS DE NEUROPEDIATRÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Kennet Zambrano (3), Claudia Amarales (1, 2), Sebastián Vega (3), Vicente Quiroz (4), Francisca Silva (3), Mireya Quitral (1, 5), Francesca Bettoli (3), Claudia Vásquez (3), Paola Campodónico (3), Paula Arriagada (3)

1. Docente Cátedra de Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren
3. Residente de Neuropediatría, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso
4. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso
5. Neuropediatra, Hospital San Martín de Quillota, Universidad de Valparaíso

Introducción: Los trastornos del sueño son uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, entre los cuales se encuentran los trastornos respiratorios del sueño, cuya prevalencia alcanza al 0,7-3%. Estos se asocian a problemas conductuales o emocionales y tienen mayor incidencia en trastornos del neurodesarrollo. La mayoría permanecen sin diagnóstico, suponiendo un desafío considerando

Trabajos de Neurología

su asociación con compromiso neurocognitivo demostrado.

Objetivo: Conocer la prevalencia de trastornos respiratorios relacionados con el sueño en consultas de neuropediatría. Tipo de estudio: Prospectivo transversal.

Metodología: Se aplicó la encuesta Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ) a 40 pacientes del policlínico de neuropediatría general del Hospital Carlos Van Buren, en sus dos partes. Se obtuvo información sobre edad, género y diagnóstico (de acuerdo a 8 categorías de patologías neurológicas). El software usado para el análisis estadístico fue STATA 13.

Resultados: De los 40 pacientes participantes, 22 (55%) fueron de sexo femenino. El promedio de edad fue 9 años (1-20 años). En relación a los diagnósticos, el grupo más frecuente fue los trastornos del neurodesarrollo (35,8%), seguido por cefalea (17,9%) y epilepsia (15,3%). Del total de cuestionarios aplicados, en 22 de ellos se registran respuestas positivas en más de 7 preguntas, lo que constituye un 55% de pacientes con trastornos respiratorios relacionados con el sueño (TRS).

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes que acuden a un policlínico de neuropediatría general tienen sintomatología compatible con TRS, lo que podría provocar o contribuir a exacerbar sus patologías de base.

TLN 9

SÍNTOMAS DE INATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Silva, F.³; Vega, S.³; Zambrano, K.³; Quiroz, V.⁴; Amarales, C.^{1,2}; Quitral, M.^{1,5}; Campodónico, P.³; Vásquez, C.³; Bettoli, F.³; Arriagada, P.³

1. Docente Cátedra de Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren
3. Residente de Neuropediatría, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso
4. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso
5. Neuropediatra, Hospital San Martín de Quillota

Introducción: Aproximadamente, 25-50% de los niños y adolescentes con trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) experimentan trastornos de sueño. A su vez, éstos tienen consecuencias conductuales y cognitivas que pueden imitar síntomas del TDAH y contribuir a la carga de enfermedad, estableciéndose así una relación compleja en cinco fenotipos del sueño. Entre éstos, se encuentran los trastornos respiratorios relacionados con el sueño (TRS).

Objetivo: Determinar la asociación de síntomas de inatención e hiperactividad en pacientes con resultados compatibles con trastornos respiratorios relacionados con el sueño (TRS).

Metodología: Estudio prospectivo transversal. Aplicación de la encuesta Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ), a pacientes del policlínico de neuropediatría general del Hospital Carlos Van Buren, obteniéndose información demográfica y clínica. Se realizó análisis estadístico mediante software STATA 13, con prueba de Chi cuadrado.

Resultados: De 40 pacientes partici-

pantes, 22 (55%) presentaron sintomatología de inatención e hiperactividad; al descomponer este grupo, 45% presentan TRS y sólo 10% no lo presentan. A la inversa, del 45% que no presentaba tales síntomas, sólo un 2,5% tenía un TRS, diferencia que alcanzó significancia estadística ($p < 0.0001$). Se determinó cuán probable era presentar síntomas de inatención e hiperactividad entre pacientes con TRS, obteniéndose Odds Ratio (OR) de 76,5 (Intervalo de confianza 12.75 - 458.6) versus el 40% de pacientes con resultado negativo para TRS.

Conclusión: La presencia de TRS, de alta prevalencia en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, se asocia con persistencia de inatención e hiperactividad en un grupo de pacientes de un policlínico de neuropediatría general.

TLN10

EVALUACIÓN POLISOMNOGRÁFICA EN NIÑOS CHILENOS CON SÍNDROME DE DOWN.

Hernández A.(1) Vera J.(2) Pereira V.(3)

1. Neurólogo pediatra.
 2. Médico Cirujano. Residente Neurología pediátrica.
 3. Estudiante de Medicina
- Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)

Introducción: El síndrome de Down (SD) es una enfermedad genética común, ocurre en 1/691 nacimientos y tiene múltiples comorbilidades. Está descrita mayor incidencia de síndrome de apnea/hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS), pero hay menor conocimiento sobre otros trastornos del sueño asociados.

Hipótesis: Los pacientes portadores de SD presentan más alteraciones del sueño que se explican sólo parcialmente por SAHOS.

Metodología: Estudio descriptivo de portadores de SD evaluados con polisomnografía entre enero 2015 y julio 2017 en HCSBA. Pendiente comité de ética, autorizado por Jefe de Servicio.

Resultados: Se analiza 28 registros, (12 mujeres y 16 hombres), la mediana de edad es 8,3 años (1,9-16,6). En relación a la arquitectura de sueño, presentan una adecuada eficiencia de sueño sólo en 10 registros (35,7%), distribución de etapas de sueño alterada en 16 registros (57,1%), la mayoría por aumento de sueño superficial y disminución de sueño de ondas lentas y sueño REM, índice de microdespertares aumentado en 14 (50%). Índice de eventos obstructivos aumentado en 10 pacientes (35,7%) y se observa respiración periódica en 7 (25%). Respecto saturimetría, está alterada en 18 pacientes (64,3%). Presentan ronquido 16 (57,1%) y retención de CO₂, 10 pacientes (35,7%).

Discusión: Las alteraciones del sueño en SD son frecuentes, afectando su arquitectura independiente de SAHOS. La disminución de sueño REM y eficiencia, y aumento de microdespertares se condice con reportes previos, al igual que el porcentaje de niños afectados por eventos respiratorios. Limitaciones del estudio dado por ausencia de grupo control. Sería interesante realizar estudio comparativo a futuro.

TLN11

ANÁLISIS POLISOMNOGRÁFICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MALFORMACIÓN DE CHIARI 1 Y MALFORMACIÓN DE CHIA-

RI 2.

Rojas C. (1), Hernandez A.(1), Johnson I.(2)

1. Neuróloga Infantil HCSBA
2. Residente neurología infantil Universidad de Chile HCSBA
Hospital Clínico San Borja Arriaran

Introducción: La malformación de Chiari (MC) es una infrecuente malformación congénita, en los subtipos 1(MC1) y 2(MC2) se describe disfunción de centros respiratorios y asociado trastornos respiratorios del sueño (TRS), se requiere mayor estudio en pacientes pediátricos.

Objetivos: Describir las características del sueño en pacientes con MC1 y MC2. Observar diferencias entre grupos.

Método: Análisis descriptivo pacientes pediátricos portadores de MC1 y MC2 evaluados con polisomnografía entre 2011 y julio 2017 en HCSBA. Pendiente comité de ética, autorizado por jefe de servicio.

Resultados: Se analizan 19 registros; 10 registros de MC1 con rango etario 4-16 años; 6/10 pacientes presentan disminución de eficiencia del sueño en relación a despertar prolongado. Arquitectura del sueño alterada con latencia del REM prolongada en 3/10 registros. 1/10 con Índice apnea / hipopnea (IAH) aumentado. Se analizan 9 registros de MC2, rango etario de 1-18 años; en 6/9 hay disminución de eficiencia del sueño y alteración de la arquitectura del sueño con disminución latencia de sueño inicial y latencia REM aumentada; en 3/9 registros índice microdespertares aumentado. IAH aumentado en 6/9 registros, a expensas de apnea central, con saturación mí-

nima disminuida de leve a severo. 4/9 pacientes presentan ronquidos y 2/9 actividad epileptiforme. 2/9 pacientes requirieron asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) con mejoría de parámetros en registro de control posterior.

Discusión: En ambos grupos hay alteraciones del sueño, en MC1 predominan alteraciones de arquitectura del sueño y en MC2 además se observan TRS. Importante considerar IAH para indicación de terapia AVNI, no está establecido cuando solicitar estudio polisomnográfico.

CCNI

CRISIS GELÁSTICAS, HAMARTOMA HIPOTALÁMICO Y PUBERTAD PRECOZ: UN DIAGNÓSTICO QUE NO SE DEBE RETRASAR.

Ramírez K (1) Mesa T(2), Hernández M (2)

1. Programa de formación de Especialistas en Neurología Pediátrica Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Neuropediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Las crisis gelásticas iniciadas en el lactante, son una manifestación característica del hamartoma hipotalámico (HH), generadas por el hamartoma, intrínsecamente epileptogénico. Durante su evolución pueden aparecer crisis focales o generalizadas.

Objetivo: Presentar tres casos clínicos con crisis gelásticas y HH, informa respecto de su evolución a corto y largo plazo.

Método: Análisis retrospectivo de fichas clínicas de tres pacientes con HH y crisis gelásticas.

Casos: Se presentan 3 niños de 7, 11 y 12 años, 2 hombres cuyas crisis gelásticas se iniciaron entre periodo neonatal y 18 meses de vida, con un tiempo de latencia al diagnóstico entre 5 y 6 años y una semana respectivamente. Los dos primeros casos se asociaron a otro tipo de crisis. En un caso se asoció a pubertad precoz. Las crisis fueron tratadas adecuadamente en dos niños con tegrretal y posteriormente levetiracetam. El control de crisis asociadas fue adecuado, en ningún caso hubo remisión de crisis gelásticas, las que persistieron con frecuencia de 1- 15 por día. Las 3 resonancias magnéticas demostraron el HH, y en un caso se realizó resección parcial al año de vida. Desde el punto de vista cognitivo, un caso fue asociado a déficit cognitivo y trastorno grave de conducta.

Discusión: La expresión clínica de los 3 casos va desde niños con un desarrollo cognitivo normal hasta una epilepsia refractaria con déficit intelectual y grave trastorno de conducta.

Comentario: La sospecha y el diagnóstico precoz asociado a un tratamiento apropiado, podría revertir la evolución catastrófica de esta condición.

CCN2

SÍNDROME EPILÉPTICO ASOCIADO A INFECCIÓN FEBRIL (FIRES): DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS EN UN CENTRO AVANZADO DE EPILEPSIA (CAE)

Castro F (1,2), Varela X (1,2), Solari F (1, 2) Ríos L (1), Álvarez C (1)

1. Neuropediatra, Departamento de Neurología Infantil, Clínica Las Condes
2. Neuropediatra, Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Norte U. de Chile

Introducción: FIRES es una encefalopatía epiléptica de comienzo hiperagudo de etiología desconocida, probablemente inmunomediada, caracterizada por un Estado Epiléptico Superefractario (EESR) de muy alta mortalidad y morbilidad. En el CAE se realiza videomonitorio EEG continuo (vEEG), lo que determina su derivación a nuestro centro para estudio y tratamiento.

Objetivo: Describir la historia clínica de 3 pacientes con EESR compatible con FIRES derivados para vEEG.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión de datos clínicos, imagenológicos (RM), laboratorio, respuesta a tratamiento y pronóstico de pacientes diagnosticados con FIRES en los años 2016 y 2017.

Resultados: 3 pacientes, 2 masculinos, edades 4, 6 y 11 años. Todos iniciados posterior a cuadro infeccioso febril respiratorio. Al inicio crisis focales y focales con generalización. En evolución movimientos anormales 2/3, debilidad del paciente crítico 1/3. Exámenes: RM hiperintensidad hipocampal 3/3, captación leptomenígea 1/3. Punción lumbar: pleocitosis 1/3, estudio infectológico SNC 3/3, estudio de anticuerpos contra antígenos membrana/neuronales 3/3, todos negativos. Estudio genético encefalopatías epilépticas 1/3, reumatológico 3/3, metabólico 2/3, paraneoplásico 2/3, todos negativos. Tratamiento: Promedio FAE 6,6 (sin respuesta), inmunomodulación 3/3 (sin respuesta), estallido supresión 3/3 (buena respuesta 1, sin respuesta 1, recurrencia al suspender tiopental 1, dieta cetogénica 3/3, buena respuesta 1. Pronóstico: 2 pacientes fallecen a los 26 y 35 días por falla orgánica múltiple, 1 paciente vive tras 93 días de hospita-

lización, actualmente con discapacidad intelectual y epilepsia refractaria.

Conclusión: La alta asociación a cuadro infeccioso, la ausencia de agente etiológico claro, la falta de respuesta a múltiples tratamientos y el mal pronóstico coinciden con lo descrito en la literatura.

CCN3

ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA DE INICIO TEMPRANO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA SERIE DE 5 PACIENTES.

Moya J (1,2), Montiel J (1,3), Polanía JP (1,4), Solari F (1,5), Ríos L (1), Álvarez C (1), Varela X (1,6), Pizarro L (7), Retamales A (8).

1. Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.
2. Neuropediatra, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Profesor Asistente, Universidad de Chile.
3. Neuropediatra, Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú.
4. Residente de Neurología Pediátrica, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
5. Neuropediatra, Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.
6. Neuropediatra Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. Profesor Asistente, Universidad de Chile.
7. Neuropediatra, Departamento de Neurología Pediátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.
8. Neuropediatra, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: El Síndrome de Ohtahara (OS, siglas anglosajonas) y la Encefalopatía Mioclónica Temprana (EME) forman parte del grupo de encefalopatías epilépticas y del desarrollo, afectando a neonatos y lactantes menores. Ambas entidades constituirían extre-

mos de un espectro de “Encefalopatía Epiléptica de Inicio Precoz con Estallido-Supresión” (EOEE-BS). Su etiología es principalmente genético-metabólica y estructural, con escasa respuesta a terapia y mal pronóstico.

Objetivos: Determinar características clínico-electroencefalográficas de pacientes con diagnóstico de EOEE-BS evaluados en Centro Avanzado de Epilepsias de Clínica Las Condes.

Método: Consulta de base de datos del centro (período 2013-2017). Revisión de ficha clínica, previo consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes (3 hombres). Mediana de edad al inicio de crisis: 3 días (2/5 con crisis in utero). Crisis predominantes: espasmos tónicos (2/5), mioclonías focales (2/5) y combinación de ambas (1/5). Diagnóstico sindromático: EME en 2/5, y EOEE-BS (elementos clínicos mixtos OS/EME) en 3/5. Etiología: genética en 1/5 (mutación ARX) y metabólica en 1/5 (aciduria fumárica), ambos de fenotipo EOEE-BS; 3/5 probable causa genético-metabólica. Electroencefalograma: estallido-supresión continuo en 3/5, parcial en 2/5. Neuroimagen alterada en 3/5 (disgenesia de cuerpo caloso en 2/5, 1 asocia polimicrogiria; patrón metabólico en 1/5). Sin respuesta a politerapia (vigabatrina en 5/5, ACTH 4/5, dieta cetogénica 1/5). Evolución a Síndrome de West en 3/5, epilepsia multifocal 2/5. Muerte antes de 24 meses en 2/5 pacientes.

Conclusiones: Nuestra serie coincide con la literatura en mala respuesta a tratamiento, evolución y mortalidad. Destaca presencia de fenotipos intermedios (EOEE-BS), concordante con

el concepto de OS/EME como parte de un espectro de manifestaciones clínicas.

CCN20

SÍNDROME DE WEST IDIOPÁTICO. DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS.

López F (1), Saavedra M (2), Fariña G (1), Rojas C (1).

1. Neuropediatra, Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2. Estudiante Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Espasmos Infantiles / Síndrome de West (EI/SW) representan un gran desafío terapéutico, debido a que el cese de los espasmos y la desaparición de la hipsarritmia son mandatorios para prevenir deterioro cognitivo en niños previamente sanos o para preservar la función neurocognitiva en niños neurológicamente afectados antes del inicio del EI/SW. Aunque en discusión, algunos autores definen un pequeño grupo de EI/SW con etiología idiopática definidos por DSM previo normal, examen neurológico normal y RNM cerebral sin lesiones ni otra etiología identificable. Describimos 4 pacientes con historia compatible EI/SW idiopático.

Descripción de Casos: Cuatro niñas, dos con antecedentes familiares de epilepsia; todas tratadas con ACTH dentro del mes de inicio, uno suspende por reacción adversa y continúa con Vigabatrina. Todos con cese de espasmos e hipsarritmia antes de los 14 días de iniciado el tratamiento. Evolución posterior de desarrollo normal y sin crisis. Uno de los casos luego de tres años sano, con epilepsia.

Comentario: A pesar de los avances diagnósticos aún se describen casos EI/

SW idiopático. En este grupo es de particular importancia en el pronóstico la precocidad del inicio del tratamiento. En nuestro grupo todos los pacientes fueron tratados antes del mes de evolución. El antecedente de epilepsia en familiares en dos casos y la aparición posterior de epilepsia en un caso, apoyan la etiología idiopática de este grupo.

CCN21

RESPUESTA FAVORABLE A TOPIRAMATO EN EPILEPSIA CON CRISIS MIOCLÓNICO/ATÓNICAS (SÍNDROME DE DOOSE). DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

López F (1), Saavedra M (2).

1. Neuropediatra Clínica Davila
2. Estudiante medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Síndrome Dooose es una encefalopatía epiléptica (EE) que se presenta en niños previamente sanos. La terapia se enfoca en el manejo por tipo de crisis siendo el clobazam, valproico, de elección en miclonías/status mioclónico, valproico/lamotrigina en crisis TCG. Escasos reportes avalan el uso de topiramato. Describimos dos casos de Dooose, con DSM, examen neurológico, RNM cerebral, PL y estudio metabólico normal, con respuesta favorable a topiramato.

Caso 1: Niña, a los 3 años inicia miclonías, se agregan crisis vibratorias y mioclónico/atónicas. Recibe Valproico, ACTH sin respuesta. Evoluciona con status mioclónico. Recibe clobazam con mejoría del status. Persisten crisis TCG/vibratorias. Se inicia topiramato logrando desaparición de las crisis.

Caso 2: Niño, a los 2a inicia mioclónicas y crisis mioclónico/atónicas, TCG/

vibratorias. Se inicia valproico, sin respuesta, se agrega clobazam con mejoría transitoria de las mioclonías. Se agrega lamotrigina, ascenso muy lento por riesgo rush. Se llega a dosis tope en 4 meses. Mejor, sin libertad de crisis. Se inicia topiramato, ascenso rápido logrando desaparición total de crisis.

Comentario: Dosee es una encefalopatía poco frecuente que afecta niños previamente sanos. La terapia debe ser agresiva para evitar deterioro cognitivo. Si bien asociación valproico/lamotrigina se propone como alternativa, el riesgo de alergia impide su ascenso rápido y retrasa el manejo como ocurrió en caso 2. Topiramato se propone como una buena alternativa.

CCN22

¿LA ETOSUXIMIDA PUEDE GENERAL ESPIGAS ROLÁNDICAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA DE AUSENCIA INFANTIL?

Alvaro Velásquez, Ada Chicharro, Mónica González, Alejandro de Marinis. Centro Avanzado de Epilepsia. Clínica Alemana de Santiago. Departamento de Neurología y Psiquiatría. Unidad de Neurología Infantil

Introducción: La epilepsia ausencia infantil (EAI) y la epilepsia rolándica (ER) presentan diferencias clínicas y electrográficas pero comparten aspectos epidemiológicos, clínicos y genéticos. Hay pocos reportes de EAI que desarrollen espigas centro-temporales. Existe escasa información que describa el potencial rol de etosuximida (ETO) en EAI y la generación de espigas rolándicas a largo plazo. Se dispone un reporte que analiza el efecto de ETO en esta coincidencia en un paciente que además presenta una lesión focal

frontal.

Caso Clínico: Se revisan 2 pacientes pediátricos que fueron controlados por EAI y tratados con ETO con muy buena respuesta clínica y electrográfica, y en quienes después de un periodo prolongado de tratamiento aparecen espigas rolándicas sin clínica evidente.

Conclusión: Este es el primer reporte de dos pacientes con un síndrome de EAI típico tratados con ETO en los que se observa posteriormente aparición de espigas rolándicas. Es posible que esta evolución se deba a la acción específica de la ETO sobre la excitabilidad del sistema tálamo cortical.

SALÓN IL NONO

(TLN12-TLN15) (TLN24-TLN27)
(CCN 4 - CCN 7) (CCN14 - CCN 16)

TLN12

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO POSTERIOR A CARDIOCIRUGÍA.

Badilla X (1), Opazo V (1), Manterola C (2).

1. Médico cirujano. Programa de formación Neurología Pediátrica Universidad de Chile-Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Neuróloga Pediátrica Universidad de Chile - Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) y su tratamiento quirúrgico presentan múltiples comorbilidades asociadas, entre las que destaca el accidente cerebrovascular (ACV). Es importante definir factores de riesgo relacionados, para predecir cuáles pacientes poseen mayor probabilidad de desarrollar ACV, patología que conlleva

va a una alta morbimortalidad.

Objetivo: Caracterizar una serie de casos con diagnóstico de CC operada y ACV isquémico entre los años 2007-2017.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron bases de datos de las unidades cardiovasculares del Hospital de niños Dr Luis Calvo Mackenna, seleccionando pacientes con CC operada y ACV isquémico posterior. Se estudiaron las características demográficas y condiciones asociadas en estos pacientes.

Resultados: 15 pacientes (9 hombres, edad promedio al momento del ACV de 118 días), 4 presentaron ACV dentro de los 7 días posteriores a la cardiocirugía; 2, entre 8-14 días; 2, entre 15-30 días; y 7, luego de 30 días. Todos presentaron clínica aguda de focalidad neurológica. Fueron estudiados con TC de cerebro que muestra lesión característica de ACV. 12/15 presentaron una condición protrombótica asociada: 9, sepsis, 1, paro cardiorrespiratorio recuperado, 1, meningitis, 1, falla renal aguda con necesidad de hemodiálisis.

Conclusiones: De los casos de CC operada que posteriormente sufrieron ACV, la mayoría presentó condiciones protrombóticas asociadas, en su mayoría sepsis. Por otro lado, en el 60% de los casos, el ACV ocurrió más allá de la etapa aguda post-cirugía, lo cual refuerza la importancia de las comorbilidades en la fisiopatología del ACV.

TLN13

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA (CC)

López M, Marín JI, Clavería C2, Santibáñez R, Hernández M.

Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Las CC son un factor de riesgo para AVE en la población pediátrica. El retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento específico afecta la evolución y pronóstico.

Objetivo: Determinar tiempo entre primer síntoma/signo neurológico y diagnóstico de AVE en niños con CC.

Método: Análisis prospectivo de cohorte de 35 niños (<15 años) con CC y AVE isquémico ingresados al registro AVE institucional (Enero 2006-Diciembre 2014). Para variables numéricas se calculó mediana y rango, para variables categóricas número y porcentaje.

Resultados: El 63% fueron hombres, en el 23% y 17% había una enfermedad genética asociada a la CC o prematuridad. Mediana de edad al AVE 1,2 meses (rango 0,1-36 meses). El tipo de fisiología cardíaca fue univentricular para 16 niños (45.7%). En el 80% el AVE fue posterior a un procedimiento/cirugía. El síntoma/signo neurológico inicial fueron: convulsiones, compromiso de conciencia y signos focales en 15 (42,8%) casos (3 status), 13 (37.1%) y 7 (20%). El promedio de tiempo entre el primer síntoma y certificación diagnóstica con neuroimagen fue de 53 horas (SD±71) con una mediana de 24 hrs (rango 24-480 horas). En la evolución fallece 37,1% de las CC asociadas a AVE a edad de 7,1(1,2-54,6) con una mediana 43 días (rango 6 - 42) post AVE.

Conclusión: La mediana de retra-

so diagnóstico para AVE en niños con CC está fuera de la ventana terapéutica para terapia hiperaguda y neuroprotectora de zona penumbra. Comentario: Es necesario educación al equipo de salud y realizar estrategias de “alerta de AVE” en esta población específica

TLN14

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE.

Camila Cortés G. (1), Carla Manterola M. (2).

1. Programa de Formación de Especialista Universidad de Chile – Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Neuróloga Pediátrica Universidad de Chile – Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-radiológica caracterizada por una presentación aguda y pronóstico benigno en la mayoría de los casos. Sin embargo existe morbilidad asociada, siendo la epilepsia una secuela importante.

Objetivos: Caracterizar cuadro clínico y electroencefalografía post fase aguda de una serie de pacientes pediátricos con diagnóstico de PRES en función del manejo con fármacos antiepilépticos (FAE).

Método: Revisión de fichas clínicas y registros electroencefalográficos de pacientes con PRES tratados en el Hospital de niños Dr Luis Calvo Mackenna entre Julio 2011 y Septiembre 2016.

Resultados: Se reclutaron 14 pacientes,

8 hombres y 6 mujeres con un promedio etario de 9,1 años. El 100% presentó crisis epilépticas y alteraciones de la actividad de base durante la fase aguda. 1 falleció por su patología basal. 7 se mantuvieron en control clínico y eléctrico, sólo 1 presentó complicación isquémica/hemorrágica en la neuroimagen. De ellos el 85,7% no repitió crisis, el 42,8% mantuvo alteraciones eléctricas en un primer control realizado en promedio a los 4,8 meses. Se realizó un 2º control ambulatorio a 4/7 pacientes, normalizando el electroencefalograma el 100%. Se le suspendió FAE a todos los pacientes sin lesiones secuelas, a la fecha no han presentado nuevas crisis epilépticas.

Conclusiones: Las crisis epilépticas remiten con facilidad y mayor rapidez que las alteraciones en el electroencefalograma, a menos que estén relacionadas con una lesión secuelar. La evolución de los pacientes sin lesiones secuelas da cuenta de una normalización clínica y eléctrica, reafirmando así la importancia de suspender FAE en estos pacientes.

TLN15

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNCOPE NO CARDIOGÉNICO Y SU DIFERENCIACIÓN DE UNA CRISIS EPILEPTÓGENA, CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL 2016-2017

Daniel Cruz 1, Andrea Rey 2

1. Postgrado de Neuropediatría
2. Neuróloga Pediatra

Centro Hospitalario Pererira Rossell

Es difícil distinguir una convulsión epiléptica de un síncope. Las principales limitaciones se deben a una historia clínica incompleta, movimientos clónicos, incontinencia, ataques psico-

génicos, historia familiar de epilepsia, antecedente de crisis febriles y sobre interpretación electroencefalográfica. 20 a 30% de los pacientes diagnosticados como epilépticos presentaron síncope vasovagales.

Objetivo: Determinar las características clínicas neurológicas en el síncope no cardiogenico y su diferenciación de un evento convulsivo.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, basado en la entrevista directa del paciente, padres o cuidadores, con el fin de conocer las características clínicas y electroencefalográficas en los niños que presentaron síncope, y su diferenciación de un evento convulsivo. Muestra obtenida mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos en 12 meses.

Resultados: Las características clínicas evaluadas fueron: Disminución del estado de conciencia, cefalea postictal, pródromo vertiginoso, recuerdo de la disminución de conciencia, confusión postictal, pródromo de disnea, de sofocación, de taquicardia y de temblor. Tiempo prolongado de pie o sentado y sacudidas bruscas de extremidades. Las características clínicas referidas por el Score de Calgary, fueron: disminución del estado de conciencia, pródromo de vértigo, cefalea postictal, pródromo de sofocación, confusión postictal, recuerda disminución de conciencia, tiempo prolongado de pie o sentado, pródromo de taquicardia pródromo de disnea, giro de cabeza y pródromo de diaforesis.

Conclusión: Las características clínicas reportadas (11), coinciden en un 81% (9) con el diagnóstico clínico fi-

nal, similar a lo reportado por el score de Calgary. Es fundamental realizar un estudio de validación del score de Calgary.

TLN24

EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON ANTECEDENTE DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA (EHI) MODERADA O SEVERA SOMETIDOS A HIPOTERMIA EN PERÍODO DE RECIÉN NACIDOS (RN), EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS TISNÉ, ENTRE LOS AÑOS 2012 Y 2017.

Narváez C (1,2), Carrasco X (1,2), Selhke P (3), Castellanos M (3)

1. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM).
3. Servicio de Neonatología, Hospital Luis Tisné.

Introducción: La EHI es una de las complicaciones perinatales más severas, con prevalencia y morbimortalidad importantes. La hipotermia terapéutica ha demostrado ser la intervención más potente, disminuyendo mortalidad y discapacidad neurológica severa.

Objetivo: Evaluar la evolución clínica neurológica (morbilidades, epilepsia, desarrollo psicomotor, visión y audición), en niños con antecedente de EHI moderada o severa que fueron sometidos a hipotermia.

Metodología: Se identificaron todos los RN (n=31), sometidos a protocolo de hipotermia en Servicio de Neonatología del Hospital Luis Tisné, entre 2012 y primer semestre de 2017. De éstos, se logró realizar control clínico en Neurología a 16 pacientes (15 hom-

bres), entre 2 y 58 meses de edad; 14 tuvieron EHI grado II, y 2 grado III. Seis estaban fallecidos y 9 incontactables. Proyecto presentado a Comité de ética-HLCM.

Resultados: De los 16 evaluados encontramos 56,7% sanos con desarrollo normal, 12,5% con discapacidad neurológica severa (100% con antecedente de EHI-gIII), 25% con retraso motor severo, 6,25% con amaurosis, 12,5% con hipoacusia. Once de los 16 presentaron crisis neonatales y 3 crisis neonatales más epilepsia (18,75%), uno de ellos, del grupo EHI-gIII, refractaria (6,25%). No obtuvimos relación entre tiempo al inicio de hipotermia (<3 hrs vs 3-6hrs), magnitud de lesiones imagenológicas, ni características del aEEG con la evolución neurológica. La mortalidad fue 19%.

Discusión: El uso de hipotermia terapéutica en nuestra población demuestra una efectividad similar a lo reportado, incluyendo el hecho que los pacientes más severos no modifican su evolución desfavorable, aunque el tiempo de seguimiento aún no permite descartar disfunciones poco evidentes a corta edad.

TLN25

CARACTERIZACIÓN DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HLCV ENTRE AÑOS 2014-2017.

Claudia Vásquez(1), Kennet Zambrano(2), Paola Campodonico(3), Barbara Oliva(4) Bruno Norero(5), Matias Hidalgo(6), Vicente Quiroz(7), Tomás Guzmán(8).

1,2,3. Residentes Neurología Infantil
4. Neuróloga infantil

5,6,7: Internos Medicina Universidad de Valparaíso

8. Médico General Universidad de Valparaíso

Introducción: La HIV es prevalente en neonatología. Las manifestaciones clínicas, muchas veces pasan inadvertidas por las características propias de los prematuros, sin embargo puede presentarse con anemia, apneas, crisis y signos de HTEC. Los trabajos que caracterizan clínicamente a los paciente con HIV en Chile son escasos por eso resulta relevante conocer nuestra población.

Objetivo: Identificar las características clínicas de pacientes con HIV en Neonatología.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se recopilaron los pacientes y los datos del registro electrónico de epicrisis del Servicio.

Resultados: De 41 pacientes, la media de peso de nacimiento fue 1518grs y la edad gestacional de 29 semanas, siendo un 60% PEG. Un 64% presentó hemorragia leve, y un 36% una hemorragia grave. Un 7.32% no presentaba HIC en una primera evaluación y luego progresaron a HIC I y de ellos el 65% presentó anemia. De los 26 pacientes con HIV leve el 26% fueron asintomáticos, 23% presentó apneas y el 11,5% crisis. El 57,6% presentó anemia, la cual en contexto de prematurez, más que una manifestación clínica se considera un factor asociado. De los 15 pacientes con HIV grave, el 46% presentaron convulsiones y anemia, el 66% HTEC de los cuales el 80% requirieron manejo neuroquirúrgico.

Conclusiones: La HIV leve es más co-

mún y su forma de presentación más frecuente es la anemia seguida de las apneas. La anemia en un paciente prematuro con ecografía normal, debe llevar a repetir el examen si en primera instancia resultó normal. La HIV grave se presenta con más frecuencia como crisis y síntomas de HTEC.

TLN26

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VASCULOPATÍA LENTICULOESTRIADA (VLE) A LA ULTRASONOGRAFÍA CEREBRAL (US). EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA.

Cárdenas JM.(1), Parra P.(1), Barrios A.(1), Troncoso M.(1), Troncoso L.(1), Awad Lobato B.(2).

1. Neuropediatra - Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina. Campus Centro. Universidad de Chile.
2. Becada de Neuropediatria - Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina. Campus Centro. Universidad de Chile.

Introducción: La VLE es una lesión visible en US como líneas/manchas ecogénicas en tálamo y núcleos basales. Epidemiológicamente su incidencia en RNT se desconoce y en RNPT es 2,45% (20% en RNPT extremos). La literatura sugiere que podría ser marcador de injuria cerebral perinatal y se ha descrito asociada con infecciones, cromosomopatías, exposición fetal a drogas, hijos de madre diabética, prematuridad, RCIU, alteraciones metabólicas, accidentes vasculares, etc. Existen pocos estudios sobre VLE publicados y su significado en términos de importancia clínica y consecuencias a largo pla-

zo permanece incierto.

Objetivos: Describir características clínicas de pacientes con diagnóstico de VLE en control en nuestro centro.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de registros clínicos e informes de US realizadas entre 08/2016 y 08/2017.

Resultados: N 16 (10 hombres). EG: 9 RNPT, 6 RNT y 1 Postérmino. Apgar>5 al minuto: 11/16. 17 US con VLE, 5 precoz (<7 días) y 12 tardía (>7 días). Promedio edad cronológica de realización: 35 días (1-120). Factores asociados por categorías: 12/16 alteraciones maternas (4 infección materna, 3 SHE, 2 alteraciones placentarias, 2 exposición a drogas, 1 diabetes gestacional), 10/16 factores prenatales (4 cromosomopatía, 2 RCIU, 1 infección, 1 PHA, 1 gemelar), 6/16 factores intraparto (4 SFA, 1 infección, 1 circular de cordón). Todos presentaron complicaciones neonatales (5 respiratorias, 3 hiperbilirrubinemia, 3 anemia/poliglobulia, 3 apnea, 1 hipoglicemia, 1 convulsiones neonatales).

Conclusión: Los resultados son similares a los descritos en la literatura. Destaca en nuestra serie la presencia de alteraciones en grupos no considerados de riesgo. Nuestros hallazgos son incipientes y es necesario ampliarlos.

TLN27

RABDOMIOMAS CARDIACOS COMO MANIFESTACION PERINATAL DEL COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA.

P.Parra (1), JM Cárdenas (1), C.Donosó (2)

1. Neuropediatra Hospital Clínico San Borja Arriarán

2. Residente de Neurología Pediátrica
Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Los rabdomiomas cardíacos son tumores benignos y frecuentemente son la manifestación inicial del complejo esclerosis tuberosa, incluso desde la vida intrauterina.

Objetivos: Describir evolución clínica de pacientes con diagnóstico perinatal ecocardiográfico de rabdomiomas cardíacos.

Método: Estudio observacional descriptivo.

Resultados: De un total de 6 pacientes (3 hombres / 3 mujeres), 4 con diagnóstico prenatal de rabdomiomas cardíacos. En el período neonatal, dos presentaron complicaciones, uno obstrucción del flujo en los tractos de salida que requirió intervención quirúrgica y uno alteración del ritmo manejado con beta-bloqueo. Todos los pacientes mayores de un año presentan alteraciones cutáneas: 5 máculas hipopigmentadas, 3 angiofibromas y 2 placa de chagrin. De las complicaciones neurológicas: 3 evolucionan con retraso del desarrollo psicomotor, 4 epilepsia, 1 discapacidad intelectual y 1 autismo. Respecto al patrón electroencefalográfico: focal= 3 y generalizado 1. La neuroimagen muestra túberes corticales en 3 (50%) y nódulos subependimarios en 3 pacientes.

Conclusión: El hallazgo de rabdomiomas es extraordinariamente infrecuente; su pronóstico en el periodo neonatal depende del número y tamaño. La gran mayoría de estos pacientes desarrollarán criterios clínicos de ET durante el transcurso del primer año de vida,

presentando a largo plazo, compromiso multisistémico afectando principalmente al SNC. Se sugiere frente al diagnóstico perinatal de rabdomioma cardíaco, su derivación inmediata a Neurología Infantil para seguimiento a fin de pesquisar y realizar las intervenciones necesarias oportunamente. Un total de seis pacientes, cuatro tenían diagnóstico prenatal por control ecográfico de rabdomioma cardíaco.

CCN4

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INTRACEREBRAL EN LA ADOLESCENCIA

Cruz D (1), Cibils L (2)

1. Postgrado de Neuropediatría

2. Neuropediatra

Hospital Pereira Rossell, Uruguay

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas intracerebrales (MAV), son conexiones anómalas entre arterias y venas que conducen a derivaciones arteriovenosas con formación de nidos vasculares.

Caso: Se trata de un adolescente de 14 años, masculino, con buen crecimiento y desarrollo, sin antecedentes perinatales y familiares a destacar. Presenta una historia de cefalea frontal de un año de evolución, de tipo opresiva, de corta duración, dos episodios por mes, que se incrementa con los cambios de posición y maniobras de valsalva. El electroencefalograma, determina una actividad focal frontal superior. En la RMN de cráneo, se identifica una MAV de 20 mm a nivel frontal derecho, con aporte arterial de ramas de ACM derecha y drenaje venoso cortical superficial. La arteriografía digital (pedículo principal como del pedículo de pasaje peri calloso, sin complicaciones), evidenciando una MAV frontal cortico

– subcortical derecha con un pedículo principal proveniente de M4 derecha y un pedículo de pasaje pericalloso derecho, se procede a su embolización.

Conclusión: Un corto periodo de convulsiones, inicialmente sistematizada como epilepsia de etiología no aclarada, y la búsqueda imagenológica de una alteración estructural permitió en el presente caso llegar a un diagnóstico de MAV no hemorrágica. La arteriografía, es el estudio de referencia para el diagnóstico de las lesiones cerebrales vasculares, debe ser realizada por neuroradiólogos entrenados en pacientes pediátricos, con equipos de alta definición y baja dosis de radiación. En epilepsia secundaria a una MAV no hemorrágica, los fármacos antiepilépticos son recomendados mantenerlos hasta dos años después del procedimiento terapéutico.

CCN5

HEMIPLEJIA ALTERNANTE DE LA INFANCIA: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Morales M (1), Erazo R (2)

1. Residente del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica Universidad de Chile, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM)
2. Neuropediatra HLCM & Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La Hemiplejia Alternante de la Infancia (HAI) es una rara enfermedad (1/1.000.000 de niños) que se caracteriza por episodios recurrentes de hemiplejia que afectan a uno u otro hemicuerpo, duran minutos a días y se gatillan por emociones, frío/calor, etc. Se suelen asociar a distonías, movimientos anormales de ojos, ataxia, corea, RDSM, trastornos cognitivos y

epilepsia, comenzando antes de los 18 meses de edad. En 75% de los casos se detecta una mutación del gen ATP1A3.

Objetivo: Describir 2 casos confirmados de HAI.

Metodología: Revisión de fichas clínicas de 2 pacientes en control en el Servicio de Neurología del HLCM.

Caso 1: a los 3 meses de edad presenta clonías del ojo izquierdo autolimitadas. Se agregan crisis tónicas generalizadas. A los 3 años aparecen episodios de hemiparesia izquierda y luego derecha, intermitentes, que duran 3-7 días. A los 7 años de edad se confirma alteración del gen ATP1A3.

Caso 2: inicio a los 4 meses de edad de episodio de convergencia ocular y movimientos anormales de extremidad superior derecha. Se agregan episodios de paresia de extremidades (unilateral, bilateral o cruzada), de 20 minutos a 1 día de duración, gatillados por cambios de temperatura y emociones. Presenta un TEL expresivo y un CI limitrofe. Más tarde, ataxia, coreoatetosis y distonías. Finalmente, a los 13 años se diagnostica HAI, confirmándose una mutación del gen ATP1A3.

Discusión: La historia de estos pacientes concuerda con lo descrito en la literatura, tomando como referencia los criterios diagnósticos de Aicardi. Ambos casos fueron confirmados por estudio del gen ATP1A3.

CCN6

SÍNDROME DE OPSOCLONUS MIOCLONUS (SOM)

Stephanie Leigh (1), Rocío Cortés (2), Carmen Paz Vargas (2,3), Marcelo Muñoz (3), Felipe Castro (2,3), Carolina Heresi (2,3), Karin Kleinstauber (2), María de los Ángeles Avaria (2).

Trabajos de Neurología

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica U Chile
2. Neuropediatra, Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Norte, U. Chile.
3. Neuropediatra, Hospital de niños Dr. Roberto del Río

Introducción: El SOM es un trastorno autoinmune raro, de inicio alrededor de 18 meses, caracterizado por ataxia, opsoclonus, mioclonías, irritabilidad y alteración del sueño. Se presenta como síndrome paraneoplásico (50% asociado a neuroblastoma), parainfeccioso o idiopático. Generalmente presenta buena respuesta tratamiento, pero las recaídas son frecuentes, con secuelas neurológicas hasta en un 80%. Actualmente se plantea que tratamiento agresivo inicial tendría mejor respuesta y menos secuelas, pero aún es controvertido.

Objetivo: Describir presentación clínica, tratamiento y evolución de una serie de 3 casos clínicos.

Material y Método: se analizaron 3 casos clínicos con SOM, atendidos en Hospital Roberto del Río y Clínica Las Condes.

Resultados: edad: 3 meses-3 años, 2/3 síndrome paraneoplásico por neuroblastoma, 1/3 parainfeccioso. 3/3 recibieron corticoides e inmunoglobulina endovenosa (IGev) como terapia inicial. Casos con neuroblastoma fueron resecados. 2/3 recibieron Rituximab. Ninguno recibió ciclofosfamida. 1/3 con enfermedad activa y ninguno con secuelas. A pesar de esquema terapéutico inicial similar en los 3 casos, destaca que el SOM parainfeccioso fue tratado más agresivamente, con inicio precoz de rituximab, con respuesta clínica

favorable, sin recaídas ni secuelas a 1 año. El otro caso en el que se indica Rituximab fue por alta tasa de recurrencias a pesar de uso de IGev, con lo cual mejora SOM y desarrollo psicomotor, además se previenen recaídas.

Conclusiones: La terapia inmunomoduladora y la resección tumoral son tratamiento efectivo en SOM. La respuesta más favorable la presentó el paciente tratado más agresiva y precozmente (parainfeccioso). No existe consenso en la indicación de rituximab en SOM.

CCN7

ENCEFALITIS POR PARAECOVIRUS EN INCONTINENCIA PIGMENTI: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Pavlov J(1), Arias C (1), Conca N (2), Borax J (1), Schnitzler S (1), Cerda S (1) Mannaerts M (1) Velásquez A(1).

1. Neuropediatras.
2. Infectóloga pediátrica, Hospital de Carabineros

Introducción: La incontinencia pigmenti es una enfermedad neurocutánea hereditaria dominante ligada al X, con afección del SNC, piel, retina y dientes. Sus manifestaciones neurológicas incluyen epilepsia, retraso del desarrollo psicomotor, hemiplejía, microcefalia, ataxia y encefalitis de manera infrecuente.

Objetivo: Describir caso clínico de debut neurológico atípico con encefalitis por paraecovirus en una paciente con incontinencia pigmenti.

Caso clínico: Lactante de sexo femenino, 1 mes 10 días, con lesiones vesiculosas costrosas extensas en tronco y extremidades, de dos semanas de evo-

lución. Consulta en urgencia por fiebre de hasta 39.8°C, rechazo alimentario e irritabilidad. Se ingresa hipoactiva con alteraciones hemodinámicas y se sospecha shock séptico por virus herpes dando inicio a Aciclovir endovenoso. Estudio LCR 0 células, glucosa 49, proteínas 42. PCR herpes 1 y 2 (-), demuestra Film array LCR HPeV(+).

Se identifican lesiones de piel atípicas para virus herpes (extensión y patrón de distribución) consultándose por antecedentes familiares de lesiones en piel, madre relata que es diagnosticada con incontinencia pigmenti durante la infancia, sin manifestaciones neurológicas de su condición. Paciente evoluciona con múltiples infartos supra e infratentoriales de curso subagudo precoz, de distribución cortical y sustancia blanca y múltiples focos de hemorragia de la sustancia blanca de predominio en región fronto-parieto-occipital izquierda.

Conclusión: la Incontinencia pigmenti es un cuadro con amplio espectro de presentación clínica desde formas asintomáticas a cuadros graves como el descrito en esta forma de presentación, por lo que sugerimos considerar este diagnóstico ante encefalitis con compromiso cutáneo atípico.

CCN14

SÍNDROME DE SNEDDON COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MIGRAÑAS COMPLICADAS. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Pavlov J (1) Contreras M (2)

1. Neuropediatra
2. Inmunóloga Clínica, Hospital de Carabineros

Introducción: El síndrome de Sneddon es una vasculopatía oclusiva, poco frecuente, de etiología no bien precisada,

que compromete piel (livedo reticularis), sistema nervioso central (accidentes vasculares isquémicos) y sistema cardiovascular (hipertensión arterial). Se describe una forma idiopática primaria, una trombótica y una asociada a patologías autoinmunes como el síndrome antifosfolípidos.

Objetivo: Describir caso clínico diagnosticado en forma retrospectiva.

Caso clínico: Paciente femenino, inicia controles a los 10 años por cuadro compatible con migraña sin aura, realizándose estudio con resonancia cerebral normal. A los 13 años agrega eventos de fotopsias en ojo izquierdo, cefalea y posteriormente parestesias y hemiparesia izquierda. Se realiza nueva resonancia y angiorenancia cerebral, normales, catalogándose el cuadro como migraña hemipléjica. A los 14 años aparecen livedo reticularis en ambos pies y se deriva a inmunología, completándose estudio de autoinmunidad (-), antifosfolípido (-) y trombofilia(-). 2016 debido a persistencia de lesiones en piel se decide realizar biopsia demostrándose una vasculopatía trombótica de vasos de dermis media y profunda, decidiéndose en conjunto con hemato-oncólogo indicar manejo profiláctico con ácido acetilsalicílico 100 mg día.

Actualmente paciente estable, con cefaleas ocasionales de baja intensidad, examen neurológico normal, presión arterial normal y estudio imagenológico normal. Sin hemiparesia desde año 2015.

Conclusión: Se presenta el caso debido a lo inusual de la patología descrita, destacándose la importancia de reconocer los hallazgos cutáneos característicos del síndrome de Sneddon, los

cuales pueden anteceder a los eventos deletéreos cerebrovasculares, y así poder intervenir en el progreso de un síndrome de alta morbimortalidad.

CCN15

HIDROCEFALIA CONGÉNITA DE CAUSA GENÉTICA: SÍNDROME DE GÓMEZ - LÓPEZ - HERNÁNDEZ, UN SÍNDROME ANTIGUO Y SUBDIAGNOSTICADO

Gálvez C (1), Huete I (2), Hernández M (1).

1. División de Pediatría, Unidad de Neurología Pediátrica
2. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Introducción: Las hidrocefalias son condiciones complejas influenciadas por factores genéticos y ambientales. Aquellas de causa genética deben ser investigadas considerando los riesgos de recurrencia y agregación familiar. El Síndrome de Gómez - López - Hernández (SGLH) o displasia cerebelo-trigémino-dermal, es una causa infrecuente y subdiagnosticada de hidrocefalia sindrómica. Este presenta la triada característica de romboencefalosinapsis, alopecia parieto-occipital bilateral y anestesia trigeminal, asociado a múltiples comorbilidades que deben ser evaluadas.

Objetivo: Presentar este síndrome neurocutáneo infrecuente asociado a hidrocefalia congénita, con el fin de que sea considerado como diagnóstico diferencial en el estudio de esta patología.

Metodología: Se evalúa un paciente de 4 años donde según la evaluación clínica, imagenológica y genética se pesquiza el síndrome. Se cuenta con la dis-

pensa del comité de ética institucional.

Caso: El caso clínico corresponde al segundo hijo de padres no consanguíneos, sin antecedentes mórbidos familiares. Con diagnóstico prenatal de hidrocefalia y romboencefalosinapsis, cariograma y TORCH antenatal normales. La RM cerebral postnatal corroboró los hallazgos antenatales. Se instaló una válvula derivativa ventrículo-peritoneal en la primera semana de vida.

A los 4 años fue evaluado por disfunción valvular, donde destacó: alopecia parietal bilateral y ausencia de reflejo corneal, entre otras dismorfias. La clínica asociada a los hallazgos imagenológicos confirman los criterios diagnósticos de SGLH.

Conclusión: Las nuevas tecnologías han contribuido al diagnóstico intrauterino precoz de patologías congénitas, sin embargo, el SGLH aún se resiste a una definición genética precisa. Es importante conocer los genes involucrados y síntomas asociados para un diagnóstico etiológico, pronóstico a largo plazo, prevención de morbilidad y consejo genético adecuado.

CCN16

UTILIDAD DE RAPAMICINA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA (CET).

Juan Moya (1,2), Johnny Montiel (1,3), Juan Pablo Polanía (1,4), Francesca Solari (1,5), Ximena Varela (1,6), Isabel López (7).

1. Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.
2. Neuropediatra, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Profesor Asistente, Universidad de Chile.
3. Neuropediatra, Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú.

4. Residente de Neurología Pediátrica, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
5. Neuropediatra, Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.
6. Neuropediatra, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. Profesor Asistente, Universidad de Chile.
7. Neuropediatra, Departamento de Neurología Pediátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Introducción: Los inhibidores de la proteína *mammalian target of rapamycin* (mTOR), incluyendo rapamicina y everolimus, han surgido como tratamiento de elección en pacientes con diagnóstico de Complejo Esclerosis Tuberosa (CET) y astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA). Además, han alcanzado buenos resultados en manejo de epilepsias en CET, extendiendo su espectro de acción.

Objetivos: Determinar perfil clínico de pacientes con diagnóstico de CET y tratamiento con rapamicina, evaluados en Centro Avanzado de Epilepsias de Clínica Las Condes.

Método: Consulta de base de datos del centro (período 2013-2017). Revisión de ficha clínica, previo consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes (3 mujeres): dos con diagnóstico de SEGA/epilepsia (uno de ellos sin crisis) y 2 con epilepsia refractaria. Diagnóstico previo de Síndrome de West en 3/4, Lennox-Gastaut en 1/4. Media de fármacos previos: 5,25 (2-9), destacando Vigabatrina (4/4), Valproato (4/4), ACTH (3/4). Antecedente de tubercotomía en 3/4 casos. Mediana de edad al inicio de rapamicina: 6 años. Dosis

promedio: 1,5 mg (1,0-2,3). En 3 pacientes con crisis activas, 2/3 tuvieron remisión total (a los 21 y 24 meses de tratamiento) y 1/3 parcial. El cuarto caso mostró disminución de conductas autistas. Todos exhibieron mejoría electroencefalográfica relativa. Nivel plasmático promedio: 4,2 ng/mL (referencia: 1-5). Efectos adversos en 1/4 (esteatosis hepática ecográfica, con pruebas hepáticas normales). Tiempo promedio de seguimiento del fármaco: 29 meses (4-41).

Conclusiones: Aunque pequeña, nuestra serie manifiesta buena respuesta y tolerabilidad al tratamiento con rapamicina, con efecto al menos parcial sobre crisis, convirtiéndose en una alternativa válida para el manejo de epilepsia refractaria en CET.

SALÓN LLAIMA
(TLN16 - TLN23) (CCN8 - CCN13)
(CCN 17)

TLN16
BIOPSIA MUSCULAR EN EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES MUSCULARES EN EDAD PEDIÁTRICA

Raúl Escobar (1), Roger Gejman (3), Carlos Jaque (1), María Beytía (1), Daniela Avila (1), Juan Casar (2), Oscar Trujillo (2), Ricardo Fadic (2)

1. Neurólogo Infantil;
2. Neurólogo de Adulto;
3. Anatomopatólogo

Unidad de Neurología Pediátrica, Departamento de Patología y Departamento de Neurología. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: A pesar del gran avance en genética molecular, la evaluación histopatológica de músculo continúa siendo elemento esencial en el estudio

diagnóstico en enfermedades musculares. La precisa selección clínica de los pacientes, la obtención de muestras adecuadas para análisis histopatológico y el correcto uso de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas se consideran esenciales para el adecuado rendimiento del estudio histopatológico muscular. Con el **Objetivo** de evaluar la utilidad del estudio histopatológico muscular en niños, se realizó estudio descriptivo, retrospectivo de biopsias musculares realizadas en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Metodología: Se incluyó todas las biopsias realizadas entre enero 2001 a diciembre 2016, a menores de 18 años. Se revisaron fichas clínicas, protocolo de procedimiento e informe de patología.

Resultados: Se revisó un total de 240 biopsias, edad promedio al momento de la biopsia 6,4 años (3 semanas-18 años). La biopsia fue anormal en 73,6%, normal en 25,3% y muestra insuficiente o inadecuada para análisis en 1,1%. Los signos clínicos más frecuentemente asociados a biopsia anormal fueron falta de fuerza (80,7%), hipotonía (67,7%) y alteración de la marcha (67,7). Los diagnósticos histopatológicos más frecuentes fueron alteraciones miopáticas inespecíficas (28,4%), miopatías congénitas (20,9%), distrofia-distrofina(-) (19,4%) y distrofia-distrofina(+) (9%).

Discusión: Los resultados obtenidos muestran que el estudio histopatológico muscular fue útil en un alto porcentaje, la muestra utilizada para estudio fue adecuada en la mayoría de los casos y la clínica clásica asociada a enfermedad muscular se asoció a mayor posibilidad de utilidad de estudio histopa-

tológico.

TLN17

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE Y TRATAMIENTO CORTICOESTEROIDAL

Muñoz G(1), Cortés R(2), Vargas C(2), Kleinsteuber K(2), Avaria MA(2)

1. Residente Programa Neurología Pediátrica
2. Neuróloga Infantil Departamento de Pediatría Campus Norte, Universidad de Chile.
Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital de Niños Roberto del Río.

Introducción: Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), enfermedad genética por mutación en gen de distrofina, clínicamente se manifiesta como retraso en adquisición de la marcha. A pesar de la ausencia de cura, el uso de corticoesteroides (CE), soporte ventilatorio y atención multidisciplinaria han mejorado su supervivencia y calidad de vida, siendo necesario evaluar el impacto de estas terapias.

Objetivos: Caracterización de efectos del uso de CE en DMD y caracterización clínica de pacientes diagnosticados con DMD.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, de revisión de registros clínicos de pacientes con DMD y CE, controlados en Policlínico Neuromuscular (PNM) del Hospital Roberto del Río en 2017. Trabajo aprobado por Comité de Investigación Hospital Roberto del Río y enviado a comité de ética de SSMN.

Resultados: 19 pacientes. Edad promedio:13 años, retraso inicio de mar-

cha (18 meses promedio), edad promedio de primera evaluación en PNM a los 5,25 años y de diagnóstico de 5,13 años (11/19 MLPA, 3/19 Biopsia muscular, 2/19 Secuenciación). Inicio promedio de CE a los 5,27 años (16/19 Prednisona, 3/19 Deflazacort), tiempo promedio tratamiento: 6,7 años. Reacciones adversas (RAM) a CE: 26% facie cushingoidea, 15,7% Acné, 10,5% hipertensión arterial; 47% sin RAM. Función Pulmonar y Cardíaca: 57% Normal. Pérdida de marcha promedio 11,8 años. Escoliosis 36.8%, ningún paciente con indicación quirúrgica.

Conclusiones: Nuestros pacientes se diagnosticaron e iniciaron CE en tiempos acordes a series internacionales. El tratamiento con CE tuvo impacto positivo respecto a pérdida de la marcha, escoliosis, función pulmonar y cardíaca. Un alto porcentaje de pacientes no tuvo RAM a CE, y cuando se presentaron fueron leves.

TLN18

ASOCIACIÓN DE MIOCARDIOPATÍA, TERAPIA CORTICOESTEROIDAL Y DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD)

Carolina Schulz G.(1), María de los Ángeles Avaria B. (2), Karin Kleinstueber S. (2), Carolina Heresi V. (2), Patricia Álvarez Z. (3)

1. Residente del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Hospital Dr. Roberto del Río, Universidad de Chile
2. Académico Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Dr. Roberto del Río
3. Académico Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Fa-

cultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Cardiología Pediátrica, Hospital Dr. Roberto del Río.

Introducción: El compromiso miocárdico es causa frecuente de morbimortalidad en DMD. Se plantea que el ecocardiograma Doppler color tisular puede detectar precozmente miocardiopatía para inicio precoz de tratamiento y mejor pronóstico y que el tratamiento corticoesteroidal podría disminuir o retrasar el desarrollo de miocardiopatía.

Objetivos: Determinar la frecuencia de miocardiopatía en pacientes con DMD, diagnosticada por ecocardiograma Doppler color tisular. Evaluar si el tratamiento corticoesteroidal se asocia a menor presencia de miocardiopatía. Evaluar asociación con diagnóstico genético.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con DMD controlados entre agosto de 2015 y 2016. Se realizó análisis descriptivo y de asociación con prueba exacta de Fisher. Estudio aprobado por Comité de Ética de la investigación SSMN.

Resultados: 16 pacientes con DMD (edad: 10 - 25 años); 12 tratados con corticoesteroides. Presencia de miocardiopatía en 8/16. Doppler tisular mostró disminución de velocidades de fibra miocárdica en 6/8 y compromiso miocárdico precoz en 3/8. Fracciones de eyección y de acortamiento del ventrículo izquierdo reducidas en 4/8. En pacientes tratados con corticoides, se observó miocardiopatía en 5/12; y en los no tratados 3/4. Se encontró asociación entre tratamiento esteroideal y disminución de miocardiopatía, no estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

No se encontró relación entre el tipo de mutación y miocardiopatía.

Discusión: La frecuencia de miocardiopatía en nuestra serie es concordante con series extranjeras publicadas. El Doppler tisular permitió diagnóstico precoz de miocardiopatía en 3/8. El tratamiento esteroideal se muestra como un factor protector pero se requiere una serie con mayor número de casos para confirmar este hallazgo.

TLN19

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ELECTROFISIOLÓGICA Y GENÉTICA DE MIOTONÍAS NO DISTRÓFICAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DE RÍO Y LA RED DE SALUD UC-CHRISTUS.

Daniela Avila Smirnow(1), Raúl Escobar Henríquez(1), Damien Sternberg(2), Oslando Padilla Pérez(3), María de Los Angeles Beytía Reyes(1), Juan Carlos Casar(4), Manuel Arriaza Ortiz(1)

1. Médico Neurólogo Pediátrico,

2. Doctor en Ciencias,

3. Estadístico,

4. Médico Neurólogo

1. Unidad e Neurología, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río

2. Unidad de Neurología, División de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

3. Unité de Cardiogénétique et Myogénétique. Laboratoires de Génétique. Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Universités

4. Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 5. Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las miotonías no distróficas (MND) son canalopatías debidas a mutaciones en los genes SCN4A o CLCN1 (prevalencia de 0.75/100.000 habitantes). En el test de ejercicio breve repetido (TEBR) las mutaciones en gen SCN4A suelen asociarse a patrones I y III, y las de CLCN1 a patrón II. La población normal presenta patrón III. El pronóstico y tratamiento farmacológico son distintos según el gen mutado.

Objetivo: Caracterizar clínica, electrofisiológica y genéticamente, un grupo de pacientes portadores de MND en la Red de Salud UC-Christus y el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR).

Metodología: Se diseñó estudio prospectivo de casos y controles, aprobado por comité de ética. Los pacientes fueron evaluados clínica y electrofisiológicamente según protocolo de TEBR. Se secuenciaron los genes SCN4A y CLCN1, según resultados de TEBR.

Resultados: Se reclutaron 13 pacientes (6 familias) portadores de MND (edad promedio de 21 años). Se estudió mediante TEBR a 12 y por secuenciación a 10. En los dos controles se obtuvo un patrón III. Hubo 7 pacientes con patrón III y uno con patrón II, con mutaciones en gen SCN4A (G1306E). Un paciente con patrón II tuvo mutación en gen CLCN1 (G188V, G788P). En el grupo de CASR, se estimó prevalencia de MND de al menos 1.1/100.000 habitantes.

Conclusiones: El TEBR orientó hacia el gen mutado en 85% de los casos. En los pacientes de CASR la frecuencia de MND fue mayor a lo esperado. La variante G1306E, excepcional en otras poblaciones, es la más común en este

grupo (90%), y sugiere presencia de un efecto fundador.

TLN20

MIASTENIA GRAVIS JUVENIL GENERALIZADA: SERIE DE 20 PACIENTES.

Erazo R (1), Lacaux P (2), Blanco A (3).

1. Neurólogo Pediátrico Hospital de Niños Dr Luis Calvo Mackenna (HLCM).
2. Residente de Neurología Pediátrica, Universidad de Chile – HLCM.
3. Cirujano infantil HLCM.

Introducción: La Miastenia Gravis (MG) es la principal enfermedad que afecta la unión neuromuscular, su origen es autoinmune y se manifiesta con debilidad muscular fluctuante. La forma juvenil representa el 10-15% de los casos.

Objetivos: Caracterizar a pacientes con diagnóstico de MG juvenil generalizada atendidos en Hospital de niños Dr. Luis Clavo Mackenna (HLCM).

Método: Búsqueda de pacientes con diagnóstico de MG en base de datos del HLCM entre enero/1994 y mayo/2017. Selección de casos con diagnóstico de MG juvenil generalizada. Revisión de fichas clínicas. Análisis de datos.

Resultados: Veinte pacientes (70% mujeres). Promedio edad inicio síntomas= 8,7 años (1-14 años), siendo <8 años= 30% y >8 años= 70%. Forma de inicio: ocular= 75% y generalizado= 25%. Promedio de tiempo transcurrido entre inicio síntomas y diagnóstico= 11,1 meses (0,5-72 meses). Clasificación MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America) al diagnóstico: I= 10%, II= 30%, III= 40%, IV= 5% y V= 15%. Durante su evolución pre-

sentaron crisis miasténica= 60%. Estudio de anticuerpos antireceptor de acetilcolina (Ac antiRAC): positivo= 60%, negativo= 10% y no estudiado= 30%. Status del timo: hiperplasia= 60%, timoma= 0, normal= 35% y atrofia= 5%. Tratamientos recibidos: piridostigmina= 100%, corticoides= 75% y timec-tomía=100%.

Conclusiones: Dentro de las características de nuestra serie destacan el predominio de: inicio con síntomas oculares, positividad de Ac antiRAC y de hiperplasia de timo, coincidente con lo descrito en la literatura. Hubo una gran variabilidad en la edad de presentación, habiendo un predominio post-puberal. Llama la atención el tiempo que tarda en hacerse el diagnóstico, lo que hace pensar que puede existir aún algún grado de desconocimiento de esta patología.

TLN21

SÍNDROMES MIASTÉNICOS CONGÉNITOS (SMC): EVALUACIÓN CLÍNICA Y ELECTROFISIOLÓGICA EN SERIE DE PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA)

Sáez, V. (1), Troncoso, M. (1), Lara, S. (1), Legaza, G. (2), Fariña, G. (1), López, C. (1), Santander, P. (1), Peña, C. (3)

1. Neuróloga Infantil, Servicio Neuropsiquiatría Infantil HCSBA.
 2. Residente Neurología Infantil HCSBA, Universidad de Chile.
 3. Fisiatra, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación HCSBA
- Hospital Clínico San Borja Arriaran

Introducción: Los SMC, grupo clínica y genéticamente heterogéneo, caracterizados por alteración en transmisión neuromuscular, por defectos en dife-

rentes estructuras de esta unión. A la fecha descritos 25 genes, cuya alteración más frecuente son postsinápticas (68-76%). Manifestación de síntomas a edad variable. Clínicamente presentan debilidad de musculatura ocular, bulbar o extremidades, pudiendo existir antecedente familiar. La electromiografía de fibra única (EMGFU) muestra aumento de jitter o respuesta decremental en test estimulación repetitiva (TER). Prevalencia real desconocida.

Objetivo: Descripción clínica, electrofisiológica y/o genética de pacientes atendidos entre años 2002-2017.

Material Y Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis registros pacientes con clínica, electrofisiología o estudios genéticos compatibles. Comité de ética pendiente.

Resultados: 13 pacientes, edad promedio 13 años (3-26), 8 mujeres. Promedio primera consulta: 21 meses (0-72m). Motivo consulta: ptosis 9/13, succión débil 3/13. Consanguinidad 3/13, familiar afectado 4/13. Periodo perinatal: 2/13 sufrimiento fetal agudo, 1/13 estridor laríngeo, 2/13 contracturas congénitas. 7/13 alteraciones alimentación/deglución, 12/13 ptosis, 9/13 RDMS motor. 13/13 debilidad y fatigabilidad. Electrofisiología: 6/13 TER respuesta decremental, 1/13 potencial acción motor compuesto (PAUM) con doble curva, 9/13 EMGFU aumento jitter. 7/13 tienen estudio genético, diagnóstico en 3 con defecto en Receptor de Acetilcolina (RAch). Manejo: 5/13 piridostigmina, 3/13 fluoxetina, 3/13 salbutamol, solos o combinación, con respuesta variable.

Conclusión: en nuestra serie encon-

tramos características clínicas y electrofisiológicas clásicas concordante con literatura, en asociación antecedentes familiares y presentación precoz, orienta plantear diagnóstico de SMC. Encontramos como principal alteración genética defecto RAch, pese a dificultades de acceso a estudio. Es vital para el manejo una alta sospecha, adecuada caracterización clínica y electrofisiológica e idealmente confirmación genética que permite orientar tratamiento.

TLN22

DISTONÍA TRANSITORIA DE LA INFANCIA: 25 CASOS

Troncoso M(1), Naranjo V(2), Barrios A(1), Troncoso L(1), Witting S(1), Lara S(1), Santander P(1), Muñoz D(1), Hidalgo M.J(1), Ruiz I(1)

1. Neurólogo Infantil,
2. Residente Neurología Infantil, Universidad de Chile – Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)

Introducción: La distonía transitoria de la infancia forma parte del grupo de los trastornos transitorios-benignos del movimiento y se caracteriza por la postura anormal paroxística de un miembro superior, que desaparece al realizar movimientos voluntarios. La posición típica es la pronación del antebrazo con hiperflexión de la muñeca. Puede asociarse a distonía de tronco o extremidad inferior. Suele aparecer a los 5-10 meses de vida y desaparece progresivamente en un plazo de 3 meses a 5 años. El desarrollo psicomotor es normal. Está indicado el estudio con RM de cerebro. No requiere tratamiento.

Objetivo: Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con distonía transitoria de la infancia.

Metodología: Estudio descriptivo-prospectivo de 25 niños con distonía transitoria de la infancia, realizado entre los años 2001-2017 en nuestro centro.

Resultados: 18/25 sexo masculino. Edad promedio inicio: 5.7 meses. Tiempo promedio desde inicio de los al diagnóstico: 1.5 meses. Duración promedio síntomas: 9.5 meses. 25/25 sin antecedentes familiares ni perinatales. 25/25 examen neurológico normal. Exámenes solicitados: 14/25 RM cerebro, 10/25 video-EEG, 5/25 TAC cerebro, 4/25 RM columna cervical. Todos con resultados normales. 25/25 sin necesidad de tratamiento específico. 25/25 con evolución favorable.

Discusión y Conclusión: En nuestra serie la mayoría de los pacientes fueron hombres, con edad media de inicio <6 meses y duración promedio de síntomas <10 meses. Todos tenían examen neurológico y estudios complementarios normales. La evolución fue favorable, con resolución completa de la sintomatología en todos los casos. Es importante tener en cuenta este diagnóstico, para así evitar estudios y tratamientos innecesarios.

TLN23

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE DESÓRDENES AUTOINMUNES EN LA INFANCIA

Muñoz D (1) , González P. (2), Troncoso M. (1), Santander P.(1), Elgueta C. (3) , Parra P. (1), Hernandez A.(1), Hidalgo M.(1), Franco M.(1), Zamora J. (1), Lara S. (1)

1. Neuropediatras Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2. Residente Neurología Pediátrica Universidad de Chile, Hospital Clí-

nico San Borja Arriarán.

3. Interna 7° año Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Los Trastornos del Movimiento (TDM) han sido reconocidos como una complicación y/o manifestación de diferentes desórdenes autoinmunes (DA), siendo su reconocimiento esencial tanto para una orientación diagnóstica de la causa subyacente como para un tratamiento adecuado y precoz. Dependiendo de la etiología los podemos dividir en secundarios a: enfermedades multisistémicas como Lupus eritematoso autoinmune, Síndrome antifosfolípidos (SAF) y Tiroiditis de Hashimoto; infección postestreptocócica como PANDAS (desorden psiquiátrico asociado a infección estreptocócica) y Corea de Sydenham; y de origen paraneoplásico como Encefalitis por anticuerpos antiNMDA (EaNMDA) y Opsoclonus-mioclonus (OM).

Objetivos: Describir los TDM, otras manifestaciones clínicas y estudio en pacientes con DA de debut en la infancia.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de registros clínicos de pacientes con TDM secundario a DA diagnosticados y controlados en el HCSBA.

Resultados: 15 pacientes, 9 mujeres. Debut de síntomas entre los 7 días y 16 años, *peak* entre 1 y 3 años. 1 paciente con PANDAS, 1 con hemiconrea izquierda secundaria a SAF, 1 con EaNMDA con distonías y diskinesias linguales y 12 con OM (12 con opsoclonus, 7 mioclonías y 10 ataxia), 6 con tumor neuroendocrino. 11 de los 15 pacientes presentaron manifestaciones

psiquiátricas, siendo irritabilidad lo más frecuente (8/11). 14 con neuroimagen normal.

Conclusiones: Los DA en la infancia pueden presentarse con una variedad de TDM. En nuestro grupo se observa un predominio de pacientes con OM. Destaca la ausencia de hallazgos en las neuroimágenes pese a lo esperado. Se observa una frecuente asociación con manifestaciones psiquiátricas, lo que podría ayudar a una sospecha precoz.

CCN8

POLIOMIELITIS-LIKE: PRESENTACIÓN DE 2 PACIENTES EN CHILE

Constanza Urizar (1) Ximena Carrasco (2) Álvaro Retamales (3) Ricardo Erazo (4)

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica U. de Chile
2. Neuropediatra. Académico Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. U de Chile. Clínica Alemana de Santiago.
3. Neuropediatra, Clínica Alemana Temuco. Hospital Regional Temuco
4. Neuropediatra, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna y Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Desde la erradicación de la poliomielitis en Chile en 1975, sólo se han reportado casos post-vacinales. En los últimos años sin embargo, han aparecido otros virus que producen cuadros de poliomielitis ("polio-like"): enterovirus 71 y enterovirus D-68. Presentamos, contando con Consentimiento Informado, 2 pacientes en nuestro país.

CASO 1: Mujer, 3 años, de Santiago (abril-2016), con cuadro de resfrío y fiebre pasajera, al cuarto día sufre insu-

ficiencia ventilatoria, trastorno de deglución y tetraparesia flácida de predominio en extremidades superiores. RM cerebro-medular: mielitis extensa cervico-torácica e hiperintensidad bulbar periventricular. LCR: pleocitosis leve, hiperproteíorraquia, PCR virales (-). Adenovirus y Rinovirus (+) en rinofárinx. Anticuerpos anti-aquaporinas (-). Tratamiento: metilprednisolona, inmunoglobulina intravenosa (3 pulsos) y plasmaféresis, sin respuesta. Evolución a 16 meses: mínima mejoría respecto a clínica inicial, cognitivamente indemne, gastrostomizada y traqueostomizada, en ventilación mecánica domiciliaria y rehabilitación.

CASO 2: Hombre, 14 años, de Temuco (agosto-2017), inicia fiebre, vómitos, cefalea y alteración de conciencia. A 24 horas de evolución agrega insuficiencia ventilatoria y tetraplejía flácida simétrica; requiere conexión a VM. RM cerebro-medular: mielitis cervico-torácica-lumbar e hiperintensidad bulbar. LCR: Pandy ++, pleocitosis. Influenza A (+) en rinofárinx. EMG/VCN: polineuropatía axonal motora pura. Estudio virológico (-) en LCR. Tratamiento: inmunoglobulina y metilprednisolona en forma sucesiva, sin respuesta, y luego simultánea, observándose recuperación rostro-caudal progresiva.

Conclusiones: La poliomielitis por nuevos virus (polio-like), es una patología que se está observando a nivel mundial. Debemos tener este diagnóstico presente ante un niño con parálisis flácida aguda y buscar el agente causal, aunque generalmente no se obtenga.

CCN9

NEUROPATÍA CIÁTICA VERSUS PLEXOPATÍA LUMBOSACRA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y

NEUROFISIOLÓGICA DE 5 NIÑOS
Jaque C (1), Escobar R (1), Caicedo A(2), Beytía MA (1), Avila D (1)

1. Neuropediatra,

2. Médico Radiólogo

Unidad de Neurología Servicio de Pediatría y Servicio de Imagenología Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río. Unidad de Neurología, División de Pediatría, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La neuropatía ciática (NC) y la plexopatía lumbosacra (PLS) son infrecuentes en niños, prevaleciendo las causas traumáticas. Diferenciarlas, supone un desafío para el clínico.

Objetivo: Caracterización clínica, neurofisiológica, imagenológica y pronóstico de 5 niños con NC o PLS.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de fichas, que incluyó evaluación clínica y electrofisiológica en todos los pacientes y resonancia muscular de pelvis y extremidades inferiores en 2 casos.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes (4/5 mujeres) con edad promedio 11,8 años (7-15 años). Hubo 4 NC (2 traumáticas, 1 vascular, 1 no precisada) y 1 PLS (postquirúrgica). Todos presentaron hipoestesia, y dolor neuropático severo de predominio distal. Todas las NC presentaron pie caído, y el paciente con PLS paresia leve de extremidad inferior. Todos tuvieron hipo-arreflexia aquiliana. La electrofisiología mostró disminución de amplitud en surales y peroneos comunes en NC y amplitud disminuida sensitivo-motora en peroneo en PLS. Hubo signos de denervación activa-reinervación en territorios peroneo y tibial en NC y PLS. La resonancia muscular mostró compromiso

selectivo de pierna en ambos casos, mayor en grupo peroneo. Dos niñas con NC con seguimiento mayor a 1 año mantienen plejía en territorio tibial. Un niño con PLS con remisión total de síntomas al mes de seguimiento.

Conclusión: En nuestra serie, la NC fue más frecuente que la PLS, y su etiología más común fue la traumática. La PLS presentó mejor evolución que la NC. La importancia de diferenciarlas radica en el tipo de estudio, manejo y pronóstico a realizar.

CCN10

DERMATOMIOSITIS JUVENIL POR ANTICUERPO ANTI NXP2

Lara S.(1), Leiderman V(2), Santander P.(1), Sáez V.(1)

Neuropediatra Hospital Clínico San Borja Arriarán

Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica Universidad de Chile.

Introducción: La Dermatomiositis juvenil (DMJ) es una patología poco frecuente, con incidencia anual de 0.2/100.000 habitantes menores de 16 años. Se asocia a anticuerpos ANA, anti-Jo1, anti-SRP y anti-Mi-2. Desde 1997 se describen anticuerpos anti-NXP2 en 25% de los pacientes.

Objetivo: exponer un caso de DMJ con anticuerpos anti- NXP2.

Metodología: análisis de caso clínico bajo consentimiento informado.

Caso Clínico: paciente de 3 años, previamente sano, cuadro clínico 3 meses previo a la consulta, caracterizado por debilidad muscular de inicio lento y progresivo, de predominio de cinturas, mayor en cintura pélvica, halo helio-

tropo bilateral y pápulas en manos tipo Gottron. Evolucionan con disminución progresiva de sintomatología espontáneamente, hasta la resolución del cuadro miopático y disminución de sintomatología cutánea. Exámenes de laboratorio con creatinquinasa y transaminasas normales en periodo agudo y seguimiento, destaca LDH levemente aumentada. Electromiografía con patrón miopático leve y reposo isoeléctrico. Estudio reumatológico con FR, ANA y perfil ENA negativos. Dado alta sospecha clínica se hace panel de anticuerpos para miositis, resultado evidencia anticuerpo anti-NXP2 positivo. Se hace biopsia muscular que concluye hallazgos concordantes con dermatomiositis.

Discusión: se trata de un caso de presentación atípica de dermatomiositis juvenil en que no se presenta hiperkemia pese a la presencia de síntomas musculares con una evolución favorable en forma espontánea del cuadro. Llama la atención anticuerpos habituales negativos y anticuerpo anti-NXP2 positivos. Este caso nos remarca la importancia de la sospecha clínica y nos ilustra la presencia de nuevos anticuerpos en esta patología.

CCN11

INTOLERANCIA AL EJERCICIO POR DEFICIENCIA DE MIOADENILATO DEAMINASA (MAD): A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Mabe P (1), Tapia E (2), Abreo H (2), Mesa JT (3)

1. Médico especialista en enfermedades metabólicas
2. Fisiatra
3. Neuropediatra
Corporación de Rehabilitación Los Leones Cruz del Sur

Introducción: Mioadenilato deaminasa enzima del ciclo de las purinas que cataliza el adenosinmonofosfato AMP en inosinamonofosfato IMP y amonio en la fase anaeróbica del ejercicio. Su deficiencia es autosómica recesiva. Se considera la miopatía metabólica más frecuente, sin embargo, no hay casos chilenos reportados en la literatura. Forma clínica más frecuente es la intolerancia al ejercicio con/sin mioglobinuria. Se detecta a través del test isquemia por bajo aumento de amonio. Se confirma por análisis molecular. Podría mejorar con aporte de creatina.

Caso Clínico: Varón, 3er hijo, padres sanos no consanguíneos. Tres hermanos sanos. Sin antecedentes perinatales relevantes. Desarrollo sicomotor normal. A los 10 años inició intolerancia al ejercicio progresiva y episodios de mialgias y parestesias en extremidades inferiores, EVA 6-10, sin mioglobinuria. Examen físico: Hiperlaxo, dorso curvo, escápula alada. Sin visceromegalias. Fuerzas, tono, reflejos osteotendinosos normales. Sensibilidad normal. Laboratorio: Hemograma, gases venosos, electrolitos plasmáticos, ácido láctico, amonio, creatinfosfoquinasa, perfil de acilcarnitinas, perfil tiroideo, ecocardiograma, electromiografía VCN, actividad maltasa ácida: normales. Test de isquemia no fue posible realizar. Secuenciación exómica completa demuestra mutaciones en ambos alelos del gen MAD. Se indicó ejercicio aeróbico progresivo y L-Carnitina. Evitar ejercicio anaeróbico. Paciente no toleró creatina oral. Sin crisis de mialgias y/o parestesias por un periodo de nueve meses.

Conclusiones: Caso coincide en aspectos clínicos y de laboratorio con aquellos reportados previamente. Test de is-

quemia sería accesible para identificar esta patología. Tratamiento: favorecer fase aeróbica del ejercicio con entrenamiento y L-Carnitina podría disminuir los síntomas en forma significativa. Aprobado en comité de ética. Consentimiento informado.

CCN12

DEFICIENCIA DE 6-PIRUVATOIL-TETRAHIDROPTERINA SINTASA (PTPS) EN CHILE, DOS CASOS CLÍNICOS

Plasencio K (1), Arias C (2), Cabello JF (3), Peredo P (4).

1. Programa de Formación de Especialistas en neurología Pediátrica U Chile
2. Neuropediatra, especialista en enfermedades metabólicas
3. Neuróloga
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos

Introducción: PTPS es la causa más común de hiperfenilalaninemia debida a la deficiencia de tetrahidrobiopterina (BH4) . Presentamos dos casos (hermanos) de deficiencia de PTPS.

Caso 1: Recién nacido a término. PKU diagnosticado por screening neonatal. Niveles de fenilalanina 14,7 mg / dl . Se detectaron signos precoces de deterioro neurológico que mostraban retraso global del desarrollo, signos extrapiramidales y piramidales a pesar de un buen control metabólico. Se sospecha PTPS y se confirma por la tarjeta de Guthrie y el análisis mutacional. Recibe Levodopa, triptófano y suplemento de minerales. Actualmente regular control metabólico, tiene 7 años y tiene un déficit intelectual importante.

Caso 2: Recién nacido a término, PKU diagnosticada por screening neonatal. Nivel de fenilalanina 3.06 mg/

dl . Control metabólico dentro de los rangos normales. Sospecha de PTPS por antecedente del hermano (caso1), diagnóstico inicial con tarjeta Guthrie, confirmada con estudio molecular. Presenta RDSM, último Bayley a los 4 años muestra una edad de desarrollo de 24 meses. Tiene mejor desarrollo neurológico que el hermano. Recibe tratamiento con BH4, Levodopa, Triptofano y suplemento de minerales.

Conclusión: El amplio espectro de la presentación clínica dificulta la sospecha. En un niño con PKU y signos de disfunción neurológica a pesar del tratamiento debe hacernos sospechar la deficiencia de pterinas para tratarla tempranamente para así mejorar su pronóstico, incluso si el acceso a BH4 es limitado.

CCN13

ENFERMEDAD DE KRABBE DE INICIO TARDÍO: REPORTE DE 2 HERMANOS

Barrios A (1), Troncoso M(1), Troncoso L(1), Naranjo V(2)

1. Neuropediatra
2. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica U. Chile
Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La Enfermedad de Krabbe es una leucodistrofia lisosomal de herencia AR, causada por el déficit de galactosilceramidasa. Tiene dos formas de presentación: Infantil clásica e Inicio tardío. El diagnóstico de esta última es dificultoso dado su presentación polimorfa, siendo el síntoma principal la paraparesia espástica lentamente progresiva. Otros síntomas: neuropatía sensitivo-motora, hemiparesia, ataxia cerebelosa y ceguera cortical.

Objetivo: Describir dos casos de Enfermedad de Krabbe de inicio tardío. **CASOS:** Hombre de 23 años y mujer de 22, hermanos. Padres sanos no consanguíneos. Sin antecedentes perinatales. DSM normal. A los 14 y 17 años, respectivamente, inician escoliosis rápidamente progresiva, a la que luego se agrega debilidad, parestesias, temblor de EEII y creciente dificultad en la marcha, con posterior compromiso de ambas manos y disartria. Al examen físico: Paraparesia espástica, Síndrome Pancerebeloso, Síndrome Polineuropático. Estudio realizado: EMG/VCN: Compromiso neuropático crónico moderado-severo, sensitivo-motor, axonal-desmielinizante de extremidades. RM cerebro: Lesiones hiperintensas en T2/FLAIR e hipointensas en T1 perirolándicas bilaterales, con extensión desde sustancia blanca subcortical hasta mesencéfalo, adelgazamiento de cuerpo caloso y alteración de señal del istmo. RM columna: Realce de las raíces de los nervios espinales. Estudio genético compatible con Enfermedad de Krabbe (Chr14:88450776 C>G GALC:NM_001201401:exon4:c. G475C p.A159P; Chr14:88454813 C>G GALC:NM_000153:exon2:c. G250C p.D84H).

Conclusión: Las variantes encontradas en nuestra paciente tienen predicción patogénica in silico, aunque no han sido reportadas previamente en ClinVar. Tienen además frecuencia cero en bases de datos de individuos normales como ExAC y EVS. Por tanto, tanto el genotipo como el fenotipo son concordantes con una Enfermedad de Krabbe de inicio tardío.

CCN17

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON INFANTIL POR ANTICIPACIÓN

MATERNA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Campondonico P (1), Vásquez C (1), Zambrano K (1), Bettoli F (1), Arriagada P (1), Vega S (1), Silva MF (1), Amarales C (2), Villanueva X (3).

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, U. Valparaíso.
2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buen. Docente U. Valparaíso
3. Neuropediatra, Instituto Teletón de Valparaíso. Docente U. Valparaíso.

Introducción: Corea de Huntington (HD) es una enfermedad degenerativa poco frecuente, de herencia autosómica dominante, caracterizada por síntomas motores extrapiramidales, cognitivos y conductuales. Causada por expansión CAG del gen de la huntingtina más allá de 35 repeticiones. Afecta principalmente adultos, siendo <10% de inicio juvenil antes de los 20 años.

Caso Clínico: Escolar de 8 Años, sin antecedentes personales, con antecedentes familiares maternos de primer grado de HD de presentación adulta, hace aproximadamente 2 años presenta cuadro progresivo de alteraciones conductuales y compromiso cognitivo, posteriormente asociándose leve disartria y alteración de la marcha. Al examen destaca rigidez en tubo de plomo y rueda dentada, principalmente de extremidades superiores. Dado antecedentes familiares se solicita estudio genético que evidencia en alelo 2 del gen huntingtina 80 repeticiones CAG, confirmando diagnóstico.

Discusión: HD juvenil se define de inicio antes de los 20 años, con un subgrupo de pacientes con inicio infantil antes de los 10 años. En general pre-

sentan más de 60 repeticiones y son de transmisión paterna, dado la inestabilidad del número de repeticiones CAG durante la espermatogénesis. La clínica es variada y distinta del HD adulto. Inician con trastornos ansiosos, alteración en funciones ejecutivas y desempeño académico, problemas conductuales, síntomas parkinsonianos y convulsiones, apareciendo tardíamente movimientos coreiformes. Aún cuando se cuenta con historia familiar, se deben considerar diagnósticos diferenciales como Sustancia Blanca Evanescente, PKAN, Wilson o Parkinson juvenil. HD juvenil típicamente progresa más rápido que HD de inicio adulto. Aunque se investigan posibles terapias, actualmente solo se cuenta con tratamiento sintomático.

SALÓN LONQUIMAY

(TLN 28 – TLN 43) (CCN 18 - CCN 19)

TLN28

SÍNDROME DE MICRODELECIÓN 22q11.2. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PERFIL COGNITIVO EN UNA SERIE DE 7 PACIENTES

Ruiz I(1), Santander P(1), Peña M.(2), Parra P(1), Troncoso M(1), Barrios A(1), Lara S(1), Sáez V(1), Troncoso L(1)

1. Neurólogos Infantiles,
2. Residente de Neurología Infantil
Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El síndrome de microdelección 22q11.2 (SD22q) es el trastorno de microdelección cromosómica más común. Se presenta con un amplio rango de manifestaciones clínicas, que incluyen dismorfias características, retraso del desarrollo psicomotor (RDSM), discapacidad intelectual (DI), dificultades del aprendizaje, atenciona-

les (TDA), y conductuales; asociados a defectos cardíacos, anomalías palatinas e hipoacusia, entre las más frecuentes.

Objetivo: Describir las principales manifestaciones clínicas y el perfil cognitivo en una serie de 7 pacientes con síndrome de microdelección 22q11.2, diagnosticados en el servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de registros clínicos de 7 pacientes con SD22q confirmados con estudio genético (FISH cromosoma 22). Perfil cognitivo realizado con evaluación psicométrica (Weschler) y escolaridad.

Resultados: 7 pacientes, 3 mujeres y 4 hombres, entre 11 y 25 años. Todos presentaron RDSM predominio de lenguaje y dismorfias de la línea media. 2/7 cardiopatía congénita (CIV y estenosis de arteria pulmonar), 2/7 monorrenos, 1/7 hipoacusia, 1/7 hipoparatiroidismo. Todos evolucionaron con trastorno del lenguaje mixto, de predominio expresivo. Psicometría: 1/7 CI normal lento, 1/7 CI limítrofe, 3/7 DI leve, 2/7 DI moderado. 6/7 TDA, 5/7 trastorno de conducta, 1/7 rasgos autistas. 4/7 asistieron a educación regular con programa PIE, y 3/7 escuela especial.

Discusión: El RDSM predominio de lenguaje y dismorfias fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes, al igual que los trastornos del lenguaje mixto de predominio expresivo, déficit atencional y trastornos de conducta. La mayoría de los pacientes presentó discapacidad intelectual (leve a moderada) y requirió apoyo escolar con PIE o escuela especial.

TLN29

PERFIL DE NEURODESARROLLO EN SÍNDROME DE ANGELMAN, FENOTIPO CLÍNICO Y DE HABILIDADES COMUNICATIVAS EN UNA SERIE DE PACIENTES

Paola Santander (1), Javiera Tello (1), María Magdalena González (2), Mónica Troncoso (1), Cristián Álvarez (3), Karen Guajardo (4), Antonio Villalba (4), Guillermo Fariña (1), Andrés Barrios (1), Ledia Troncoso (1).

1. Neurólogo Infantil,
2. Residente Neurología Infantil,
3. Fonoaudiólogo,
4. Psicólogo.

Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El síndrome de Angelman (SA) es un trastorno del neurodesarrollo, por defecto de expresión de función del alelo materno del gen UBE3A. Presentan dismorfias, epilepsia, fenotipo conductual característico, discapacidad intelectual y severas alteraciones de lenguaje, mayor afectación expresiva y mejores habilidades lingüísticas receptivas/no-verbales. En perfil neurodesarrollo, es posible evaluar aspectos clínicos, comunicativos y adaptativos a través de instrumentos estandarizados.

Objetivo: Analizar perfil neurodesarrollo evaluando fenotipo clínico, habilidades comunicativas: compromiso de lenguaje-comunicación y funciones adaptativas, en 7 pacientes SA.

Metodología: Estudio descriptivo-transversal. Análisis registros clínicos pacientes SA confirmado con estudio genético (test metilación-FISH cromosoma 15). Aplicación instrumentos estandarizados: Escala Conductual Autismo (ABC)(≥ 68 : autismo) - Escala Adaptativa Vineland

(VABS-II) - Inventario Desarrollo Habilidades Comunicativas MacArthur (CDI). Consentimiento informado-Comité ética.

Resultados: 7 pacientes SA (5 mujeres / 2 varones), edad diagnóstico: 22.1 meses. Todos presentan retraso desarrollo psicomotor, fenotipo conductual y dismorfias características. 6/7 edad desarrollo <6 meses; 7/7 epilepsia; 3/7 trastorno sueño; 5/7 microcefalia adquirida. Todos test metilación (+). 6/7 FISH deleción 15q11-q13. Instrumentos estandarizados aplicados a edad promedio: 11.3 años. ABC: Promedio: 54.7 puntos, promedio 5.4/31 puntos en lenguaje. VABS-II: edad social promedio 21 meses, promedio 4.2/17 puntos en comunicación. CDI: rendimiento promedio: 54.8% vocalizaciones, 81% comprensión temprana, 13.9% comprensión palabras vocabulario, 3.3% producción palabras vocabulario y 31.6% gestos/juegos/acciones. No hubo relación entre edad cronológica y grado desarrollo lenguaje en ABC, ni con nivel desarrollo habilidades comunicativas CDI. Importante discordancia edad desarrollo-edad biológica en VABS-II (coeficiente social promedio 0.2) y severo compromiso lenguaje.

Conclusiones y Comentarios: Fenotipo clínico es consistente con lo descrito en SA, destaca retraso psicomotor, dismorfias, microcefalia y epilepsia. Análisis instrumentos aplicados permite obtener perfil neurodesarrollo clásicamente descrito, en habilidades comunicativas (comunicación-lenguaje) y adaptativas. CDI evaluó etapas comunicacionales pre-lingüísticas y confirmó mejores habilidades comprensivas que expresivas en todos casos, a pesar de limitaciones verbales, pacientes logran variables grados co-

municación a través de gestos/juegos/acciones. Estas evaluaciones permiten planificar intervenciones y seguimiento de habilidades comunicativas.

TLN30

SÍNDROME DE ANGELMAN. EVOLUCIÓN DE LA EPILEPSIA Y CARACTERÍSTICAS ELECTROENCEFALOGRÁFICAS EN UNA SERIE DE 16 PACIENTES

Tello J (1), Witting S (1), Maira P (2), Santander P (1) Troncoso M.(1), Fariña G (1), Barrios A (1), Troncoso L (1)

1. Neuróloga Infantil. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)
2. Residente Neurología Infantil. Universidad de Chile. Servicio de neuropsiquiatría infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)

Introducción: El síndrome de Angelman (SA) es una condición genética caracterizada por movimientos atáxicos, disposición feliz y sociable, ataques de risa no provocados y trastorno del lenguaje. El 85% de los pacientes presentan epilepsia, pudiendo presentar semiológicamente cualquier tipo de crisis.

Objetivos: Describir características clínicas de epilepsia y EEG en 16 pacientes con AS.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo observacional. Análisis de registros clínicos de pacientes con diagnóstico de SA controlados en servicio neuropsiquiatría infantil del HCSBA. Se realizó modelo de regresión logística.

Este trabajo fue aceptado por comité de ética local.

Resultados: Se evaluaron 16 pacien-

tes, entre 5 y 20 años, 12 mujeres, 4 hombres. De ellos, 3 presentaron crisis tónico-clónica generalizadas (CTCG), 2 mioclónicas, 4 clónicas, 1 tónica, 3 atónicas, 2 focales complejas, 1 sin descripción. Edad promedio de inicio de crisis 19.2 meses. Fármacos utilizados: Ácido Valpróico (AVP) 13 pacientes, levetiracetam 2, clobazam 2, fenobarbital 1, carbamazepina 1, Primidona 1. 10 pacientes lograron buen control de crisis, 8 con monoterapia y 2 con terapia asociada, la mayoría de ellos (8) con AVP. Las alteraciones electroencefalográficas más características fueron actividad epileptiforme focal de localización variable 10 pacientes, multifocal 2 pacientes y generalizada 2 pacientes, con lentitud delta predominio anterior.

Discusión: Nuestros pacientes presentaron epilepsia con diversos tipos de crisis a lo largo del tiempo. El fármaco más usado fue AVP, logrando buen control de crisis con monoterapia. Las características de crisis y EEG de nuestros pacientes se correlacionan con las descritas en la literatura.

TLN31

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL COGNITIVO Y ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER EN NIÑOS CHILENOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Josefina Larraín¹, Francisca Daiber², Pablo Billeke³, Ximena Carrasco⁴, Francisco Zamorano⁵, Francisco Aboitiz⁶

1. Psicóloga, Fonoaudióloga, Doctorante en Psicología, Investigadora Universidad del Desarrollo;
2. Psicóloga, Mag. en Psicoanálisis;
3. Médico, PhD, Investigador y Académico

Trabajos de Neurología

- mico Universidad del Desarrollo;
4. Médico Neuropediatra, Mag. en Neurobiología y Ciencias de la Conducta, Académico Universidad de Chile;
 5. Biólogo, PhD, Investigador Universidad del Desarrollo y Clínica Alemana de Santiago;
 6. Biólogo, PhD, Académico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las baterías de Wechsler, tanto en la versión revisada (R) como en la actual versión estandarizada en Chile, WISC III, han sido escalas ampliamente difundidas para evaluar el perfil cognitivo de niños y adolescentes. No obstante, comienza a cobrar importancia la posibilidad de ir ampliando el análisis hacia ciertos componentes cognitivos que permitan ir estableciendo parámetros para la validación y orientación diagnóstica de ciertos cuadros clínicos. Debido a la alta prevalencia en nuestro país, los estudios en torno al TDAH, se vuelven particularmente controversiales. Surge, por lo tanto, la necesidad de analizar mediante las escalas de Wechsler, el perfil cognitivo de niños con diagnóstico de TDAH. Con este objetivo, se reclutaron un total de 340 participantes, de los cuales 228 sujetos, fueron diagnosticados clínicamente con TDAH y 112 participaron como sujeto control. Toda la muestra fue evaluada mediante las baterías de Wechsler y luego, se identificaron los factores y subpruebas que mostraron mayor sensibilidad a la interferencia atencional. Los resultados del estudio, evidencian que para la batería WISC-R, el Factor de Ausencia de distractibilidad y para WISC III, el factor de Independencia de la distracción, se observa una disminución significativa en los niños con diagnóstico de TDAH. En conclusión, si bien las baterías de Wechsler no

consideran todas las dimensiones del constructo de inteligencia, pueden colaborar en la orientación clínica y así, establecer mejores directrices terapéuticas dentro del ámbito del desarrollo cognitivo.

TLN32

EVALUACIÓN DE NIÑOS EGRESADOS DE ESCUELAS DE LENGUAJE A LOS 10 AÑOS DE EDAD: EXISTENCIA DE UN ESPECTRO DE TRASTORNO DE LENGUAJE Y DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Bascur M (1), Ayala N (2), Oñederra C (3), López V (4), Carrasco X (5), (Aboitiz F (6).

1. Médico Residente Neurología Pediátrica Universidad de Chile - Servicio de Neurología y Psiquiatría Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna
2. Fonoaudióloga Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna
3. Psicóloga Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile
4. Neurofisiólogo, Académico Facultad de Psicología - Pontificia Universidad Católica de Chile
5. Médico Neuropediatra Universidad de Chile - Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna
6. Académico Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La visión moderna de los Trastornos del Neurodesarrollo, incluidos los trastornos del desarrollo del lenguaje (TdL) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), propone una visión multidimensional más que categorial de estos, reconociendo un espectro de dominios

de afectación en cada individuo.

Objetivo: Evaluar la evolución temporal de niños que asistieron a Escuela de Lenguaje en aspectos clínicos y cognitivos.

Hipótesis: Quienes tuvieron diagnóstico de TdL en etapa preescolar, mostrarán indicadores de TDAH y TdL en etapa escolar.

Metodología: Muestra preliminar de 12 niños y 2 niñas, de 96 a 128 meses de edad, evaluados neurológicamente y con Test ITPA (batería que entrega edad psicolingüística, EPL). Se usó estadística no-paramétrica (U de Mann-Whitney). Proyecto aprobado por Comité de ética-PUC, con financiamiento FONDECYT 1160258.

Resultados: 100% de los sujetos evidenció TDAH o síntomas de éste. Cinco tuvieron EPL \geq a edad cronológica (EPL[+]), más clínica compatible con ausencia de TdL. En quienes presentan EPL anormal (EPL[-]), Integración Gramatical fue la subprueba significativamente inferior respecto al grupo EPL[+] (p 0,011). Curiosamente, el grupo EPL[+] rinde significativamente menos que EPL[-] en Memoria Secuencial Visomotora (p 0,045) e Integración Visual (p 0,053), indicadores de memoria de trabajo visoespacial y atención/concentración respectivamente.

Discusión: Existe compromiso atencional en todos quienes fueron diagnosticados como TdL y en el grupo sin TdL. En este último, las fallas de atención pudieron originar las dificultades que llevaron a Escuelas de Lenguaje, donde sabemos que un número no precisado de niños nunca tuvieron TdL

sino otros diagnósticos.

TLN33

PESQUISA PRECOZ DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN PACIENTES DE PRE TÉRMINO

López, C (1), Parra, P (1), Yáñez, C (1), Troncoso, M (2), Torres, M (3)

1. Neuróloga Infantil. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).
 2. Jefe Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 3. Residente Neurología Infantil Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Se ha aceptado consensuadamente que prematuridad (RNPT) y bajo peso al nacer son factores de riesgo ambientales predisponentes a TEA. Se estima prevalencia de TEA en 1,5%, en Estados Unidos. Estudios han mostrado que ésta puede cuadruplicarse en prematuros extremos (23-27 semanas). De pacientes TEA seguidos en HCSBA un 10% son RNPT.

Objetivo: Pesquisar precozmente TEA en niños de pretérmino en controles en nuestro centro.

Metodología: Estudio transversal. De 117 pacientes RNPT seguidos en HCSBA, se seleccionaron 22 pacientes con edades entre 18-30 meses para aplicar telefónicamente M-CHAT (cuestionario modificado para autismo en preescolares). Aquellos con encuesta alterada fueron citados para evaluación neurológica en policlínico de trastornos neurodesarrollo.

Resultados: Contactamos 17/22; edad

promedio 21,7 meses; edad gestacional promedio 30,3 semanas, peso nacimiento promedio 1462gr, promedio días en neonatología: 63,2. 11/17 resultaron con M-CHAT normal. De los 6/17M-CHAT alterados, se lograron evaluar clínicamente 5, ninguno resultó TEA, 1/5 con trastorno sensorial, 3/5 con retraso de lenguaje y 1/5 retraso desarrollo psicomotor severo.

Discusión: Es importante el seguimiento de pacientes con M-CHAT alterado, así como ampliar el n del trabajo, separando grupos por edad gestacional. En nuestra serie se pesquisarón patologías que muestran importancia de aplicar herramientas de *screening* validadas en población de riesgo, como son los RNPT. En la literatura se describe aumento de falsos positivos en M-CHAT de prematuros extremos y con dificultades sensoriomotoras y cognitivas, constatado en un paciente de nuestra serie.

TLN34

APORTE DEL CINTILLO NEUROFEEDBACK COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA AL MANEJO DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Joanna Bórax, Alejandra Castillo, Cristóbal Álvarez.

Centro de Rehabilitación de Carabineros (CRICAR).

Introducción: Los trastornos del espectro autista (TEA) se caracterizan por déficits en habilidades de comunicación, interacción social y comportamientos estereotipados e intereses restringidos. Presentan patrones de electroencefalograma anormales que podrían relacionarse a estos déficits, por esto se consideró el cintillo de

Neurofeedback como una terapia complementaria a las intervenciones tradicionales.

Objetivo: evaluar la eficiencia del uso del cintillo en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de TEA.

Método: El proceso se llevó a cabo durante 12 meses, previo consentimiento informado, con un total de 10 usuarios entre los 3 y 7 años de edad, tanto verbales como no verbales. Los usuarios utilizaron el cintillo durante sus sesiones terapéuticas y en casa durante las primeras horas de la mañana.

Resultados: De los 10 usuarios, 2 abandonaron la terapia por no tolerar el uso del cintillo, 8 mantuvieron su utilización y de estos, 7 presentaron una mejoría en los síntomas patognomónicos del TEA, medido en rubrica por los profesionales tratantes y por los padres y/o cuidadores.

Conclusión: El uso del cintillo de Neurofeedback puede considerarse un aporte como terapia complementaria en el abordaje de los pacientes portadores del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

TLN35

TERAPIA ROBÓTICA: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EMERGENTE EN TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Yáñez C. (1), López C. (1), Troncoso M.(2), Madariaga L.(3), Luza N. (4), Lagos P. (5), Guajardo K. (6), Dorochevsi M. (7).

1. Neuróloga Infantil. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2. Jefe Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja

- Arriarán.
3. Ingeniero en Diseño de Productos. Profesor Instructor Universidad Técnica Federico Santa María.
 4. Residente Neurología Infantil Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 5. Terapeuta Ocupacional. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 6. Neuropsicóloga. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 7. Diseñador Industrial. Profesor Titular Universidad Técnica Federico Santa María.
- Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Terapia robótica utiliza predisposición de niños TEA a juegos estructurados para motivar cambios conductuales, pudiendo ser herramienta efectiva para incrementar comunicación social. Además, podría mejorar otras dificultades como visuo-motricidad.

Objetivo: Determinar si terapia robótica mejora habilidades sociales y visuo-motoras en niños TEA.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo. Aprobado comité de ética Servicio de Salud Metropolitano Centro. 10 niños TEA, confirmado con ADOS (Escala Observación para Diagnóstico del Autismo); edad 9-13 años, coeficiente intelectual normal/limítrofe con WISC (Escala Wechsler Inteligencia para Niños). Participaron en 8 sesiones de robótica. Resultados medidos: asistencia, entrevista SCOPE a profesores (inicial/final), escala de autismo Gilliam (GARS) (inicial/final), escala integración visomotora (VMI) (inicial/final).

Resultados: 10/10 hombres, edad promedio: 11 años. Autismo leve a severo con ADOS. 8/10 usan fármacos (6 metilfenidato, 4 antipsicóticos) Actividades vida diaria (AVD): 4/10 ayuda notable, 3/10 ayuda escasa, 3/10 no necesita. 5/10 terapia ocupacional/conductual previa. Asistencia a talleres: 10/10 mayor/igual a 50% de talleres. Comparación encuestas iniciales/finales: SCOPE: Obtenidos en 5/10: mejoría estadísticamente significativa en volición ($p=0,051$), habituación ($p=0,053$), comunicación ($p=0,005$) y puntaje total ($p=0,003$) GARS: leve tendencia numérica a mejoría en interacción social y respuestas emocionales, sin significancia estadística ($p=0,343$). VMI: 2/10 mejoría VMI, 2/10 mejoría visual, 4/10 mejoría motricidad; aunque sin significancia estadística ($p_{VMI} 0,416$; $p_{visual} 0,886$; $p_{motriz} 0,431$).

Discusión: Intervención vanguardista en sistema público de salud chileno que busca modelar conducta aprovechando interés de niños TEA, con alternativas de intervenciones limitadas. Mejoría conductual significativa reportada por profesores. Buena percepción, adherencia y motivación de pacientes, padres y equipo terapéutico. Dificultad para ampliar n de pacientes por costo de tecnología. Importancia participación equipo multidisciplinario.

TLN36

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ATENCION TEMPRANA PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Alicia Núñez (1), Bernardita Río (2), Nayadet Lucero (3) y Raúl G. Escobar (1)

1. Neurólogo Pediatra. Unidad de Neurología, División de Pediatría,

Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

2. Kinesióloga. Unidad de Neurodesarrollo, Red de Salud UC-CHRISTUS. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Neurodesarrollo, Red de Salud UC-CHRISTUS. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los Programas de Atención Temprana (PAT), destinados a la atención de niños menores de 6 años de edad que presentan algún trastorno en su desarrollo o tienen riesgo de presentarlo, tienen como objetivos el estimular el desarrollo de competencias emergentes y disminuir retrasos del desarrollo.

Objetivos: Determinar impacto de PAT en desarrollo de niños con Síndrome de Down (SD) y comparar nivel de desarrollo de estos niños con valores de desarrollo históricos.

Sujetos y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye niños con SD, que ingresaron a PAT entre 2012 y 2016. PAT se llevó a cabo a través de sesiones individuales en las cuales se estimuló al niño(a) y se educó en estimulación a la madre/padre o cuidador(a). Al ingreso se evaluó nivel de desarrollo con test de Bayley (TB) y se determinó plan de estimulación para cada niño(a). Luego de 6 -9 meses, se efectuó re-evaluación de desarrollo con TB. Se comparó puntajes basales de TB, previo al inicio de PAT, con puntajes posteriores. Además, se comparó puntaje con puntajes históricos.

Resultados: 41 niños, 27 mujeres. Edad promedio 10,1 meses. Tiempo

promedio en PAT 3,5 años. TB luego de 6-9 meses de permanencia en PAT fue 73 en mental y 64 en motor; valores no diferentes significativamente respecto a los basales, pero si significativamente mayores a cifras históricas publicadas de 67 mental ($p<0.01$) y 55 motor ($p<0.001$).

Conclusiones: PAT mejoraría desarrollo psicomotor de estos niños alcanzando valores de desarrollo, medidos por TB, mayor al reportado para esta población

TLN 37

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN CONTROL EN EL POLICLÍNICO "NIÑOS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD" DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Arriagada P(1)., Bettoli F(1)., Cubillos M(2)., Amarales C(3)., Campodónico P(1)., Silva MF(1)., Vásquez C(1)., Vega S(1)., Zambrano K(1).

1. Residente Programa Neuropediatría Hospital Carlos van Buren
2. Odontopediatra del equipo NANEAS del Hospital Carlos van Buren
3. Neuróloga infantil del Hospital Carlos van Buren

Introducción: La disminución de la mortalidad infantil ha llevado a un aumento de pacientes con discapacidad, llegando a un 5.8% de la población infantil chilena, por lo que se acuñó el concepto de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS). En el 2016 se crea el policlínico NANEAS del Hospital Carlos Van Buren con un equipo multidisciplinario que trabaja una atención integral, centrada en la familia.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes controlados en el policlínico de NANEAS del Hospital Carlos van Buren.

Metodología: Estudio observacional, aprobado por el comité de ética científico correspondiente. La población estudiada son todos los pacientes ingresados al policlínico NANEAS desde abril del 2016 hasta agosto del 2017. Los datos se obtuvieron desde la base de datos del policlínico y se utilizó estadística descriptiva para el análisis de éstos.

Resultados: Un total de 36 pacientes en controles cuentan con datos completos, de los cuales el 50% son hombres y 50% mujeres, con una edad media de 5.8 años. El promedio de diagnósticos y fármacos por paciente fue de 6.1 y 5.8 respectivamente. Respecto a diagnósticos, 40% corresponde a patología neurológica, siendo más frecuente el trastorno deglutorio, parálisis cerebral, epilepsia y síndrome hipotónico.

Discusión: La patología neurológica suele ser de las más prevalentes en pacientes NANEAS, pero dada la complejidad, coexiste fuertemente con otras disciplinas, encontrando incluso pacientes con más de 10 diagnósticos, por lo que es fundamental el trabajo multidisciplinario junto con la familia para lograr cubrir las necesidades globales, objetivo principal de este policlínico.

TLN38

SATISFACCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES DE PACIENTES EN CONTROL EN POLICLÍNICO "NIÑOS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD" DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Bettoli F(1), Arriagada P(1), Amarales C(2), Cubillos M(3), Campodonico P(1), Silva MF(1), Vásquez C(1), Vega S(1), Zambrano K(1).

1. Residente Programa Neuropediatría Hospital Carlos van Buren
2. Neuróloga infantil del Hospital Carlos van Buren
3. Odontopediatra del equipo NANEAS del Hospital Carlos van Buren

Introducción: Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) son un subconjunto vulnerable que requieren necesidades médicas complejas atención integral. Por esto, en el 2016 inició su funcionamiento el policlínico NANEAS del Hospital Carlos van Buren. El análisis del desempeño laboral permite un desarrollo integral de equipos de trabajo, siendo necesario utilizar herramientas para este fin. A más de un año funcionando el policlínico, surge la necesidad de analizar la satisfacción usuaria de padres/cuidadores respecto a las atenciones.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los padres/cuidadores de pacientes en control en el policlínico NANEAS del Hospital Carlos van Buren.

Metodología: Estudio observacional, aprobado por el comité de ética científico correspondiente. La población estudiada son padres/cuidadores de pacientes NANEAS que hayan contestado la encuesta de Satisfacción Usaria adaptada del policlínico, asignando una valor entre 1 y 7 a distintos aspectos. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Un total de 17 padres/cuidadores completaron la encuesta. La

evaluación general fue con una media de 6.1. El aspecto con mayor puntaje fue el de seguridad entregada, con un promedio de 6.3, con mayor puntaje asignado a conocimientos del equipo. Los aspectos peor evaluados fueron los tangibles, que consideran equipos, instalaciones físicas y materiales entregados.

Discusión: A un año de funcionamiento, podemos concluir que existe un buen nivel de satisfacción de padres/cuidadores con los servicios entregados. El equipo es capaz de transmitir seguridad, además de empatía y sensibilidad. Es importante conocer la percepción de nuestros pacientes para implementar mejoras enfocadas en sus propias necesidades.

TLN 39

DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES MEDULARES MALIGNOS

Gabriela Santander M. (1), Dr. Cristian Cuitiño A. (1), Dra. Carla Manterola M. (2)

1. Programa de formación de especialista Neurología Pediátrica Universidad de Chile / Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
2. Neurologo Pediátrico Universidad de Chile / Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Introducción: Los tumores medulares malignos pediátricos son poco frecuentes, su incidencia anual es de 1 cada 1.000.000 de niños. Se pueden presentar con signos y síntomas inespecíficos, retrasando el diagnóstico.

Objetivo: Evaluar el proceso diagnóstico desde el inicio de los síntomas, diagnósticos diferenciales y confirmación en pacientes con diagnóstico de

tumores medulares malignos en nuestro hospital.

Metodología: Revisión de los procesos diagnósticos del Servicio de Oncología del Hospital de Niños Dr Luis Calvo Mackenna desde 2014 a 2017.

Resultados: 8 pacientes diagnosticados con tumores medulares malignos. 6/8 son hombres, edad de presentación promedio de 5,5 años (rango 1 mes a 14 años). Su histología fue Sarcoma de Ewing 37.5%, Astrocitoma 25% y Neuroblastoma 37.5%. Los síntomas en el 75% de los casos fueron dorsalgia y paresia progresiva de EEII, haciéndose el diagnóstico en promedio a los 2 meses desde el inicio de la clínica. El resto, presentó síntomas inespecíficos como cefalea, diplopía, síntomas respiratorios altos, en cuyos casos se pensó en hipertensión endocraneana y SBOR. En 2 se logró el diagnóstico ante hallazgos de imágenes solicitadas por otros motivos. El tiempo promedio al diagnóstico fue entre 3 y 6 meses, significativamente mayor a aquellos con clínica clásica.

Discusión: Los tumores medulares malignos son poco frecuentes y presentan un cuadro clínico muy variable. Mayoritariamente se presentan como dolor lumbar y paresia, cuadro en que el clínico lo sospecha con relativa rapidez, sin embargo, pueden presentarse con sintomatología muy inespecífica, lo cual retrasa aún más el diagnóstico. Se debe tener una alta sospecha diagnóstica.

TLN40

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN

EN HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO (HRRIO) A HOSPITAL SAN JOSÉ (HSJ) DURANTE ENERO DE 2014 A DICIEMBRE DE 2016

Franco, D.1, Mora, A.1, Heresi, C. 2, Muñoz, G.3

1. Residente Programa de Formación de Especialistas Neurología Pediátrica, Campus Norte, Universidad de Chile.
2. Neuróloga Pediatra. Profesor Asistente, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
3. Enfermera Unidad Neurología Pediátrica, Hospital de niños Roberto del Río.

Introducción: Transición es el pasaje planificado de adolescentes con enfermedades crónicas de sistema atención pediátrico a adultos. En nuestro servicio se realiza a los 15 años. La epilepsia persiste durante la adultez frecuentemente (40-50%), por lo que frecuentemente es necesario realizar derivación al sistema de atención de adultos.

Objetivos: Describir el proceso de transición de pacientes con diagnóstico de epilepsia controlados en policlínico Neurología HRRio derivados a HSJ.

Método: Estudio descriptivo, encuesta telefónica, previo consentimiento, a padres de pacientes con diagnóstico de epilepsia mayores a 15 años, derivados desde HRR durante Enero 2014-Diciembre 2016. La selección se realizó mediante revisión de contrareferencias realizadas en ese periodo.

Resultados: 35 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Fue posible comunicarse con 13/35 pacientes. Todos dieron consentimiento. Evaluación general del proceso: buena 6/13, regu-

lar 3/13, mala 4/13. Críticas más frecuentes: demora en primer control y distanciamiento entre controles 8/13, atención poco personalizada 4/13. 2 refieren que personal médico cuenta con poca experiencia y paciencia en manejo de comorbilidades, 2 debieron obtener medicamentos en extrasistema. 5/13 sugiere necesidad de mayor continuidad al proceso y mayor comunicación entre hospitales. 3/13 plantean necesidad de mayor información en cuanto a evolución y pronóstico de la enfermedad en adultez y preparación sobre cambio de atención en hospital de adultos. 6/13 refiere que, a pesar de algunos inconvenientes, no tienen sugerencias al proceso.

Conclusión: Existe poca continuidad en el proceso de transición de estos pacientes. Es necesario mejorar el proceso, optimizando la comunicación entre ambos centros y la generación de horas de control oportunas que permitan dar continuidad al manejo.

TLN41

TELEMEDICINA: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS POTENCIANDO LA RED NACIONAL DE NEUROLOGÍA INFANTO-JUVENIL

Guzmán G (1), Troncoso M (1), Mata-mala M (2), Hernández A. (1)

1. Neurólogo Infantil,
 2. Becado Neurología Infantil
- Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El Servicio de Neurología Infantil del HCSBA, centro de referencia nacional, ha desarrollado un proyecto pionero en Chile, potenciando la Red de atención pacientes Neurológicos de alta complejidad, a través de una conexión virtual en tiempo real utilizando sistema de Telemedicina.

Trabajos de Neurología

Este consta de 3 etapas: Implementación, Desarrollo y Consolidación. En la primera los objetivos iniciales son demostrar su utilidad y lograr conectividad expedita.

Objetivos: Revisar el cumplimiento de objetivos de implementación.

Metodología: Revisión retrospectiva de actas y estadísticas de sesiones de Telemedicina en el periodo 2015-2017.

Resultados: Durante el periodo 2015 a 2017, se solicitaron 41 sesiones, concretándose en un 100 % sin interrupciones, con promedio de espera 17 días y 1 día para pacientes en Unidades Críticas. 37 corresponden a contactos Nacionales, y 4 Internacionales. Los motivos fueron: Diagnóstico 12 pacientes, Tratamiento 9, Diagnóstico y Tratamiento 17. Se realizaron 3 controles post hospitalización. Se han realizado sesiones permanentemente con todas las Regiones; destacando Arica, Puerto Montt y Coquimbo. La especialidad de Psiquiatría infantil ha utilizado esta herramienta logrando contacto en 5 oportunidades, además de otras especialidades del hospital, Endocrinología, Gastroenterología infantil y Pediatría.

Conclusiones: Mediante la revisión realizada, se constata el cumplimiento de objetivos planteados en Etapa de Implementación, generando sesiones útiles con conectividad expedita y tiempos de espera acotados. La colaboración Internacional ha ampliado evaluación de casos complejos, mejorando proceso diagnóstico terapéutico, además se han sumado otras especialidades no consideradas inicialmente. El Proyecto de Telemedicina se encuentra en condiciones de pasar Etapa de De-

sarrollo.

TLN42

USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA O ALTERNATIVA (CAM) EN POLICLÍNICO DE NEUROPEDIATRÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN. ESTUDIO EXPLORATORIO

Silva, MF.(3); Arriagada, P(3); Campodonido, P(3); Quiroz, V.(4); Salgado, F.(4); Amarales, C.(1),(2); Bettoli, F.(3) Vega, S.(3); Vásquez, C.(3); Zambrano, K(3).

1. Docente Cátedra de Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
2. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren
3. Residente de Neuropediatría, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso
4. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso

Introducción: El uso CAM se ha vuelto muy prevalente en los últimos años, tanto en la oferta de los servicios terapéuticos, como en la combinación de éstos con tratamientos convencionales. Factores como la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos, el mayor acceso a información y la reducida tolerancia del paternalismo, han contribuido a esta práctica. Conocer la realidad local del uso de estas terapias es de gran importancia para mejorar la salud y atención de nuestros pacientes.

Objetivo: Describir el uso de CAM en pacientes en control en policlínico de Neuropediatría del Hospital Carlos van Buren.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en agosto de 2017. Se incluyeron a los pacientes que asistieron a control médico en el

Policlínico de Neuropediatría del Hospital Carlos van Buren. Los datos fueron obtenidos mediante una encuesta a padres y cuidadores, previo consentimiento informado. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA. Resultados preliminares: Muestra de 50 pacientes. Un 24% de los pacientes reconoció utilizar CAM, de los cuales un 30% suspendió su terapia convencional los últimos 3 meses y un 40% lo hizo durante el último año. En cuanto a las patologías asociadas al uso de CAM, las principales fueron epilepsia refractaria, TDAH y TEA.

Conclusión: En pacientes neurológicos se ha descrito un alto uso de CAM, por lo que es importante indagar y saber la apreciación de las familias con respecto a estas terapias de tal manera que conozcamos el impacto que tienen sobre nuestros pacientes y sus tratamientos.

TLN43

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL APRENDIZAJE EN LAS CARRERAS DE PEDAGOGÍA BÁSICA ACREDITADAS EN CHILE.

Carolina Heresi (1), María de los Ángeles Avaria (1), Karin Kleinstaubert (1), Rocío Cortés (1), Carmen Paz Vargas (1), Jennifer Conejero (2)

1. Neuróloga Pediátrica

2. Psicóloga

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El manejo de las dificultades de aprendizaje requiere participación de la familia, y de los sistemas educativo y sanitario. Es imprescindible formar profesionales preparados para reconocer y manejar las necesidades educativas especiales (NEE). En

Chile existen 47 carreras de Pedagogía Básica. Los planes de estudios y perfiles de egreso se definen en forma autónoma, y son de público conocimiento.

Objetivo: Evaluar la incorporación de conceptos relacionados con desarrollo normal, bases biológicas del aprendizaje y NEE en las carreras de Pedagogía Básica acreditadas.

Método: Se analizaron los perfiles de egreso y los planes de estudios de todas las carreras de Pedagogía Básica acreditadas (N:33). El análisis fue realizado por 3 investigadoras, en forma independiente, sin conocer la universidad, usando una encuesta con preguntas cerradas.

Resultados: Ningún perfil de egreso contiene conceptos relacionados con desarrollo normal, bases biológicas del aprendizaje ni NEE. Los planes de estudio analizados fueron 30. Se explicitan contenidos relacionados con desarrollo normal en 17 (52%), con bases biológicas del aprendizaje en 5 (15%), y con NEE en 10 (30%). Los programas contienen en promedio 1,1 asignaturas relacionadas con NEE, que equivale al 2,8% del total de asignaturas. Seis programas no tienen asignaturas relacionadas con dificultades de aprendizaje.

Conclusión: Se observa alta diversidad en los perfiles de egreso y planes de estudios de carreras de pedagogía básica acreditadas, con baja incorporación de contenidos relacionados con aspectos biológicos del aprendizaje. Mejorar este aspecto podría optimizar el manejo multidisciplinario de los niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje. Estudio basado en revisión documental. No requiere comité de ética de acuerdo a la normativa vigente. Las

autoras declaran no tener conflictos de intereses.

CCN18

DILEMAS ÉTICOS AL PRINCIPIO DE LA VIDA EN ADOLESCENTE EMBARAZADA CON TRAUMATISMO ENCÉFALO-CRANEANO (TEC) GRAVE POR ARMA DE FUEGO: REPORTE DE UN CASO

Silva F (1), Vega S (1), Oliva B (2, 3), Zambrano K (1), Bettoli F (1), Vásquez C (1), Campodónico P (1), Arriagada P (1), Novoa F (2)

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Peidiátrica, U. Valparaíso.
2. Docente Cátedra de Neuropediatría, Universidad de Valparaíso
3. Neuropediatra, Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: Los dilemas éticos que surgen en el cuidado de las embarazadas son un desafío para los médicos, particularmente en cuidados críticos. Al familiarizarse con los conceptos de ética médica, los médicos serán más capaces de abordar situaciones éticas complejas con un marco claro y estructurado.

Objetivo: Presentar un caso clínico que muestra dilemas éticos en adolescente embarazada con grave daño neurológico.

Caso: Adolescente de 14 años, con antecedentes de epilepsia en tratamiento con ácido valproico. Es encontrada por su madre en patio del domicilio, presentando TEC grave con herida en región malar derecha por arma de fuego, laceración temporal derecha y mesencefálica asociada, hemoventrículo e hidrocefalia aguda tratada. A la evaluación clínica, se diagnostica embarazo de 21+6 semanas, no controlado. Los

valores involucrados son la vida de la paciente como del que está por nacer y la calidad de vida de la adolescente. Los deberes son: Mantener óptimos cuidados maternos y lograr mayor madurez fetal, respetando la autonomía. Se identificaron los siguientes dilemas, según principios bioéticos: Autonomía subrogada, principio del mejor interés del paciente (beneficencia) e interrupción del embarazo en caso que éste interfiera en posibilidades de recuperación de la adolescente en riesgo vital (no maleficencia), optando inicialmente por conducta expectante con evaluación seriada de la díada.

Conclusión: Este caso permite reflexionar sobre los dilemas éticos que surgen en contexto de emergencia neurológica y obstétrica en una adolescente, permitiendo el ejercicio de la toma de decisiones de acuerdo al método deliberativo.

CCN19

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Cruz D (1), Gonzalez G (2)

1. Postgrado de Neuropediatría
2. Neuropediatra
Hospital Pereira Rossell. Uruguay.

Introducción: Un primer episodio con síntomas en el SNC de causa presumible inflamatoria demielinizante y que no cumple con los criterios de una encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM) o el espectro de desorden de neuromielitis óptica (NMOSD), puede integrar un síndrome clínico aislado (CIS), que en el tiempo y a través de estudios de laboratorio e imagen puede llegar al diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

Presentación Del Caso: Se trata de

una adolescente de 12 años, sexo femenino, que caracteriza una parálisis facial periférica derecha, síndrome hemisferioso derecho, síndrome motor deficitario. Se plantea un síndrome demielinizante adquirido, un síndrome clínico aislado, con sospecha de Esclerosis Múltiple. En la Resonancia Magnética de Cráneo y Medula, se identifica múltiples lesiones focales en sustancia blanca supra e infratentorial. Frente a la duda diagnóstica de Esclerosis Múltiple, se procede a aplicar los criterios imagenológicos de Mac Donald 2010.

Discusión: El grupo internacional de estudio de esclerosis múltiple en pediatría, define al CIS como el primer episodio con síntomas en el SNC de causa presumible inflamatoria demielinizante y que no cumple con los criterios de ADEM o NMOSSD. El CIS puede tener una presentación clínica focal o multifocal. Al momento de su presentación, los hallazgos de laboratorio e imagen podrían dirigir a la confirmación de una EM. Se refiere como un criterio diagnóstico de EM, al primer evento demielinizante en SNC que cursa sin encefalopatía y que cumple con los criterios imagenológicos de Mc Donalds 2010, es decir lesiones que se diseminan tanto en espacio como en tiempo.

TRABAJOS PLATAFORMA NEUROLOGÍA

Viernes 17 de noviembre 08:30-10:30

Salón Araucanía

NP1-NP10

NP1

“TECNOLOGÍA DE EYE-TRACKING APLICADA AL RECONOCIMIENTO DE EXPRESIONES FACIALES EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

DE ALTO FUNCIONAMIENTO - PARTE I”

Claudia López (1), Valentina Micolich (1), Pamela Canales (1), Claudio Lavín (2), Mónica Troncoso (1)

1. Neuróloga Infantil,

2. Psicólogo

Hospital San Borja Arriarán - Universidad de Chile

Introducción: Los pacientes con trastorno de espectro autista (TEA) presentan un patrón de escaneo de rostros alterado, dificultando el reconocimiento de expresiones faciales e interacción social. Numerosos estudios de seguimiento ocular con eye-tracking (ET) en autismo han tenido resultados controversiales.

Objetivos: Evaluar escaneo de rostros en reconocimiento de expresiones faciales en escolares TEA de alto funcionamiento y correlacionar con severidad en test de ADOS-2 y Cociente de empatía/sistematización (CES).

Método: Se seleccionaron niños con TEA de alto funcionamiento. Se aplicó ADOS-2, CES y seguimiento ocular en test de caras de Baron-Cohen mediante ET. Se realizó análisis descriptivo y de correlaciones. Enviado a comité de ética.

Resultados: Muestra de 11 pacientes, 9 varones, 7 a 13 años. El área con mayor proporción y duración de fijaciones y sacadas reversas fueron los ojos. A mayor severidad en ADOS-2 presentaron fijaciones más prolongadas en boca. Desempeño general en test de caras de 67,2% (59% en emociones simples, 77% en complejas y 73,8% básicas). Se encontró correlación positiva entre severidad en ADOS-2 y desempeño en reconocimiento de emociones. En

cuanto al CES no se encontraron correlaciones significativas. Sin embargo, al considerar solo el puntaje en índice de empatía, se encontró una correlación negativa entre el puntaje y la duración mínima de las fijaciones al rostro.

Discusión: El presente estudio es el primero a nivel nacional que utiliza ET en niños con TEA. Si bien es una muestra pequeña, entrega información no descrita previamente acerca del patrón de escaneo en niños TEA y su correlación con otras variables.

NP2

“TECNOLOGÍA DE EYE-TRACKING APLICADA AL RECONOCIMIENTO DE EXPRESIONES FACIALES EN NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMIENTO - PARTE II”

Claudia López (1), Pamela Canales (1), Valentina Micolich (1), Claudio Lavín (2), César Casanova (3), Mónica Troncoso (1)

1. Médico Neuróloga Infantil,
 2. Psicólogo,
 3. Ingeniero Civil Industrial
- Hospital San Borja Arriarán - U. de Chile

Introducción: Se postula que individuos con trastorno de espectro autista (TEA) presentan un patrón de escaneo de rostros alterado que subyace al déficit en el reconocimiento de expresiones faciales, comunicación e interacción social. Numerosos estudios al respecto con tecnología eye-tracking (ET) han reportado resultados dispares.

Objetivos: Evaluar el patrón de escaneo de rostros de escolares TEA de alto funcionamiento al reconocer emociones. Correlacionar severi-

dad en test de ADOS-2 y desempeño en reconocer expresiones faciales.

Método: Se seleccionaron escolares TEA de alto funcionamiento y aplicó ADOS-2 y test de caras de Baron-Cohen utilizando ET. Se definieron áreas de interés (ADI; rostro, ojos, boca). Se construyó un modelo de regresión logística que permita integrar distintas métricas ET y calcular la probabilidad de responder correctamente a cada ensayo.

Resultados: 11 pacientes (CI promedio 89). Puntuación ADOS-2, 5 no severos (2 leves, 3 moderados) y 6 severos. Existe una asociación entre el rendimiento global en el test de caras con el resultado en ADOS-2: no severos 78% de aciertos, severos 58%. El ajuste concluyó un modelo que reproduce la distribución de probabilidad de acierto basado en: fijaciones totales, proporción de fijaciones en ADI, duración de fijaciones totales y duración de fijaciones en ADI. En revisión por comité de ética.

Discusión: Es el primer estudio nacional que utiliza ET en niños TEA. Emplea un enfoque novedoso para el análisis de datos, que integra distintas variables derivadas del ET y permite predecir la probabilidad de reconocer correctamente una expresión facial por el sujeto analizado, pudiendo tener impacto en diagnóstico y terapia.

NP3

“FRECUENCIA Y DETERMINANTES DE EPILEPSIA LUEGO DE UN PRIMER ICTUS ISQUÉMICO ARTERIAL (IIA) EN UNA COHORTE DE NIÑOS”

Mauricio López E¹, Isidro Huete L², Marta Hernández C¹

1. División de Pediatría, Unidad de Neurología. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).
2. Departamento de Radiología. Escuela de Medicina, PUC.

Introducción: La epilepsia post-IIA es frecuente en la población pediátrica, sin embargo, no está clara la influencia independiente de variables clínicas y radiológicas del evento agudo.

Objetivo: Determinar la prevalencia acumulativa de epilepsia a 5 años de un primer iia durante la infancia. Explorar los factores asociados a epilepsia post-IIA.

Metodología: Estudio prospectivo de una cohorte consecutiva de 98 niños (30 días a 18 años) con diagnóstico de IIA (imágenes por resonancia magnética) realizado en nuestra institución (2003-2013), con evaluación clínica inicial y anual entre 1 y 5 años posterior al evento agudo. Definimos epilepsia según la recomendación de la ILAE, 2015. Realizamos análisis univariado (significancia 0,05) y posterior análisis multivariado por regresión logística binaria de las variables clínicas y radiológicas significativas.

Resultados: La prevalencia acumulativa de epilepsia post-IIA a 5 años fue de 40,8%. En el análisis univariado, los niños con epilepsia presentaron con mayor frecuencia crisis sintomáticas agudas (primeras 2 semanas), compromiso cortical y de territorio de arteria cerebral media en neuroimágenes, y edad menor al momento del IIA. Posterior al análisis multivariado, solo las crisis sintomáticas agudas (OR = 29,4; IC = 4,6 – 187; $p < 0,001$) y la extensión cortical del infarto (OR = 18,9; IC= 1,1

– 32) fueron un factor de riesgo significativo independiente.

Discusión: La presencia de crisis epilépticas durante el periodo agudo y el compromiso isquémico cortical son factores de riesgo independientes para el desarrollo de epilepsia luego de un primer IIA en niños no neonatos.

NP4

“¿CUÁLES SON LAS PARTICULARIDADES DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA?”

Carolina Heresi (1), Teresa Millán (2)

1. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Proyecto de tesis para grado de Magíster en Educación para Ciencias de la Salud aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos, de la Facultad de Medicina, U. Chile. Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Introducción: El Razonamiento Clínico es el proceso cognitivo mediante el cual se plantean los diagnósticos y se planifica el manejo más adecuado y seguro para el paciente. Reconocer las particularidades de esta competencia compleja puede ayudar a desarrollar instrumentos de evaluación específicos para la especialidad, enmarcados en el nivel más alto de la Pirámide de Miller (“Hace”).

Objetivo: Comprender desde la percepción de docentes y egresados del Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile las particularidades del

Trabajos de Neurología

Razonamiento Clínico (RC) en Neurología Pediátrica (NP).

Método: Estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico a 14 académicos (6HCSBA, 4HRRio, 4 HLCM) y 11 egresados evaluados recientemente (6 HCSBA, 4 HRRio, 1 HLCM) aplicando entrevista semi-estructurada sobre el examen final del Programa. Una sección de la entrevista está destinada a Razonamiento Clínico.

Resultados: Los participantes definieron adecuadamente el concepto Razonamiento Clínico. La mayoría reconoce la recolección de antecedentes y la realización de un examen neurológico exhaustivo como una etapa fundamental en el proceso de RC. Dentro de las particularidades del RC en NP destacan: dimensión desarrollo psicomotor, correlato anatómo-clínico (diagnóstico localizadorio), realización de diagnóstico diferencial amplio y priorización de los problemas por gravedad, frecuencia y posibilidad de tratamiento.

Conclusión: El RC en NP se distingue de otras especialidades por la necesidad de incluir diagnóstico localizadorio y la dimensión desarrollo psicomotor, aspectos mencionados por la mayoría de los participantes, y que deben ser incorporados al diseñar herramientas de evaluación clínica en Neurología Pediátrica.

NP5

“CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN MOTORA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ATAXIA DE FRIEDREICH”

Vergara Diane 1, Santander Paola 1, Pedemonte María José 2, Troncoso Mónica 1, Parra Patricia 1, Fariña Guillermo 1, Barrios Andrés 1, Troncoso Ledia 1.

1. Neurólogo Infantil
2. Residente Neurología Infantil
Hospital Clínico San Borja Arriarán,
Universidad de Chile

Introducción: Ataxia de Friedreich (AF) es la ataxia hereditaria más frecuente, de transmisión autosómica recesiva, afectación multisistémica y compromiso progresivo de función motora, con tratamiento de soporte. Para el seguimiento clínico se utilizan escalas de evaluación, siendo la más utilizada ICARS (*International-Cooperative-Ataxia-Raiting-Scale*), que incluye signos cerebelares, disartria y oculomotores. Uno de los objetivos terapéuticos es optimizar calidad de vida (QoL), que es objetivada mediante instrumentos de valoración de QoL incluyendo a pacientes y cuidadores.

Objetivo: Evaluar impacto en QoL y su correlación con función motora en una serie de 9 pacientes con Ataxia de Friedreich (AF) en control en el servicio de Neuropsiquiatría Infantil - Hospital San Borja Arriarán.

Metodología: Estudio observacional en pacientes AF confirmados genéticamente. Se aplicó ICARS (semi-cuantitativa, 0-100 puntos) y PEDsQl4.0 (instrumento de valoración de QoL validado para población chilena, 23 ítems total: 8QoL-física, 15QoL-psicosocial). Análisis estadístico con Test de Spearman. Consentimiento informado.

Resultados: 9 pacientes (5 hombres-4 mujeres), edades 10-28 años (mediana 16). Se aplicó PEDsQl a 9/9 pacientes y a 6/9 cuidadores. Puntaje PEDsQl-total-paciente: 3.13-93.7; PEDsQl-total-cuidador: 21.74-81.78 (0-100 puntos, a mayor puntaje, menor QoL). Puntajes ICARS: 21-82 (media-

na41) (a mayor puntaje, mayor severidad de ataxia). Se encontró muy fuerte correlación inversa entre puntajes de ICARS y QoL-física percibida por pacientes ($\rho=-0.825, p=0.005$) y cuidadores ($\rho=-0.927, p=0.007$).

Discusión: En nuestra serie se observa muy fuerte correlación entre deterioro motor y disminución en QoL-física, pero no psicosocial. La medición cuantitativa de deterioro motor y su repercusión en la vida del paciente y su cuidador es útil en el seguimiento clínico y como medida a utilizar en nuestros pacientes con AF.

NP6

“EPILEPSIA EN ENFERMEDADES PEROXISOMALES DE PRESENTACIÓN NEONATAL”

Drs. Fernanda Balut (1), Mónica Troncoso (1), Isadora Ruiz (1), Karina Torres (2), Scarlet Witting (1), Patricia Parra (1), Andrés Barrios (1).

1. Neuropediatra - Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriaran, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.
2. Becada de Neuropediatría - Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriaran, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: Los trastornos peroxisomales son un grupo de errores innatos del metabolismo con grave afectación del sistema nervioso central. La presentación clínica varía con la edad, siendo el Espectro Zellweger una forma de presentación neonatal. Estos pacientes cursan con epilepsia de forma temprana, con crisis generalmente focales de difícil manejo.

Objetivos: Analizar la epilepsia, semiología de crisis, registros electroencefalográficos (EEG), uso de fármacos antiepilépticos (FAEs) y su respuesta, en una serie de 7 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Peroxisomal (EP) de presentación neonatal.

Metodología: Estudio retrospectivo-descriptivo. Análisis de registros clínicos y EEG de pacientes con diagnóstico bioquímico confirmado de EP.

Resultados: 7 pacientes: 3 hombres-4 mujeres. Todos presentaron crisis epilépticas de inicio antes de los 19 días de vida (mediana: 1 día). Todos los pacientes presentaron crisis focales, 3 con generalización secundaria. De los tipos de crisis, presentaron crisis tónicas:4/7, clónicas:3/7, tónico-clónicas:2/7 y sutiles:2/7. Seis presentaron actividad epileptiforme focal o multifocal en el EEG, y dos lentitud generalizada. Todos recibieron ≥ 2 FAEs. Los más utilizados fueron fenobarbital, fenitoína y benzodiazepinas. Un paciente usó 5 FAEs, 3/7 usaron 4 FAEs, 2/7 usaron 3 FAEs y solo un paciente usó 2 FAEs. Todos evolucionaron con parcial respuesta al tratamiento.

Discusión: De esta serie de casos, todos presentaron crisis epilépticas en período neonatal, siendo lo más frecuente crisis focales, tipo tónicas en el primer día de vida. Todos, a pesar de estar con ≥ 2 FAEs en dosis adecuada, no lograron control de crisis. En pacientes con crisis epilépticas de inicio neonatal de difícil manejo, se debe considerar como diagnóstico diferencial las EP.

NP7

“SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA DE RE-

EMPLAZO ENZIMÁTICO INTRACEREBROVENTRICULAR CON CERLIPONASA ALFA EN NIÑOS CON LA ENFERMEDAD LIPOFUSCINOSIS CEROIDEA NEURONAL TIPO 2 (CLN2): RESULTADOS INTERINOS DE UN ESTUDIO MULTICENTRICO DE EXTENSIÓN EN CURSO”

Specchio N (1) Schulz A (2) Gissen P (3) De los Reyes E (4) Cahan H (5) Slasor P (5) Ajayi T (5) Jacoby D (5)

1. Bambino Gesù Children’s Hospital, IRCCS, Rome, Italy
2. University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
3. Great Ormond Street Hospital for Children, London, UK
4. Nationwide Children’s Hospital, The Ohio State University, Columbus, OH, USA
5. BioMarin Pharmaceutical Inc., Novato, CA, USA

Introducción: La CLN2, es un trastorno lisosomal neurodegenerativo, heredado, pediátrico, poco frecuente, por deficiencia de TPP1, caracterizado por convulsiones, ataxia, pérdida del lenguaje y función motora, ceguera y muerte prematura. En un estudio fase 1/2 (NCT01907087) la infusión intracerebroventricular (ICV) de 300 mg de cerliponasa alfa, TPP1 recombinante humana, quincenal por 48 semanas atenuó la progresión de la enfermedad CLN2. Esta extensión (NCT02485899) evalúa seguridad y eficacia de cerliponasa alfa en niños con enfermedad CLN2 por hasta 240 semanas.

Metodología: Fueron enrolados sujetos que completaron el estudio fase 1/2 que recibieron 300 mg de cerliponasa alfa. Datos de ambos estudios evaluaron la seguridad y la eficacia a largo

plazo (evaluada por cambios de funciones motoras y lenguaje utilizando la escala CLN2).

Resultados: De los 24 sujetos en el estudio fase 1/2 (9 varones, 15 mujeres, edad media (SD) 4,3 años (1,24)), 23 fueron incluidos en este estudio de extensión (74 a 124 semanas de exposición total). Todos tuvieron EAs, la mayoría grado 1-2, que incluyeron piroxia, hipersensibilidad y convulsión. Diecinueve (79%) tuvieron un EA grave consistente con una enfermedad neurodegenerativa en una población pediátrica. Se observó una atenuación significativa del deterioro del puntaje ML (media (IC del 95%): 0,32 (0,13; 0,52) puntos / 48 semanas, $p < 0,0001$) comparado con 2,0 puntos / 48 semanas en pacientes no tratados. Una tasa de respuesta sin cambios comparada con la observada a las 48 semanas, sugiere un efecto persistente.

Conclusiones: La TRE con cerliponasa alfa ICV parece ser segura con un efecto sostenido.

NP8

“FACTORES ASOCIADOS A COMPROMISO FUNCIONAL Y EPILEPSIA POSTERIOR A UNA PRIMERA TROMBOSIS VENOSA INTRACRANEAL (TVI) PEDIÁTRICA NO NEONATAL”

Mauricio López E¹, Isidro Huete L², Marta Hernández C¹

1. División de Pediatría, Unidad de Neurología. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).
2. Departamento de Radiología. Escuela de Medicina, PUC.

Introducción: La TVI pediátrica es causa importante de morbilidad neu-

rológica, sin embargo, existen escasos estudios evaluando los predictores de epilepsia y discapacidad permanente.

Objetivo: Explorar los factores clínicos y radiológicos del evento agudo asociados a compromiso funcional grave (CFG) y epilepsia luego de una primera TVI en niños no neonatos.

Metodología: Estudio prospectivo de una cohorte consecutiva de 20 niños (30 días a 15 años) con TVI diagnosticada (imágenes por resonancia magnética con venografía) en nuestra institución (2003-2015), con evaluación clínica inicial y entre los 12 y 24 meses (media 14,5 meses) de ocurrido el evento (T1) por un neurólogo. Definimos CFG con un puntaje >2 en la Escala Modificada de Rankin. Definimos epilepsia según la recomendación de la ILAE, 2015. Realizamos la prueba de Fisher para variables dicotómicas (significancia 0,05).

Resultados: En T1, 11 niños sin alteraciones neurológicas (55%), 6 con epilepsia (30%) y 6 con CFG (30%). La epilepsia se asoció más frecuentemente a crisis sintomáticas agudas (P 0,02), hemorragia cerebral (P 0,001), compromiso cortical (P 0,02) e infartos multifocales (P 0,04). El CFG se asoció más comúnmente a trombosis venosa profunda (P 0,02), infartos venosos (P 0,01), hemorragia cerebral (P 0,02), infartos \geq 4% del volumen encefálico total (P 0,001) e infartos multifocales (P 0,04).

Discusión: La presencia, tipo, extensión, localización y número de lesiones encefálicas secundarias a la TVI predicen probabilidad de patología neurológica a largo plazo. La prevención de lesiones parenquimatosas asociadas

a la TVI podría mejorar el pronóstico neurológico de estos niños.

NP9

“COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA”

Baltar F (1), Pereira MI (2), Cerisola A (1), Castillo L (2).

1. Cátedra de Neuropediatría. Instituto de Neurología. Facultad de Medicina, UDELAR. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.
2. Centro Hematológico Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La leucemia aguda linfoblástica (LAL) es el cáncer más frecuente de la infancia. Las complicaciones neurológicas pueden producirse por compromiso directo de la enfermedad en la presentación inicial al momento del diagnóstico o durante una recidiva; como complicación infecciosa, vascular; o derivada de la terapia aplicada.

Objetivo: Evaluar la presencia de complicaciones neurológicas en una población de pacientes pediátricos con LAL.

Pacientes Y Métodos: Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes tratados por leucemia aguda linfoblástica con el protocolo ALL IC-BFM 2009, en el Centro Hematológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell de marzo del 2009 a marzo del 2017.

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 70 pacientes que fueron tratados por LAL en el período del estudio, de los cuales 15 (21,5%) presentaron las siguientes manifestaciones

neurológicas: encefalopatía subaguda por metotrexate (4,5%); accidente cerebro vascular arterial isquémico (3%); trombosis venosa cerebral (1,5%); encefalopatía posterior reversible (1,5%); pseudo-tumor cerebral (1,5%); compromiso de conciencia secundario a fármacos (3%); mielo-poli-radiculoneuropatía toxica (3%); crisis epilépticas sintomáticas de causa no aclarada (4,5%). Un 6% de los pacientes presentó blastos en líquido cefalorraquídeo al momento del diagnóstico, de los cuales la mitad presentaron complicaciones neurológicas que llevaron al fallecimiento de los mismos. La mortalidad total fue de 4 pacientes (6%), de los cuales 2 fallecieron debido a complicaciones neurológicas.

Discusión: Las manifestaciones neurológicas en pacientes con LAL son frecuentes, diversas y pueden ser muy graves. Es fundamental el conocimiento de las mismas dado la conducta terapéutica y pronóstico específico de cada una de ellas.

NP10

“REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL SÍNDROME DE IRLÉN”

Miyasaka, J, Vieira, RVG, Goto, EN, Montagna, E.; Wajnsztein, R, Ract, AL Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

Introducción: El Síndrome de Mear-Irlen (MIS) se caracteriza por ser una enfermedad que presenta dificultad en

la lectura asociada con tensión ocular, cefaleas y distorsiones visuales de percepción como desenfoco y duplicación. Este cuadro en algunos casos puede ser minimizado con el uso de filtros de color.

Hipótesis De Trabajo: Un criterio de diagnóstico del Síndrome es la mejora de los síntomas somáticos y de distorsiones perceptivas con el uso de las lentes coloreadas superpuestas, pero todavía no hay criterios diagnósticos claros para tal enfermedad.

Objetivo: El objetivo principal de este trabajo fue realizar un meta-síntesis de todos los artículos publicados en la literatura.

Metodología: artículos publicados en la base de datos: PUBMED, Lilacs, Scielo, Bireme, BVS y evaluar el actual nivel de evidencia según el *Oxford center for evidence-based medicine*.

Resultados: No hay un consenso claro en la literatura respecto de la etiología de este trastorno y los resultados son concordantes con la literatura que apunta a una falta de evidencias claras en cuanto a la organicidad del síndrome de Irlen.

Discusión: La importancia de este estudio está en proporcionar datos recientes y con rigor científico de un síndrome que ha sido discutido por los principales servicios de neurología y oftalmología del mundo.

INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Autor	N° Trabajo Libre
Aboitiz, Francisco	TLN31,TLN32
Abreo, H.	CCN11
Abufhele M., Marcela	TLP37
Aburto, B.	TPP1
Aburto, M.	TPP3
Aedo Seguel, Karina	TLP13,TLP25,TPP7
Aguilera, Bárbara	TLP50
Ajayi, T.	NP7
Aldunate, Consuelo	TLP09
Alfaro, A.	TLP42
Álvarez Barra, Carolina Susana	TLP33
Álvarez Z., Patricia	TLN18
Álvarez, C.	CCN2,CCN3
Álvarez, Cristián	TLN29
Álvarez, Cristóbal	TLN34
Álvarez, Elizabeth	TLP16,TPP6
Álvarez, K.	TPP8
Amarales, Claudia	TLN8,TLN9,TLN37,TLN38,TLN42,CCN17
Andaur, K.	TLN5
Andrade, Lucila	TLN7
Anthon, Bianca	TLP25
Aracena, C.	TLP12
Araya, Ricardo	TPP5
Arias, C.	CCN7;CCN12
Arraño, V.	TPP7
Arriagada Palma, Lily	TPP2
Arriagada, Paula	TLN8,TLN9,TLN37,TLN38,TLN42,CCN1, CCN18
Arriaza Ortiz, Manuel	TLN19
Astudillo, A.	TLP19,TLP20
Avaria B., María de los Angeles	TLN17,TLN18,TLN43,CCN6
Avila Smirnow, Daniela	TLN16,TLN19,CCN9,
Awad Lobato, B.	TLN26
Ayala, N.	TLN32
Bachelet, Cristian	TLN7
Badilla, N.	TLP19,TLP20
Badilla, X.	TLN12
Balart, Constanza	TLP10
Baltar F.	NP9
Balut, Fernanda	NP6
Barker Maillard, María José	TLP40,TLP43,TLP46
Barrios, Andrés	TLN22,TLN26,TLN28,TLN29,TLN30,CCN 13,NP5,NP6
Bascur, M.	TLN32
Bauer, Stephanie	TPP5
Beardslee W.	TPP2
Bedegral, P.	TPP7,TLP13

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	N° Trabajo Libre
Bettoli, Francesca	TLN8,TLN9,TLN37,TLN38,TLN42,CCN1,CCN18
Beytía Reyes, María de los Angeles	CCN9,TLN16,TLN19
Billeke, Pablo	TLN31
Blanco, A.	TLN20
Boehme, V.	TLP34,TLP35
Borax, Joanna	TLN34,CCN7
Bravo, A.	TLP27
Bravo, F.	TPL47
Bravo, Francisca	TLP41,TLP44 , TLP45
Briceño, Ana Marina	TLP37
Briceño, M.	TLP40
Briceño, M.	TLP43
Bronstein, Jonathan	TLP38,TPP7
Cabello, Juan Francisco	CCN12
Cáceres Saavedra, Rocío	TLP46,TLP40
Cahan, H.	NP7
Caicedo, A.	CCN9
Campodónico, Paola	TLN8,TLN9,TLN25,TLN37,TLN38,TLN42,CCN17,CCN18
Canales, Pamela	NP1,NP2
Cárdenas, A.	TLN2
Cárdenas, JM.	TLN26,TLN27
Carrasco Ch., Ximena	TLN24,TLN31,TLN32,CCN8
Casanova, César	NP2
Casar, Juan Carlos	TLN16,TLN19
Castellanos, M.	TLN24
Castillo Passi, Rolando	TPP1,TPP3
Castillo, Alejandra	TLN34
Castillo, Juan M.	TLP37
Castillo L.	NP9
Castro, Felipe	TLN1,CCN2,CCN6
Cea, Lorena	TLP37
Cerda, S.	CCN7
Cerisola A	NP9
Céspedes Parada, Loreto	TLP49
Chicharro, Ada	CCN22
Churruca, M.	TLP43
Cibils, L.	CCN4
Coelho-Medeiros, Elisa	TLP13,TLP25 ,TPP7
Conca, N.	CCN7
Concha, M.	TLP17
Conejero, Jennifer	TLN43
Contreras, M.	CCN14
Corral, S.	TPP1,TPP3
Correa, D.	TLP12
Cortés G., Camila	TLN14
Cortés, R.	TLN17,TLN43,CCN6
Cruz Barriga, Marcelo	TLP48
Cruz, Daniel	TLN15,CCN4,CCN19

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Cruz, Macarena	TLP37
Cruzat-Mandich, Claudia	TLP14,TLP31
Cuadra, Lilian.	TLN4,TLN5
Cubillos, M.	TLN37,TLN38
Cuitiño A., Cristian	TLN39
Daiber, Francisca	TLN31
De los Reyes, E.	NP7
De Marinis, Alejandro	CCN22
Del Pilar Cuellar, María	TLP32
Díaz Castrillón, Fernanda	TLP31
Donoso, C.	TLN27
Donoso, Pascuala	TLP37
Dorochesi, M.	TLN35
Durán, E.	TLP34,TLP35
Elgueta, C.	TLN23
Enríquez, M.	TLP36
Erazo, Ricardo	TLN20,CCN5,CCN8
Escobar Henríquez, Raúl G.	TLN16,TLN19,TLN36,CCN9,
Espinosa Díaz, Nancy Alejandra	TLP21
Espinosa, Daniel	TPP4,TPP5
Espinoza Riquelme, Macarena	TPP18
Etchebers, D.	TLP36
Fadic, Ricardo	TLN16
Falcón González, Lorena	TLP22
Fariña, Guillermo	TLN2,TLN3,TLN21,TLN29,TLN30,CCN2, NP5
Farkas, Chamarrita	TLP21,TLP32,TLP33
Fernández, Mauricio	TPP5
Fernández, O.	TPP18
Fonseca, Massiel	TLP17,TLP48
Franco, D.	TLN6,TLN40
Franco, M.	TLN23
Fuentes Díaz, Alejandro	TLP27,TLP28,TLP29,TLP30
Fuenzalida, Loreto	TLP34,TLP35
Gallardo, R.	TLP34,TLP35
Gálvez, C.	CCN15
Gana, C.	TLP12
García, Andrea	TLP31
Garrido, Carmen Gloria	TLP23
Garrido, I.	TPP7
Gaspar, P.A.	TPP1,TPP3,TLP22
Gejman, Roger	TLN16
Giadach, C.	TLN4
Gil, Alejandra	TLP31
Gil, C.	TLP12
Gissen, P	NP7
Gladstone, T.	TPP2
Godoy, Rosanna	TLP12
González, D.	TPP1
González, G.	TPP3,CCN19

Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	N° Trabajo Libre
González, L.	TLP27
González, M.	TLP50
González, María Magdalena	TLN29
González, Mónica	CCN22
González, N.	TLP36
González, P.	TLN23
Goto, EN	NP10
Guajardo , Karen	TLN29,TLN35
Gutiérrez, C.	TLP10
Guzmán, G.	TLN41
Guzmán, Tomás	TLN25
Hachim, Melanie	TLP11
Halpern, Muriel	TLP10,TLP11
Haquin, Carlos	TLP36
Heresi , Carolina	TLN6,TLN18,TLN40,TLN43,CCN6,NP4
Hernández, Camila	TLP42
Hernández M	CCN1
Hernández, Alejandra	TLN3,TLN10,TLN11,TLN23,TLN41
Hernández, Marta	TLN13,CCN15,NP3,NP8
Hidalgo, M.J	TLN22,TLN23
Hidalgo, Matías	TLN25
Huete L., Isidro	NP3
Huete, I.	CCN15,NP8
Huneeus, Josefina	TLP39
Ibaceta, Osvaldo	TPP1,TPP3
Ihl, Claudia	TLP48
Inzunza, Carla	TLP38
Irrazaval, Matías	TPP2,TPP5,TPP18,TLP39
Jacoby, D.	NP7
Jaque , Héctor	TLN3
Jaque, Carlos	TLN16,CCN9
Johnson, I.	TLN11
Kaschel, C.	TLP17
Kleinstauber S., Karin	TLN18,TLN17,TLN43,CCN6
Koller, O.	TLN4,TLN5
Lacaux, P.	TLN20
Lagos, P.	TLN35
Lara, Susana	TLN3,TLN21,TLN22,TLN23,TLN28, CCN10
Larraguibel, Marcela	TLP09,TLP11
Larraín, Josefina	TLN31
Lavín, Claudio	NP1,NP2
Legaza, G.	TLN21
Leiderman, V.	CCN10
Leigh, Stephanie	CCN6
León, F.	TLP27,TLP30
León, María José	TLP31
Leyton, F.	TLP40,TLP41,TLP42,TLP43,TLP44,TLP4 5,TLP46,TLP47
López, Claudia	TLN21,TLN33,TLN35,TLN3,NP1,NP2

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
López E.,Mauricio	TLN13,NP3,NP8
López, Francisca	TLN2,TLN3,CCN20,CCN21
López, Isabel	CCN16
López, M.	TLP50
Lozier Gotschlich, Maureen	TLP49
Lucero, Nayadet	TLN36
Luttges Dittbornm, Carolina	TPP5
Luza, N.	TLN35
Mabe, P.	CCN11
Madariaga, L.	TLN35
Maira, P.	TLN30
Mannaerts, M.	CCN7
Manterola M., Carla	TLN12,TLN14,TLN39
Marengo, J.	TLN4,TLN5
Marín, JI.	TLN13
Marin, M. Verónica	TLP37
Márquez, Sebastián	TLN7
Martínez Nahuel, Vania	TPP4,TPP5
Martínez, Felipe	TLN7
Matamala, M.	TLN41
Maturana, Alejandro	TPP1,TLP22,TPP3
Mayol, R.	TPP1,TPP3
Mesa Latorre, Manuel Tomás	TLP12,CCN1
Mesa, Jose Tomás	CCN11
Micolich, Valentina	NP1,NP2
Millan, Teresa	NP4
Miqueles, D.	TLP23
Mira, Andrea	TLP26
Miyasaka, J.	NP10
Moessner, Markus	TPP5
Molina, C.	TLP36
Montagna, E.	NP10
Montiel, Johnny	CCN3,CCN16
Montoya, Silvana	TPP5
Montt, María Elena	TLP10,TLP11
Moore, R.	TPP7
Mora, A.	TLN6
Mora, A.	TLN40
Morales, M.	CCN5
Moya, Juan	CCN3,CCN16
Muñoz, Carolina	TPP8
Muñoz, D.	TLN23
Muñoz, G.	TLN6,TLN17,TLN40
Muñoz, Marcelo	CCN6
Naranjo, V.	TLN22,CCN13
Narváez, C.	TLN24
Norero, Bruno	TLN25
Novoa, F.	CCN18
Núñez, Alicia	TLP30 ,TLN36
Ojeda, Francisco	TPP4,TPP5

Índice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	N° Trabajo Libre
Oliva, Bárbara	TLN25,CCN18
Olivari, Antonia	TLP19,TLP20
Oñederra, C.	TLN32
Opazo, V.	TLN12
Pacheco, D.	TLP36
Padilla, Oslando	TLN19
Paiva, Isidora	TLP14,TLP31
Palacios, Carolina	TLP37
Papuzinski, Cristián	TLN7
Parada, Fernando	TPP5
Pardow, A.	TPP1
Parra, Patricia	TLN3,TLN26,TLN27,TLN28,TLN23,TLN3, NP5,NP6
Pavlov, J.	CCN7,CCN14
Pedemonte, María Jose	NP5
Peña, C.	TLN21
Peña, M.	TLN28
Peredo, P.	CCN12
Pereira, C.	TLP19,TLP20
Pereira, J.	TPP7
Pereira MI	NP9
Pereira,V.	TLN10
Pérez Villalobos, C.	TPP7,TLP36
Pi Davanzo, Macarena	TLP09
Pizarro, P.	TLP42,TLP43
Plasencio, K.	CCN12
Polanía, Juan Pablo	CCN3,CCN16
Prado, Bernardita	TLP34 ,TLP35
Prieto, M.	TPP2
Prieto-Tagle, Fernanda	TLP26
Quinteros, Paz	TLP24
Quiroz, Vicente	TLN8,TLN9,TLN25,TLN42,TLN8,TLN9
Rajevic, Francisco	TLP28,TLP29,TLP30 ,
Rajevic, F.	TLP27
Ract, AL	NP10
Ramírez K	CCN1
Ramírez, Verónica	TLP13,TLP25
Retamales, Alvaro	CCN8
Rey, Andrea	TLN15
Río, Bernardita	TLN36
Ríos, L .	CCN2,CCN3
Riquelme	TLP50
Riquelme, N.	TLP18
Rodríguez, Juliana	TLP14
Rodríguez, Paula	TLP48
Rojas, C.	TLN2,TLN3,TLN11,CCN20
Rojas, Graciela	TPP4,TPP5
Rojas, Rodrigo	TLP09
Ruiz, Isadora	TLN22,TLN28,NP6
Rybertt, Vivian	TLP37

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	Nº Trabajo Libre
Saavedra, M.	CCN20,CCN21
Sáez, V.	TLN21,TLN28,CCN10
Salgado, F.	TLN42
Santander M., Gabriela	TLN39
Santander, Paola	TLN21,TLN22,TLN23,TLN28,TLN29,CCN 10,NP5
Santibáñez, R.	TLN13
Schnitzler, S.	CCN7
Schulz, A.	TLN18,NP7
Sehlke P.	TLN24
Sepúlveda, JE	TLP39
Sierra, Rodrigo	TLP25
Sieverson, C.	TLP42
Silva Naveas,Daniel	TLP15,TLP16,TPP6
Silva, Alejandra	TLP37
Silva, F.	CCN18
Silva, Francisca	TLN8,TLN9
Silva, H.	TLP36,TPP1,TPP3
Silva, MF.	TLN37,TLN38,TLN42,CCN17
Slasor, P.	NP7
Solari, Francesca	CCN2,CCN3,CCN16
Sommer, Katerina	TLP37
Soto R., Carolina	TLP16,TLP15,TPP6
Specchio, N.	NP7
Sternberg, Damien	TLN19
Suárez, Mariela	TPP4
Tapia, E.	CCN11
Tello, Javiera	TLN29,TLN30
Torres, Karina	NP6
Torres, M.	TLN33
Troncoso, Lidia	TLN22,TLN26,TLN28,TLN29,TLN30,CCN 13,NP5
Troncoso, Mónica	TLN2,TLN3,TLN21,TLN22,TLN23,TLN26, TLN28,TLN29, TLN30,TLN35,TLN41,NP1,NP2,NP5,NP6
Trujillo, Oscar	TLN16
Ulloa, Karen	TLP22,TPP3
Urizar, Constanza	CCN8
Valdés, C.	TLP34,TLP35,TPP8
Valdivia, Mario	TLP15,TLP16,TPP6
Valenzuela, P.	TPP7
Valezuela, S.	TLN4,TLN5
Vallotton, Claire	TLP21
Varela, Ximena	TLN1,CCN2,CCN16
Vargas, Carmen Paz	TLN17,TLN43,CCN6
Vásquez, C.	TLN37,TLN38,CCN17,CCN18
Vásquez, Christian	TPP4
Vasquez, Claudia	TLN9,TLN25,TLN42,TLN8
Vega, Sebastián	TLN8,TLN9,TLN37,TLN38,TLN42,CCN1, CCN18

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

Autor	N° Trabajo Libre
Velásquez, Álvaro	CCN7,CCN22
Venegas, S.	TLP50
Vera,J.	TLN10
Vergara, Diane	NP5
Vergara, G.	TPP1
Vergara-Barra , Pablo	TPP6 ,TLP16,TLP48
Vieira, RVG	NP10
Villacura, Bárbara	TLP41,TLP44,TLP45,TPL47
Villalba, Antonio	TLN29
Villanueva, X.	CCN17
Villar, M.	TPP3
Vöhringer, Paul	TPP5
Voigt, A.	TLP43
Wajnsztein, R.	NP10
Witting, Scarlet	TLN2,TLN3,TLN22,TLN30,NP6.
Yáñez, C.	TLN3,TLN33,TLN35,
Zakharova, Aleksandra	TLN1
Zambrano, Kennet	TLN8,TLN9,TLN25,TLN37,TLN38,TLN42, CCN17,CCN18
Zamora, J.	TLN23
Zamorano, Francisco	TLN31
Zañartu, Matías	TLN7
Zuleta, A.	TLN4,TLN5

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, investigadores, académicos

y estudiantes que requieran información sobre el material contenido en la revista.

Modalidad Editorial

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

Resúmenes e indexación

La revista está indexada 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

Abreviatura

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

Diseño

Juan Silva: jusilva2@gmail.com / Cel.: 9 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, sitio Web: 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.

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados.

Se enviaré el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Tomas Mesa Latorre, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: 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 internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos.

El texto se redactará siguiendo la estructura usual sugerida para artículos científicos, denominada “MIRAD” (Introducción, método, resultados y discusión). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones, editoriales y contribuciones podrán utilizarse otros formatos.

1. Página de título

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y lugar de trabajo.

Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará 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 aproximada-

mente 150 palabras cada uno, que incluya objetos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

3. Palabras Claves

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras.

Contarán con la siguiente estructura:

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 for-

mulado 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

Instrucciones a los autores

tales como: “al azar”, “normal”, “significativo”, “correlación” y “muestra”.

e. Discusión

Siguiendo la secuencia de los resultados se discutirán en función del conocimiento vigente se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan relacionándolos con los objetivos iniciales. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de INTRODUCCIÓN o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicaciones de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

f. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por número 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 abbreviations, 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, mención 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, atégase 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

Instrucciones a los autores

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.