

REVISTA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 16 - Nº 3 - OCTUBRE DE 2005

ISSN0718-1698



DIRECTORIO 2003 - 2005

Presidente: Dra. Virginia Boehme K.
Vicepresidente: Dra. Isabel López S.
Secretaria Gral.: Dra. Maritza Carvajal G.
Tesorera: Dra. María Alicia Espinoza A.
Directores: Dra. M. Angeles Avaria B.
Dr. Jorge Förster M.
Dra. Marcela Larraguibel Q.
Dra. Cecilia Ruiz C.
Dra. Begoña Sagasti A.
Dra. Viviana Venegas S.
Past-President: Dr. Tomás Mesa L.
Secretarias: Sra. Carolina Martínez S.
Sra. Muriel Lizana A.

Dra. Perla David G. (Santiago)
Dra. Flora De La Barra M. (Santiago)
Flgo. Marcelo Díaz M. (Santiago)
Dra. Alicia Espinoza A. (Santiago)
Dra. Marcela Larraguibel Q. (Santiago)
Dr. Pedro Menéndez G. (Santiago)
Dr. Tomás Mesa L. (Santiago)
Dr. Hernán Montenegro A. (Santiago)
Dr. Fernando Novoa S. (Viña del Mar)
Dr. Fernando Pinto L. (Coyhaique)
Dra. Begoña Sagasti A. (Viña del Mar)
Ps. Gabriela Sepúlveda R. (Santiago)
Dra. Ledia Troncoso A. (Santiago)
Dr. Mario Valdivia P. (Concepción)
Dr. Julio Volenski B. (Iquique)

INTEGRANTES COMITE EDITORIAL

Directora del Boletín:

Dra. Freya Fernández K.

Director Asociado Psiquiatría:

Dr. Ricardo García S.

Director Asociado Neurología:

Dra. Isabel López S.

Comité Editorial:

Dr. Carlos Almonte V. (Santiago)
Dra. Claudia Amarales O. (Punta Arenas)
Dr. Cristian Amézquita G. (Concepción)
Dra. María Eliana Birke L. (Antofagasta)
Dra. Verónica Burón K. (Santiago)
Dr. Manuel Campos P. (Santiago)
Dra. Marta Colombo C. (Viña del Mar)

Asesora Resúmenes en Inglés

Dra. M. Angeles Avaria B. (Santiago)

COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

Neurología

Dr. Jaime Campos (España)
Dra. Patricia Campos (Perú)
Dra. Lilian Czornyj (Argentina)
Dr. Philip Evrard (Francia)
Dr. Agustin Leguido (USA)
Dr. Jorge Malagón (México)
Dr. Joaquín Peña (Venezuela)

Psiquiatría

Dra. Susan Bradley (Canadá)
Dr. Pablo Davanzo (USA)
Dr. Gonzalo Morandé (España)

Esmeralda 678, 2º Piso Interior, Fono Fax: 632.0884, e.mail: sopnia@terra.cl
Página web: www.sopnia.com Santiago - Chile

Diseño: Juan Silva / 635 2053 / jusilva2@gmail.com

REVISTA
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 16 - Nº 3 - OCTUBRE 2005

ISSN 718-1698

CONTENIDOS

	Página
• PALABRAS DE BIENVENIDA CONGRESO 2005	3
• RESUMENES CONGRESO 2005 - NEUROLOGIA	4
• PRESENTACION POSTER	4
• CASOS CLINICOS	42
• RESUMENES CONGRESO 2005 - PSIQUIATRIA	51
• COMUNICACIONES ORALES	51
• PRESENTACION POSTER	52
• INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA	68
• REUNIONES Y CONGRESOS	71
• GRUPOS DE DESARROLLO	72
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	73

Palabras de Bienvenida Congreso 2005

En nombre del Comité Organizador, los invitamos a detenernos a la orilla de Río Calle-Calle y al igual que los otros afluentes que se unen en el camino y forman una red fluvial, las distintas generaciones de profesionales de la Salud Mental y las otras por venir podamos confluir en un instante de nuestras vidas.

Este congreso está marcado por la preocupación de la soledad del Niño y su Familia en el mundo globalizado, en una mirada positiva, buscando caminos a través de sólidas bases del conocimiento científico-humanista actualizado, una atractiva instancia desde las distintas visiones de profesionales de la Salud Mental chilena y en especial la voz autorizada de especialistas internacionales, de la neurociencia, del mundo legislativo y del comunicacional.

Bienvenidos a dialogar con nuestros distinguidos invitados Internacionales y Nacionales. Mostrar a través de los trabajos de temas libres, la producción de los distintos grupos profesionales multidisciplinarios y académicos.

Pero es especialmente motivador para este comité la activa presencia de las generaciones nuevas formadas y las por venir que son el futuro. Han trabajado junto al Comité Organizador ganándose su espacio y contribuyendo a ofrecer un atractivo y arduo programa.

El Comité Organizador ha puesto todo su esfuerzo en esta jornada, enmarcada en la belleza serena de la hermosa ciudad de Valdivia, hoy llena de inquietud cultural y polo de desarrollo científico-universitario. Esperamos que quede en la memoria de cada uno de sus asistentes como un instante inolvidable en que se pudo vivir la belleza del conocimiento científico-humanista con la belleza de la amistad entre las distintas generaciones y simplemente la cálida belleza del paisaje de la Perla del Sur.

Bienvenidos...

Ledia Troncoso Azócar
Presidente XXIII Congreso

Resúmenes Congreso 2005

TRABAJOS DE NEUROLOGIA

PRESENTACION POSTER

PN - 1

LEUCOENCEFALOPATIA REVERSIBLE POSTERIOR ASOCIADO A TERAPIA INMUNOSUPRESORA: ANALISIS DE 4 CASOS CLINICOS:

Hernández, M.; Núñez, A.; Mesa, T.; Escobar, R.

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

La leucoencefalopatía reversible posterior (LRP) es una entidad clínica caracterizado por síntomas neurológicos agudos o subagudos que incluye confusión, letargia, convulsiones y alteraciones visuales por edema vasogénico de la sustancia blanca cerebral posterior. Ha sido descrita en distintos cuadros clínicos incluyendo hipertensión arterial severa, terapia inmunosupresora, eclampsia y convulsiones.

Material y método: Se describen 4 pacientes con LRP, controlados en la red de salud de la Universidad Católica entre Enero 2002 y Julio 2005. Se describe datos demográficos, síntomas, hallazgos neurorradiológicos, exámenes de laboratorio y evolución posterior.

Resultados: 2 hombres, dos mujeres con edades entre 5 y 16 años, El uso de inmunosupresores fue en 3 casos por trasplantes (2 médula ósea, 1 trasplante hepático) 1 caso por síndrome nefrótico crónico resistente. La sintomatología fue aguda con estado mental alterado y convulsiones en los 4 pacientes, 2/2 tuvieron cefalea, solo un paciente presentó una emergencia hipertensiva, 2 pacientes tenían cifras tensionales levemente elevados. Las RNM de todos los pacientes demostraban

lesiones de sustancia blanca bilateral simétricas diseminadas sin una clara predilección por territorio occipital. No hubo relación entre la encefalopatía y los niveles de inmunosupresores, niveles plasmáticos de colesterol o magnesio. En dos pacientes se evidenció hipoalbuminemia. Se indican antiepilépticos a corto plazo, cambio o reducción de inmunosupresor, manejo antihipertensivo, evidenciándose recuperación clínica completa en todos los pacientes.

Conclusiones: Es importante reconocer precozmente este síndrome ya que usualmente la discontinuación del fármaco, la terapia antihipertensiva y el manejo de las crisis epilépticas llevan a una recuperación clínica radiológica completa, previniendo hemorragias y secuelas a largo plazo.

PN - 2

MENINGOENCEFALITIS VIRAL. ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN, 2000-2005

Rojas, C.; Avilés, C. L.; Guzmán, G.; Okuma, C.; Troncoso, L.

Servicios Neurología Infantil e Infectología, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La Meningoencefalitis viral afecta predominantemente población pediátrica, produciendo mayor compromiso y secuelas neurológicas que meningitis viral.

Objetivos: Descripción de características clínicas, laboratorio, etiología y secuelas de Meningoencefalitis en serie pediátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con Meningoencefalitis viral entre el 2000 -2005, HCSBA.

Resultados: 161 pacientes, edad promedio $5,8 \pm 3,7$ años, relación hombre: mujer 2:1 ($p < 0,05$), 32 encefalitis (20%), 129 Meningitis (80%). Síntomas en Meningitis: vómitos (78%), cefalea (75%) y signos meníngeos (45%) y en Meningoencefalitis: convulsiones (79%), fiebre (62%), compromiso de conciencia (55%) y déficit neurológico (45%). No hubo diferencias significativas en Laboratorio, sin embargo, Meningitis tuvo una tendencia a recuento leucocitario mayor en LCR. La etiología de Meningoencefalitis fue establecida en 56% (Herpes Simplex I-II 25%, Enterovirus 10%, Herpes 6-7 7%, Epstein-Barr 7% y CMV 3,5%) v/s 3,3% en Meningitis. Meningoencefalitis tuvo mayor estadía Hospitalaria y secuelas neurológicas (epilepsia y déficit motor focal).

Comentario: El diagnóstico etiológico pudo establecerse en más de la mitad de las Meningoencefalitis virales. Diferencias significativas por sexo no podemos atribuirle un rol, dado el tamaño muestral. Fueron relevantes las

secuelas neurológicas encontradas en Meningoencefalitis viral.

PN - 3

GANGLIOSIDOSIS: EXPERIENCIA CLINICA EN EL HCSBA.

Troncoso, M.; Troncoso, L.; Okuma, C.; Barrios, A.; Velásquez, A.; Reyes, P.

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Las Gangliosidosis son enfermedades de depósito, infrecuente en nuestro país.

Material-método: Revisión clínica, laboratorio neuroimágenes de 9 pacientes con Gangliosidosis GM1 y GM2 diagnosticados en nuestro centro.

Objetivo: Caracterización clínica-imagenológica de pacientes con Gangliosidosis.

Resultados:

	Sexo/ edad de inicio	Inicio Irritabilidad/ Regresión DSM	Epilepsia	Mancha rojo-cereza. Visceromegalia. Anormalidades esqueléticas	Compromiso TAC RM: T1/T2	Diagnóstico
Caso 1	F 4 meses	+/+	+	+/-/-	Atrofia difusa	Tay Sach HexA:0
Caso 2	M 6 meses	+/+	+	+/-/-		
Caso 3	F 4 meses	+/+	+	+/-/-	Compromiso de SB simétrico bilateral y fibras sub-corticales/ Tálamos hipointensos bilateral	E. Sandhoff HexA-B: 0
Caso 4	M 6 meses	+/+	-	+/-/-		
Caso 5	F 8 meses	+/+	+	+/-/-		
Caso 6	F 8 meses	+/+	+	+/-/-		
Caso 7	M 3 meses	+	+	+/+/+	Atrofia cortical/ compromiso de SB	GM1 infantil B-galactosidasa: 0
Caso 8	M 18 meses	+	+	+/+/+		
Caso 9	F 18 meses	+	+	+/-/+		

Conclusión: En la GM2 la edad de inicio fue menor, en ambas formas la presentación fue irritabilidad/regresión DSM, la epilepsia refractaria es frecuente en la evolución, mancha rojo cereza es constante, en GM2 no hubo visceromegalia ni deformidades esqueléticas a diferencia de GM1. E. Sandhoff las imágenes fueron características apoyando el diagnóstico.

PN - 4

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS ENCEFALICOS EN LA EDAD PEDIATRICA.

Bravo, E.; Badilla, L.; Sordo, J. G.; Gálvez, M.; Rivera, R.; Cox, P.; Einersen, M.; Andrade, J.; Cordovez, J.

Servicio de Neurorradiología Diagnóstico y Terapéutico, Instituto de Neurocirugía, Asenjo.

Introducción: Los avances en neurorradiología intervencional en los últimos años, como el uso de balones, los neurostents y los coils 3D entre otros, han permitido un notable incremento de los aneurismas encefálicos susceptibles a este tratamiento. Esto ha permitido que hoy en día las embolizaciones endovasculares sean una real alternativa para los aneurismas en niños.

Pacientes y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los aneurismas en menores de 15 años tratados por vía endovascular en nuestro servicio entre los años 1998-2005. De un total de 500 procedimientos, 11 fueron en niños con un total de 11 aneurismas.

Resultados: Las edades fluctuaron entre los 6 y 15 años (prom. 12 años). 9 debutaron con Hemorragia Subaracnoidea, mientras que dos se encontraron luego de estudio por cefalea intensa. La localización fue de predominio en la circulación posterior con 7/11 en territorio vertebro basilar, mientras que 4/11 en la arteria carótida interna. En 7/11 se utilizaron solo coils, mientras que en 2/11 se usaron coils y stents para la oclusión. En un paciente se utilizó embolización con Hystoacril(r). Se logró la oclusión completa en 5/11 niños, mientras que el máximo residuo aneurismático fue de un 15%. No hubo mortalidad en la serie secundario al procedimiento. Los pacientes controlados mostraron una estabilidad a largo plazo en la embolización, salvo una niña con aneurisma

disecante basilar que ha requerido de múltiples intervenciones para el tratamiento de su patología.

Conclusiones: El manejo endovascular de los aneurismas en la edad presenta una baja morbimortalidad y resultados a largo plazo que demuestran la efectividad de este tratamiento.

PN - 5

VASOESPASMO CEREBRAL REVERSIBLE EN PACIENTE CON MIGRAÑA HEMIPLEJICA. IMAGEN POR ANGIORRESONANCIA MAGNETICA.

Bravo, E.; Hernández, M.; Rivera, R.

Clínica Dávila, Servicio de Neurorradiología Diagnóstico y Terapéutico, Instituto de Neurocirugía, Asenjo. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La angiografía en pacientes migrañosos suele ser normal. Los hallazgos más habituales son hiperintensidades de la sustancia blanca en imágenes potenciadas en T2.

Objetivo: Presentar un inusual caso de vasoconstricción cerebral reversible en un paciente con una crisis de migraña hemipléjica, detectado mediante angiografía.

Caso Clínico: Niña de 11 años, con historia de cefalea de tipo vascular ocasional. Presenta cuadro de hemianopsia de 15 segundos de duración y posterior cefalea de 2 hrs., autolimitada. Veinticuatro hrs. después de este evento, inicia cuadro de hipoestesia del tórax y de ambas extremidades derechas, seguida de disartria, desorientación y cefalea intensa. Se objetiva afasia de expresión, agitación, hipoestesia y paresia del hemicuerpo derecho. El episodio regresa totalmente en 24 hrs. Se realiza EEG que es positivo para actividad irritativa lenta focal a izquierda. RM e imagen por difusión sin alteraciones, sin embargo, la angiografía muestra vasoespasmo de la ACM izquierda y disminución de visualización de vasos más distales. La paciente evoluciona favorablemente, asintomática y la angiografía de control 4 días después muestra la total regresión del vasoespasmo cerebral. La paciente había presentado dos episodios similares tratados con

Carbamazepina. Después de este tercer episodio se ha tratado con flunarizina. No ha vuelto a presentar crisis similares en 12 meses de seguimiento.

Conclusión: La hemiplejía es una inusual forma de presentación en la migraña y los reportes de alteraciones imagenológicas agudas han sido escasas en la literatura. Este tipo de presentación puede evocar un accidente cerebro vascular y por lo tanto, debe tenerse en cuenta en pacientes jóvenes con presentación de déficit motor agudo.

PN - 6

ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 3 EN TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO, SEGUIMIENTO DE UN CASO CLÍNICO

Olivos, A.; Gamboa, J.; Cabello, F.; Raimann, E.; Selman, E.

Centro de Excelencia Enfermedades Lisosomales, Servicio de Pediatría y Neurología, Hospital de Arauco, Unidad de Enfermedades Metabólicas, INTA Universidad de Chile, Servicio de Pediatría, Unidad de Genética, Hospital Clínico Regional Concepción.

Introducción: La Enfermedad de Gaucher (EG) es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva del metabolismo de los esfingolípidos caracterizada por hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia, lesiones óseas y compromiso neurológico progresivo, con una gran variedad de grados de severidad en los pacientes. Hasta antes del año 1992, el tratamiento de la EG estaba restringido al cuidado sintomático de estos pacientes. Hoy en día, la Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE) es el único tratamiento específico disponible para estos pacientes. Su rol es discutido en pacientes con compromiso neurológico.

Reporte de caso: Se revisaron los antecedentes clínicos del paciente Y. B. C. de 3 años y 6 meses, con diagnóstico clínico de EG tipo 3, que inicia TRE a los 2 años de edad meses, evaluando la respuesta al tratamiento tanto del punto de vista hematológico, de la visceromegalia, la morbilidad pulmonar y del compromiso neurológico. En relación con la visceromegalia esta disminuyó notablemente permitiendo con esto una calidad de vida mucho mejor, la calidad

del sueño, la movilidad y la tolerancia al decúbito. La evolución hematológica es muy positiva, con valores dentro de rangos normales (Hto. 43,4 %; Hb. 14 g/dl; Plaquetas 148000 / ul). Del punto de vista respiratorio, hay disminución de los cuadros obstructivos, sin consulta al servicio de urgencia por esta causa. El deterioro neurológico ha tenido una detención, manteniendo su dispraxia oculomotora, desarrollo parcial de marcha, nivel de lenguaje cercano a lo normal así como en área de coordinación y motricidad fina.

Conclusiones: La TRE en este paciente ha tenido un gran impacto sobre las complicaciones neurológicas lo que confirma que se deba considerar la TRE como una posibilidad de tratamiento para estos pacientes.

PN - 7

ETIOLOGÍA DE LOS ESPASMOS INFANTILES (SÍNDROME DE WEST)

Hernández, M.; García, F.; Mesa, T.; Escobar, R.

Depto. de Pediatría. Sección Neurología Infantil. Pontificia Universidad Católica de Chile.

El Síndrome de West (SW) o espasmos infantiles (EI) es una encefalopatía epiléptica con múltiples etiologías que ocurre en el lactante el 90% de los casos. Etiológicamente se han clasificado en tres grupos: Sintomático, Criptogénico e Idiopático, aún cuando se tiende actualmente a clasificar sólo en dos grupos. Con el advenimiento de nuevas técnicas imagenológicas, ultramicroscópicas y metabólicas, el grupo sintomático se hace más evidente.

Objetivos: Análisis y clasificación etiológica de 50 pacientes con SW.

Material y Método: Revisión de fichas clínicas de 50 pacientes SW. Todos tienen neuroimágenes (RNM y TAC cerebral) y estudios metabólicos. En algunos casos se realizaron test metabólicos específicos y estudios genéticos. Se analizaron las variables de sexo, edad de inicio y clasificación etiológica

Resultados: El 58% de los pacientes era de sexo masculino, en el 94% de los casos los espasmos se inician antes de los 10 meses, la

clasificación etiológica fue 68% sintomática (34 pacientes), 26% criptogénica y 6% idiopática. De las causas sintomáticas el mayor porcentaje correspondió a malformaciones cerebrales y síndromes neurocutáneos con 8 pacientes cada uno (24,24% para cada etiología). Destacan 5 pacientes con Síndrome de Down (15.15%) y 4 con hipoxia isquemia perinatal (12.12%). Del total de los SW destaca que solo eran prevenibles el 16% que corresponden SW secundarios a hipoxia isquemia perinatal, meningitis y TEC grave, con 4,2 y 1 paciente respectivamente.

Conclusiones: El Síndrome de West es un síndrome epiléptico grave que ocurre principalmente en el menor de 1 año, difícilmente prevenible, cuyas etiologías principales están presentes desde etapa prenatal. En el estudio etiológico se debe considerar neuroimágenes de alta resolución, test metabólicos y estudio genético.

PN - 8

SÍNDROME DE LANDAU-KLEFFNER: ANÁLISIS DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Nuñez, A.; Mesa, T.; Solari, F.; Talesnik, E.; Hernández, M.

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

Introducción: El Síndrome de Landau Kleffner (SLK) es la más frecuente de las afasias adquiridas del niño. El objetivo es presentar nuestra experiencia y proponer manejo.

Material y método: Se describen 4 pacientes con SLK controlados en la PUC, entre 1994 y 2005. Se analiza historia, síntomas, hallazgos electroencefalográficos, neuro-radiológicos, tratamiento y evolución posterior.

Resultados: 3 mujeres 6, 6 y 3 años y varón de 5 años. Examen neurológico normal en tres y un S. Hipotónico. Tres: desarrollo sicomotor normal hasta inicio de los síntomas. Todos, la primera manifestación: afasia tanto de expresión como mixta, progresiva. Tres presentaron convulsiones (TC generalizada, parcial compleja, parcial simple), tratados con anticonvulsivantes. RMN cerebrales: normales. Se tomaron anticuerpos anticerebro en tres

pacientes con resultado positivo en dos. Dos pacientes tratados con pulsos de inmunoglobulinas endovenosa, dos con prednisona, con buena respuesta tanto clínica como electroencefalográfica. Uno con apoyo neuropsicológico exclusivo. Seguimiento de 1,5 a 10 años.

Conclusiones: El SLK debe ser considerado en los casos de niños que se presentan con cuadro clínico de afasia adquirida. La historia clínica y el EEG son fundamentales para el diagnóstico. El manejo depende de cada caso: corticoides, gammaglobulina, anticonvulsivantes y rehabilitación neuropsicológica. Los anticuerpos anticerebro ayudan a aclarar la etiología e iniciar tratamiento adecuado.

PN - 9

SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ELECTROENCEFALOGRAFICO EN PACIENTES CON SD. DE RETT

Troncoso, L.; Siebert, A.; Ríos, L.; Quijada, C.; Troncoso, M.; Witting, S.; Rojas, C.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: En Sd de Rett se asocian anomalías electroencefalográficas como lentitud del ritmo basal en estadios precoces y la actividad epileptiforme en regiones centrales en etapa II y III de la enfermedad.

Objetivo: Correlato clínico-EEG y evolutividad en Sd. de Rett.

Pacientes y método: 12 pacientes (1997-2005) con Sd de Rett. Seguimiento 1-6,5 años. 5MECP2(+).

Resultados: 3 pacientes EEG normal (<5 años), en 2,5 años evolucionan anormales. 14 EEG anormales: etapa I (1/2) paroxismos lentos frontotemporales; etapa II (4/7) actividad epileptiforme temporal; etapa III (6/7) actividad epileptiforme frontocentral y centroparietal; etapa IV (3/3) actividad epileptiforme frontocentral. Hiperventilación precedió (4/6) alteraciones EEG (promedio 2,5 años). 3 casos con crisis y actividad epileptiforme focal unilateral. La actividad epileptiforme en áreas centrales no estuvo asociada a crisis. Variantes: una epilepsia precoz con actividad epileptiforme

focal unilateral al inicio, posteriormente bilateral sobre áreas centrales.

Comentario: En esta muestra la actividad epileptiforme en área central predominó en etapa III de la enfermedad. El seguimiento EEG debiera mantenerse aún si la enfermedad pareciera estacionarse. No hubo asociación entre hiperventilación y EEG, ni entre actividad epileptiforme clásica y crisis epilépticas. En la forma variante epilepsia precoz el correlato clínico-EEG fue distinto a las formas clásicas.

PN - 10

PROGRAMA CIRUGIA DE LA EPILEPSIA INCA: ANALISIS DE CALLOSOTOMIAS

Pérez, A.; Cuadra, L.; Valenzuela, S.; Zuleta, A.; Marengo, J. J.

Serv. de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía Asenjo. Hosp. L. Calvo Mackenna.

Introducción: La callosotomía es un procedimiento quirúrgico que inhibe la sincronización de los hemisferios cerebrales logrando así el control de crisis generalizadas.

Objetivos: Estudio descriptivo prospectivo de niños con callosotomías del Centro, entre 1990-2004, seguidos por un promedio de 2,2 años.

Material y método: De 104 niños operados, 23 correspondieron a la técnica de callosotomía.

Resultados: La duración de la epilepsia antes de la cirugía fue en promedio de 7,3 años. La edad promedio de cirugía 9,6 años. Todos tenían algún grado de retraso del desarrollo sicomotor. La Resonancia cerebral estaba alterada en 21 niños. Evolucionaron sin crisis postoperatoria cinco niños, dos con crisis sólo nocturnas, nueve disminuyeron en más de un 50 % las crisis y tres permanecieron igual. Dos no tuvieron seguimiento y dos fallecieron por hidrocéfalo agudo y bronconeumonía grave respectivamente. Se observó una disminución significativa de los fármacos en tres niños. No hubo correlación entre mejores resultados postquirúrgicos y tiempo de duración de la epilepsia, edad de la operación ni frecuencia de crisis.

Conclusión: La callosotomía es una técnica

válida para el tratamiento complementario de cierto tipo de epilepsias refractarias.

PN - 11

PROGRAMA CIRUGIA DE LA EPILEPSIA INCA: ANALISIS DE CIRUGIA DEL LOBULO FRONTAL (CLF)

Pérez, A.; Cuadra, L.; Zuleta, A.; Valenzuela, S.; Marengo, J. J.

Servicio de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía Asenjo. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La CLF es una técnica quirúrgica donde se reseca lesión y foco epileptógeno en pacientes con crisis sintomáticas refractarias.

Objetivo: Estudio descriptivo prospectivo de CLF en el Centro entre 1990-2004, con promedio de seguimiento de 5,25 años.

Material y método: De 104 niños operados, 20 correspondieron a CLF, todos tuvieron evaluó clínico, monitoreo EEG, Resonancia cerebral, SPECT ictal (3) y PET (1) prequirúrgico.

Resultados: Los promedios obtenidos de edad de inicio de crisis fueron 4,5 años, duración de la epilepsia 3,3 años y edad de cirugía 7,9 años. Diez niños tenían desarrollo sicomotor normal. Seguimiento: sin crisis quince niños, dos disminuyeron en más de un 50 % las crisis, tres permanecieron igual. Tres niños cambiaron de tipo de crisis desde focales y generalizadas a sólo focales, dos permanecieron igual. Doce niños disminuyeron los antiepilépticos, cuatro no variaron, uno necesitó más antiepilépticos que antes de la cirugía, tres ignorado. Complicaciones postoperatorias transitorias en siete pacientes y dos requirieron DVP.

Conclusión: La CLF es un tratamiento válido para la epilepsia refractaria, observándose una mejoría de las crisis en un 85% de ellos.

PN - 12

COSTOS DIRECTOS MEDICOS EN SINDROME DE AUSENCIA EN NIÑOS

Devilat, M.; Figueroa, J.; Gómez, V.; Jeldres, E.

Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: existe escasa literatura sobre el tema, esto obliga a conocer nuestra realidad local.

Objetivos: Cuantificar los costos médicos directos, relacionados a la atención de pacientes con síndrome de ausencia.

Material y método: estudio descriptivo y retrospectivo, en que se revisaron 35 fichas de pacientes en control en el hospital Luis Calvo Mackenna. Utilizando una base Acces se recolectó lo siguiente: n° de controles profesionales, EEG, TAC de cerebro, hemograma, pruebas hepáticas, niveles plasmáticos, dosis antiepilépticos, meses en control c/s tratamiento.

Resultados: total 35 pacientes (13 hombres y 22 mujeres), promedio de edad al diagnóstico 89 meses (rango 37 a 148), promedio de meses bajo control 34,4 (rango 1-119), total de meses acumulados en control 1206. Promedio de meses por paciente con antiepilépticos 27 (rango 1-81), sin antiepilépticos 7,7 (rango 0-76). Costo total \$ 15.016.394 pesos, un 45% por controles profesionales (6.756.594), un 10% por exámenes (\$1.488.226) y 45% por antiepilépticos (\$6.771.574). Costo mensual por paciente fue \$12.451 pesos.

Conclusión: Creemos con estos datos contribuir a este poco estudiado campo de la clínica. Esperamos que esta información sea un aporte para conocer el costo real de la atención en epilepsia.

PN - 13

COMORBILIDAD CRONICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA EN CONTROL POLI NEUROLOGIA INFANTIL HLCM

Jeldres, E.; Devilat, M.; Gómez, V.; Figueroa, J. P.

Serv. Neurología y Psiquiatría Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: Comorbilidad se refiere a la co-ocurrencia de más de una condición clínica en la misma persona. En las personas con Epilepsia, otras condiciones pueden anteceder, ocurrir con, o desarrollarse después del diagnóstico de Epilepsia.

Objetivos: Medir la prevalencia de comorbilidad en pacientes con Epilepsia, y su distribución por grupos etáreos, sexo, tipo de Epilepsia y tipo de crisis epiléptica. Evaluar prevalencia de comorbilidad previa y posterior al diagnóstico.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 50 fichas de pacientes en control por Epilepsia. Información fue traspasada a base de datos Epi-info 2000 para análisis estadístico.

Resultados: Total de pacientes 50, distribución por sexo :femenino 34% (17), masculino 66% (33), Edad al corte 115 meses (mediana), Tipo Epilepsia: Criptogénica 16% (8), Idiopática 44% (22), Sintomática 40% (20), de los pacientes estudiados 60% (30) presenta comorbilidad actual y 51% presenta comorbilidad previa. Dentro de los pacientes con comorbilidad previa 26,5% (13) presenta una comorbilidad, 14,3% (7) presenta dos comorbilidades y 10,2% (5) presenta tres comorbilidades. En los pacientes con comorbilidades actuales: 22,4 % (11) presenta una comorbilidad, 26,5% (13) presenta dos comorbilidades y 10,2% (5) presenta tres comorbilidades

Conclusiones: La comorbilidad es frecuente en los niños con Epilepsia. Dentro de las comorbilidades previas y actuales las etiologías más frecuentes (según clasificación CIE 10) son Trastornos mentales y del comportamiento (V) y Enfermedades del sistema nervioso (VI). En tercer lugar las morbilidades previas más frecuentes son las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (XVII) y dentro de las morbilidades actuales Enfermedades del sistema respiratorio (X)

PN - 14

PLANIFICACION ESTRATEGICA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS DEL INSTITUTO DE NEURO-CIRUGIA ASENJO

Valenzuela, M.; Cuadra, L.; Valenzuela, S.; Zuleta, A.; Marengo, J. J.

Servicio de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía Asenjo. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Los criterios generales de indicación quirúrgica en epilepsia son: refractariedad

a fármacos antiepilépticos, compromiso de calidad de vida y evaluó pre-quirúrgico altamente sugerente de beneficio quirúrgico. Por ser un tratamiento de alto costo, debe planificarse cuidadosamente: selección del paciente, funcionamiento del equipamiento y mantener un excelente trabajo en equipo.

Objetivo: Describir planificación estratégica del Programa de Cirugía de la Epilepsia en Niños en INCA.

Material y método: 104 niños han sido operados mediante el programa (1990-2004).

Resultados: en relación a la epilepsia se muestra un alto nivel de eficacia, con un 66% de los niños sin crisis postoperatorias, más un 15% de ellos con mejoría superior al 50%. Sin embargo, el número de niños operados se mantenía entre 7 a 10 al año. Se realizó una nueva Planificación del Programa, aumentando la inversión en recursos, acompañado con un cambio en la gestión. Se logra mejorar la eficiencia con una aproximación anual de 27 niños al año.

Conclusión: Un cambio en la Planificación Estratégica mejora la eficiencia. Debe realizarse una nueva evaluación del programa a más largo plazo, para determinar resultados en eficacia y efectividad.

PN - 15

EPILEPSIAS CON CRISIS PARCIALES COMPLEJAS (ECPC): ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Pérez, A.; Burón, V.; Gómez, V.; Devilat, M.
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Las ECPC presentan variadas características clínicas y pronósticas, constituyendo un difícil diagnóstico.

Objetivos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con ECPC controlados en nuestro Centro.

Material y métodos: De 210 niños con diagnóstico clínico de ECPC controlados entre

1993 y marzo de 2005, se seleccionaron al azar 50 casos; de ellos 20 (11 niñas, 9 niños), cumplían con tener menos de 15 años de edad y 30 meses de control. Todos tenían EEG y scanner cerebral, 8 resonancia cerebral y 17 psicometría. Se excluyeron enfermedades cerebrales progresivas. Refractarios fueron aquellos con más de 1 crisis mensual por 6 meses y tratados con al menos dos antiepilépticos.

Resultados: Edad promedio de inicio de epilepsia = 4.3 años. Diagnóstico etiológico: 10 sintomáticos, 6 criptogénicos y 4 idiopáticos. Tipo de crisis: 5 parciales complejas, 15 CPC con generalización secundaria. Resultado del EEG: 16 específicos (13 focales y 3 generalizados), 4 inespecíficos. Comorbilidad neurológica presente en 14 pacientes, siendo frecuentes Retardo Mental y Trastornos del Desarrollo. En 9 casos se presentó al menos 1 estado epiléptico. Al término del período, 5 estaban de alta, 15 seguían medicados y 4 eran resistentes.

Conclusiones. Se observó una alta proporción de epilepsias sintomáticas, frecuente comorbilidad neurológica, estados epilépticos y alta proporción de epilepsias resistentes.

PN - 16

PROGRAMA CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO CIRUGIA BILOBULAR

Valenzuela, M.; Cuadra, L.; Zuleta, A.; Valenzuela, S.; Marengo, J. J.
Servicio de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía Asenjo. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La cirugía bilobular es una técnica quirúrgica indicada en cirugía de la epilepsia cuando se encuentran 2 lóbulos afectados.

Objetivos: Estudio descriptivo prospectivo de niños con cirugía bilobular del Centro entre 1990-2004.

Material y método: De 104 niños operados, se realizaron 9 cirugías bilobulares.

Resultados: Los pacientes tenían un promedio de duración de la epilepsia antes de la cirugía de 21,3 meses. La edad promedio de cirugía fue 5,8 años. Siete pacientes tenían algún grado de retraso del desarrollo sicomotor. La Resonancia cerebral mostró compromiso: frontoparietal derecho (1), frontotemporal derecho (3), parietooccipital derecho (2), frontotemporal izquierdo (1), parietooccipital izquierdo (1), parietotemporal izquierdo (1). Dos pacientes requirieron segunda intervención y en un paciente se realizó resección y transección subpial. La histología fue: tumor NED (1), gliosis (4), displasia cortical (3), meningioangiomatosis (1). Seis pacientes permanecieron sin crisis postoperatorias, dos con crisis que disminuyeron en más de un 50 % y un paciente permaneció igual. El seguimiento promedio fue de 3,7 años. Cinco pacientes redujeron el uso de anticonvulsivantes, 3 permanecieron igual, se ignora en uno.

Conclusión: La cirugía bilobular es una técnica válida para el tratamiento de las epilepsias refractarias sintomáticas.

PN - 17

COSTO MEDICO DIRECTO DEL MANEJO DE CONVULSIONES FEBRILES CON DIAZEPAM RECTAL.

Rauch, E.; Devilat, M.

Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna.

La indicación de Diazepam rectal (Dz-R) profiláctico en Convulsiones Febriles (CF), supone una reducción de costos. Con el objetivo de evaluar Costo Médico Directo (CMD) en el manejo de CF con Dz-R, de un universo de 110 pacientes con CF, seleccionamos al azar 44 y escogimos a 32 ingresados al Servicio desde junio de 2002 (fecha de introducción de Dz-R), todos con indicación de Dz-R 0.6 mg/Kg c/12 horas por 24-48 hrs. de cualquier episodio febril. Se incluyó en CMD consulta médica, exámenes y fármaco, desde el primer día de consulta hasta la fecha de corte (diciembre-2004). Los pacientes se distribuyeron en 3 grupos: Grupo 1 (controles regulares y uso adecuado de Dz-R), Grupo 2 (controles regulares, sin uso de Dz-R), Grupo 3 (consulta única). El CMD total en 30 meses de evaluación fue de \$2.712.315,

siendo el costo por concepto de Dz-R un 5,3%. El CMD del Grupo 1 (9/32) fue de \$896.976 (\$99.664/ paciente), representando el fármaco un 9.2%, los exámenes 7.8% y las consultas médicas 83%. El CMD del Grupo 2 (16/32) fue de \$ 1.535.780 (\$95.986 /paciente), desglosado en 2,9% fármaco, 33% exámenes y 64% consultas médicas. En el Grupo 3 (7/32), el CMD fue \$279.559, representando el Dz-R un 6% del CMD total. Como conclusión, el costo relativo a fármaco representa un muy bajo porcentaje del CMD total de CF desde que se ha instaurado el manejo con Dz-R (significativamente menor al que se obtiene con el uso de Ácido Valproico profiláctico, según datos preliminares).

PN - 18

EPILEPSIA BENIGNA CON ESPIGAS CENTROTROPORALES Y COMORBILIDAD NEUROPSICOLOGICA.

Valenzuela, M.; Gómez, V.; Devilat, M.

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

Introducción: La epilepsia benigna con espigas centrotemporales (EBEC) constituye una forma frecuente de epilepsia parcial en la infancia. En fase activa algunos niños pueden presentar trastornos del aprendizaje (TA), del lenguaje (TL) o déficit atencional (DA).

Objetivo: Describir la frecuencia de TA, TL y DA en pacientes con EBEC, tratados en el Centro.

Pacientes y método: Del total de pacientes con EBEC controlados en el Servicio en los últimos 10 años, logramos recopilar 16 fichas clínicas con información completa. Se consignaba el diagnóstico clínico de la comorbilidad señalada en 10 casos, todos varones, con un seguimiento promedio de 3,3 años.

Resultados: En el grupo de 10 pacientes, la edad de inicio promedio de epilepsia fue 7,2 años. Todos tenían crisis parciales exclusivamente. En el EEG, 8 tenían espigas centrotemporales y 2 ondas agudas centrales. La lateralidad del foco fue izquierda en 3, derecha en 6 y bilateral en 1 caso. La comorbilidad fue DA en 1 caso, DA + TA en 4

casos, TA en 2 casos, TL en 2 casos y TA + TL en 1 caso.

Conclusión: Los resultados del estudio sugieren que los trastornos de aprendizaje y el déficit atencional se asocian con frecuencia a EBEC y se presentan mayoritariamente en varones.

PN - 19

PRONOSTICO DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS DESPUES DE RETIRAR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Peralta, S.; Devilat, M.; Carrisoza, J.

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

Introducción: Es de importancia, para médicos, pacientes y familia, conocer la probabilidad de mantenerse libre de crisis y sus factores pronósticos de recurrencia al suspender el tratamiento antiepiléptico (TAE).

Objetivos: Determinar la evolución de niños con epilepsia después de retirar el TAE y señalar los factores de significación que pueden predecir recurrencia.

Método: 143 niños fueron analizados, obteniendo las siguientes medianas: 48(1-185) meses para el inicio de la epilepsia, dato similar para el inicio del TAE; 28(24-65) meses en la duración del TAE y 4(1-16) meses para su retirada. Se observaron por 28(1-112) meses. La etiología de la epilepsia fue: criptogénica 53, idiopática 71 y sintomática 19 niños. De estos, 78 tenían crisis generalizadas, 53 parciales, 11 mixtas y 1 crisis inclasificables.

Resultados: 43(30.1%, IC95% 26,24-33,96) pacientes recurrieron y sus factores predictivos, con $p < 0,05$, fueron: portador de epilepsia sintomática y/o electroencefalograma específico al iniciar el retiro de los antiepilépticos. Doce pacientes recurrieron durante la fase de suspensión. La probabilidad de mantenerse libre de crisis, a los 24 meses postsuspensión TAE, con epilepsia idiopática es de 80% y para el electroencefalograma normal 82%.

Conclusiones: Se confirma que una tercera

parte de los niños quienes iniciaron la suspensión del TAE recurrieron y casi un tercio de ellos ocurrió mientras se disminuía la medicación. Igual que otros estudios, la epilepsia sintomática y las alteraciones específicas del electroencefalograma pueden ser factores predictivos de recurrencia.

PN - 20

CIRUGIA DE EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA EN NIÑOS: EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE EPILEPSIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.

Solari, F.; Mesa, T.; Campos, M.; Kuester, G.; Santin, J.; Godoy, J.; Gatica, M.

Programa de Epilepsia, Departamentos de Neurología, Pediatría y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia en pacientes pediátricos operados por epilepsia focal refractaria.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos operados por epilepsia focal en nuestra institución, entre 1999-2005. Se analiza clínica, video-EEG prolongado, cirugía, histopatología y evolución de crisis.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, 10 varones, edad promedio inicio de epilepsia 5,5 años; tiempo promedio previo a cirugía 3,8 años. En superficie el foco interictal más activo coincidió con foco ictal en 57% de los casos. En 12 pacientes con video-EEG invasivo, aumentó la concordancia a 83.4%. La histopatología reveló siete tumores, seis displasias corticales, dos gliosis y una esclerosis hipocampal. De 12 niños seguidos, 41,6% están sin crisis y 30,8% disminuyeron la frecuencia de crisis. De tres niños con mala evolución, dos no revelaron foco circunscrito en monitoreo invasivo.

Conclusiones: Esta serie pequeña y heterogénea de niños operados por epilepsia focal refractaria muestra mejoría completa en más del 40% de los casos. El estudio invasivo es fundamental en muchos casos para lograr mejor evolución postquirúrgica ya que el EEG

de superficie puede desorientar respecto de la localización del foco epileptógeno.

PN - 21

COMPARACION DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA Y EPILEPSIA LEVE

Triviño, D.; Devilat, M.; Gómez, V.

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

Introducción: La calidad de vida (CV) es la percepción subjetiva del paciente en relación a su salud y/o aspectos no médicos de su vida. Existe escasa experiencia en evaluación de la CV en niños con epilepsia, especialmente en países de habla hispana.

Objetivo: Comparar la CV y el nivel socio-económico (NSE) entre niños con epilepsia refractaria y epilepsia leve

Material y método: De 466 niños con epilepsia no refractaria se seleccionaron 32 que cumplían los siguientes criterios de inclusión: 14 años de edad o menos, presentar epilepsia con al menos un EEG específico y ausencia de comorbilidad crónica no neurológica. Este grupo se denominó epilepsia leve. De 116 niños con epilepsia refractaria se seleccionaron a 43 que cumplían criterios de inclusión ya señalados, tener epilepsia refractaria y haber presentado al menos 1 crisis durante el tiempo analizado. Este grupo se denominó epilepsia refractaria. Se utilizó la escala de CV del Niño con Epilepsia (CAVE) de Herranz y la Canasta Básica Alimentaria (Mideplan). La evaluación fue realizada personalmente al paciente y/o familiares por un médico y/o enfermera del Centro entre Enero 2004 y Abril 2005. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: La encuesta CAVE para el grupo de epilepsia leve no dio niños con CV muy mala, fue mala en 2 pacientes, regular en 23 y buena a muy buena en 7. La encuesta CAVE para el grupo de epilepsia refractaria arrojó una CV muy mala en 7 niños, mala en 25, regular en 9 y buena a muy buena en 2. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0.05$).

No hubo diferencia entre los grupos al analizar el NSE.

Conclusión: No hubo diferencia en relación al NSE entre ambos grupos. El grupo de epilepsia refractaria presenta una CV significativamente inferior que el con epilepsia leve. Lo anterior destaca la relevancia de la prevención y el adecuado manejo de la epilepsia resistente.

PN - 22

SEGURIDAD DE LOS PSICOESTIMULANTES EN PACIENTES EPILEPTICOS

López, C.; Monsalves, S.; León, P.

Servicio de Neurología, Hospital Roberto del Río

El TDA es común en la población escolar, comorbilidad con Epilepsia es frecuente. Los Psicoestimulantes reducen significativamente los síntomas de TDA. El tratamiento combinado de antiepilépticos y Psicoestimulantes es materia de debate. El objetivo del estudio es evaluar la seguridad de los Psicoestimulantes en niños con TDA y Epilepsia.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Epilepsia y TDA atendidos en el Servicio de neurología entre Junio de 2004 y Julio de 2005. La seguridad del tratamiento, fue determinada por evaluación de la frecuencia de convulsiones, anormalidades electroencefalográficas, síntomas de TDA, puntaje en Escala de Conners para profesores.

Resultados: La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 11,3, 80% fueron hombres, 70% debutó con Epilepsia generalizada, 15% con Epilepsia parcial, 15% con Epilepsia parcial secundariamente generalizada, 100% recibió monoterapia, 100% presentó anormalidades electroencefalográficas, pero ninguno al momento de iniciar la terapia combinada. Ningún paciente evolucionó con crisis durante la terapia combinada. Existieron cambios significativos en los puntajes de la Escala de Conner.

Conclusión: Los Psicoestimulantes son seguros en el tratamiento de niños con TDA y Epilepsia y eficaces cuando los niños están libres de crisis al inicio del tratamiento.

PN - 23

COSTOS MEDICOS DIRECTOS EN EPILEPSIA REFRACTARIA SUPERADA EN NIÑOS.

Ponce de León, S.; Carrasco, X.; Gómez, V.; Devilat, M.

Centro de Epilepsia- Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna

Los costos médicos para cualquier patología presentan dos componentes: Costos Médicos Directos (CMD) y Costos Médicos Indirectos (CMI). En particular, respecto a CMD en Epilepsia en niños, existen muy escasas publicaciones. Nuestro objetivo fue conocer los CMD en pacientes con diagnóstico de epilepsia refractaria, antes y después de que han superado la condición de refractariedad a partir de una Modificación Terapéutica Efectiva (MTE), sea adición o cambio de fármacos o dieta cetogénica. Se calcularon los CMD de 14 pacientes con diagnóstico de epilepsia refractaria, definida según criterios internacionales, controlados en nuestro Servicio, entre 1988 y 2005, antes y después de la MTE, en colaboración con el Departamento de Finanzas del Hospital. El costo farmacológico mensual fue \$30.971 post-MTE y \$17.840 pre-MTE (razón = 1,74). El costo promedio mensual no-farmacológico fue \$13.648 post-MTE y \$39.639 pre-MTE (razón = 0,34). El costo mensual promedio fue \$44.619 post-MTE y \$57.479 pre-MTE (razón = 0,78). Se concluye que el CMD total en epilepsia se reduce al superar la condición de refractariedad, pese a un incremento en el costo relacionado con fármacos, principalmente antiepilépticos de tercera línea. Se requiere añadir el estudio de los CMI que creemos aumentarán esta diferencia.

PN - 24

ANSIEDAD EN PACIENTES PEDIATRICOS CON EPILEPSIA FRONTAL Y TEMPORAL

Urrutia, P.; Witting S.; **Oliver, M.;** Soto, Y.; Troncoso L.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ansiedad en pacientes pediátricos con epilepsia frontal y temporal.

Materiales y métodos: Realizamos evaluación a 7 niños portadores de epilepsia frontal y temporal aplicando la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada(RCMAS) durante los meses de junio y julio del 2005. Nuestros criterios de inclusión fueron: Edad entre 8 y 18 años, CI normal, escolarización, sin tratamiento psiquiátrico actual, sin factores de riesgo psicosocial, diagnóstico de epilepsia frontal o temporal por electroencefalograma, firma de consentimiento por parte del menor y de un adulto responsable.

Resultados: La población estudiada tenía una edad promedio de 12, 2 años, variando entre 8 y 17 años. 4 pacientes padecían epilepsia temporal. Encontramos una prevalencia de ansiedad de 85,7%, 6 pacientes obtuvieron puntajes mayores a 19 en la RCMAS.

Conclusión: Por tamaño reducido de nuestra muestra, solo podemos sospechar que existiría una alta prevalencia de trastornos ansiosos en pacientes pediátricos con epilepsia frontal y temporal.

PN - 25

PROGRAMA CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HEMISFERECTOMIAS.

Valenzuela, M.; Cuadra, L.; Zuleta, A.; Valenzuela, S.; Marengo, J. J.

Servicio de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía Asenjo.

Introducción: La hemisferectomía es una técnica quirúrgica que se realiza en pacientes con lesión en un hemisferio cerebral, hemiparesia contralateral y epilepsia refractaria.

Objetivo: Estudio descriptivo prospectivo de las hemisferectomías en el Centro entre 1990-2004

Material y método: De 104 niños operados, en 9 se realizó hemisferectomía. Todos tuvieron evaluó clínico, monitoreo EEG, resonancia magnética cerebral y SPECT ictal 3.

Resultados: Promedios de edad de inicio de crisis 1,5 años y edad de cirugía 6,9 años. Todos

los niños tenían retraso del desarrollo. 6 de las hemisferectomías realizadas fueron derechas y 3 izquierdas. La histología fue: gliosis (5), displasia cortical (3) y panencefalitis (1). Seguimiento: sin crisis 100% de los pacientes, con un seguimiento promedio de 4,2 años. Ocho niños disminuyeron los fármacos anticonvulsivantes y uno de ellos permaneció igual. Complicaciones postoperatorias: hematoma subdural (2), hematoma extradural (1), hemorragia subaracnoidea (1), síndrome febril (2), síndrome secreción inapropiada ADH (3), sin complicaciones (2). Secuelas: hidrocefalia con DVP (1).

Conclusión: La hemisferectomía es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados de epilepsia refractaria, observándose ausencia de crisis postoperatorias en el 100% de nuestra casuística.

PN - 26

PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA
INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA: ANÁLISIS
DE CIRUGÍA TEMPORAL.

Gaete, R.; Cuadra, L.; Zuleta, A.; Valenzuela, S.; Marengo, J. J.
Programa de Cirugía Epilepsia en niños.
Servicio de Neurocirugía pediátrica, Instituto de Neurocirugía.

Introducción: En Programa de Cirugía de la Epilepsia en niños en Instituto de Neurocirugía, se analizaron resultados de las cirugías temporales entre 1990 y 2004.

Objetivos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con epilepsia refractaria sometidos a cirugía de lóbulo temporal entre 1990 y 2004.

Material y métodos: De 104 pacientes operados, 37 corresponden a cirugía temporal. Todos presentaban evaluación clínica, estudio monitoreo EEG prolongado, RNM cerebral, SPECT ictal (3). Seguimiento promedio 3.4 años.

Resultados: Edad promedio primera crisis 2.8 años, edad promedio cirugía 8.1 años. Siete presentaron complicación post cirugía. La histología mostró en 22 casos tumores de bajo grado. Evolución postquirúrgica: 29 (78%) sin

crisis, 3 (8 %) con disminución de más del 50%, 2 (5.%) iguales, 1 (2.7%) ignorado, 1 con recaída, 1 con aumento de crisis. Tres se transformaron de generalizadas a focales. Once al momento del último control sin fármacos antiepilépticos.

Conclusiones: Este tipo de cirugía es altamente efectiva en relación a evolución de crisis y disminución de ingesta de fármacos antiepilépticos. No se puede concluir una mejoría en parámetros de calidad de vida ya que no se midió pre operatorio.

PN - 27

EPILEPSIA Y RETARDO MENTAL: ANALISIS
DESCRIPTIVO DE 39 CASOS.

Gaete, R.; Carrasco, X.; Gómez, V.; Devilat, M.
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La asociación de retardo mental (RM) y epilepsia es una comorbilidad de diverso origen que ensombrece el pronóstico.

Objetivos: Describir características de pacientes con epilepsia y RM en control en nuestro Centro.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de 88 pacientes con epilepsia y RM, en control por al menos 2 años, hasta Marzo de 2005. Se seleccionaron aleatoriamente 39 casos. El diagnóstico de RM fue clínico en la mayoría. EEG se consideró específico si mostraba descargas epileptiformes. Mal control de crisis si las había presentado en los 2 últimos años.

Resultados: Edad promedio al momento del estudio: 10 años (rango 4 a 15 años). Tipo de crisis: 22 (56%) generalizadas, 6 (15%) parciales, 7 (18%) parciales secundariamente generalizadas y 4 (10%) mixtas. Grado de RM: 15 (38%) leve, 9 (23%) moderado, 10 (26%) profundo, 5 (15%) con variables grados de retraso del desarrollo. EEG: específico en 31 casos. Neuroimágenes (en 35 pacientes): 19 anormales y 16 normales. 27 pacientes mostraban mal control de crisis. Uso de antiepilépticos: 22 con monoterapia, 15 con

politerapia (1 más dieta cetogénica), 2 sin fármacos (1 con dieta cetogénica).

Conclusiones: Este grupo de pacientes demuestra tener epilepsias de difícil manejo, que requieren con frecuencia politerapia, siendo excepcional la remisión de crisis.

PN - 28

PROGRAMA DE CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA: ANALISIS DE CIRUGIA PARIETAL

Gaete, R.; Cuadra, L.; Zuleta, A.; Valenzuela, S.; Marengo, J. J.

Programa de Cirugía Epilepsia en niños. Servicio de Neurocirugía Pediátrica, Instituto de Neurocirugía.

Introducción: En el Programa de Cirugía de la Epilepsia en niños del Instituto de Neurocirugía, se analiza evaluó prequirúrgico y resultados de las cirugías parietales comprendidas entre 1990 y 2004.

Objetivos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con epilepsia refractaria y cirugía del lóbulo parietal entre los años 1990 y 2004.

Material y métodos: De los 104 pacientes operados, 3 correspondían a cirugía parietal. En todos se realizó: evaluación clínica, estudio monitoreo EEG prolongado, RNM cerebral y en uno SPECT ictal. Seguimiento promedio 4.8 años.

Resultados: Edad promedio de primera crisis 5.3 años, edad promedio de cirugía 13.3 años. La RNM cerebral mostró en 2 pacientes lesión parietal izquierda y en uno derecha. La histología reveló: tumor neuroepitelial disembrionoplásticos (2) y gliosis (1). Frecuencia de crisis: 2 mejoraron en 90% a 100% y el tercero empeoró, pero éstas se transformaron de generalizadas a focales. Dos niños disminuyeron el número de fármacos antiepilépticos de 2 a 1.

Conclusiones: A pesar de resultados favorables en 2 de los 3 pacientes operados, se considera que la muestra es escasa para concluir el beneficio de la técnica quirúrgica.

PN - 29

VARIANTES FENOTIPICAS DEL SINDROME DE CRI DU CHAT EN RELACION AL TIPO DE DELECCION

Suárez, B.; Cortés, F.; Alliende, M. A.; Curotto, B.; Soto, V.; Quitral, M.; Muñoz, M.; Rojas, V.; Colombo, M..

Servicio Neurología Infantil Hospital Van Buren. INTA, Universidad de Chile. Teletón. Valparaíso.

Introducción: El síndrome de Cri du Chat se produce por deleciones del 5p de extensión variable, siendo 5p15.2 y 5 p15.3 las que dan el fenotipo clásico. El 90 % de las deleciones ocurren de novo, sólo un 10 % son traslocaciones parentales balanceadas.

Objetivo: descripción clínica de 2 casos de Cri du Chat con deleción 5p15.1, y 1 caso con estudio genético de subteloméricas a los padres y prenatal.

Casos Clínicos: BNO, 1 año 2 m, microcefalia desde RN, R.D.S.M, pie bot severo bilateral. Al examen: puente nasal bajo, macroglosia, hipertelorismo, estrabismo, hipotonía, hiperlaxitud, inquietud motora, retraso del lenguaje, llanto especial. Cariograma: 46 XX, deleción 5p (15.1).

YMR, 5 meses, evaluada al mes de vida por microcefalia, riesgo de desnutrición crónica, llanto especial y dismorfias. Destacan: cara redondeada, hipertelorismo, micrognatia, pulgar incluido bilateral, surco simiano derecho, papilomas preauriculares bilaterales DSM normal, inquietud motora. Cariograma: 46 XX, deleción 5p (15.1). JJ, RN, sexo masculino, hipotónico, discretamente dismórfico. Cariograma convencional normal. Al tercer mes, llanto de gato. Cariograma con bandeado alta resolución: deleción 5p. Rearreglos subteloméricos madre: t(2;5) subtel. Madre embarazada: cariograma prenatal: 46,XY; subtelomérico prenatal (VC): 46,XY, t(2;5).

Conclusión: 1) Fenotipo variable según nivel de la deleción 5p, se muestran 2 casos con fenotipo incompleto o atípico por deleción 5p (15.1). 2) Importancia del estudio genético a los padres para detectar traslocaciones, realizar el consejo genético y eventual estudio prenatal.

PN - 30

CARACTERIZACION CLINICA DE 4 PACIENTES CON SINDROME DE WILLIAMS

Quitral, M.; Suárez, B.; Muñoz, M.; Cabello, J. F.; Colombo, M.; Novoa, F.

Unidad de Neuropsiquiatría, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción: El Síndrome de Williams es una enfermedad genética causada por delección del cromosoma 7q11.23. Sus características fenotípicas, los trastornos cardíacos y déficit intelectual aproximan al diagnóstico. Se han descrito habilidades verbales, sociales y musicales.

Objetivo: Describir características fenotípicas, patología cardíaca, desarrollo intelectual y del comportamiento en 4 pacientes con este síndrome.

Método: Caracterización de 4 pacientes con Síndrome de Williams en control en HCVB.

Resultados: Se encontraron 4 pacientes en control por Sd. Williams. Las edades de primera consulta varían entre los 4 meses y los 13 años. El tiempo de demora entre la primera consulta y la sospecha diagnóstica fluctúa entre 1 mes y 3 años. Todos los pacientes tienen cariograma normal y confirmación diagnóstica con FISH. Dentro de sus características destacan la presencia en todos ellos de una fascie típica; RDSM; déficit mental leve. 3 / 4 de los pacientes tienen el antecedente de retraso de lenguaje. Solo 1 / 4 presenta cardiopatía; 1 / 4 manifiesta habilidades musicales y 1 / 4 presenta marcada irritabilidad. 3 / 4 se encontraban en escuela normal con integración y 1 / 4 en escuela especial.

Conclusión: Al realizar caracterización de grupos de pacientes con Sd. Williams se deduce que la fascie, el déficit intelectual y el RDSM son las características más prevalentes. Pese a esto la demora desde la derivación hasta el planteamiento diagnóstico suele ser alta por lo que se requiere un mayor grado de sospecha. Características como la cardiopatía y las habilidades verbales, sociales y musicales atribuidas a este síndrome parecen estar presentes sólo en un grupo de pacientes,

pudiendo corresponder a una variedad en su fenotipo

PN - 31

SINDROME DE KABUKI: FENOTIPO CLINICO

Parra, P.; Barrios, A.; Cortés, F.; **Lara, S.**
Servicio Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: El Síndrome de Kabuki es un trastorno congénito descrito en 1981 por Niiikawa y Kuroki. Tiene una prevalencia en la población japonesa de 1:32.000 y subestimada a nivel mundial. Existen alrededor de 350 casos descritos en la literatura. A la fecha, el diagnóstico es clínico y se basa en 5 manifestaciones cardinales: Fascie característica, anomalías esqueléticas, anomalías de los dermatoglifos, retardo mental / retraso desarrollo psicomotor y talla baja.

Objetivos: Reportar espectro fenotípico de pacientes portadores de Síndrome de Kabuki y comparar los hallazgos de nuestros pacientes con lo descrito en la literatura.

Método: Análisis descriptivo, revisión de historia y fenotipo clínico de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Kabuki.

Resultados: 5 pacientes: 3 mujeres y 2 hombres, con edades entre 7 meses y 12 años. Los hallazgos fenotípicos encontrados son: Fascie típica: 5/5, retraso del desarrollo psicomotor o Retardo mental: 4/5, anomalías esqueléticas: 3/5, anomalías dermatoglíficas: 4/5 y retraso crecimiento 1/5.

Conclusiones: El fenotipo clínico en nuestros pacientes, es comparable con lo descrito en la literatura. Es importante considerar este diagnóstico en todo paciente portador de retardo mental/retraso desarrollo psicomotor y dismorfias menores, como: párpado inferior evertido en su tercio externo y alteraciones dermatoglíficas con fingertips pads.

PN - 32

CARACTERISTICAS POLISOMNOGRAFICAS EN PACIENTES PORTADORES DE APNEA Y REFLUJO GASTROESOFAGICO

Hernández, A.; Díaz, A.; Concha, C.; Guevara,

G.; Chávez, E.; Troncoso, L.
Servicio de Neurología Infantil y Pediatría
Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La apnea del lactante y el reflujo gastroesofágico (RGE) son dos patologías frecuentes durante el primer año de vida, la relación entre ambas es controversial.

Objetivo: Comparar las características polisomnográficas en un grupo de pacientes pediátricos, derivados para estudio de apnea y reflujo gastroesofágico.

Pacientes y métodos: 43 pacientes fueron evaluados con polisomnografía (PSG) y phmetría. Se analizaron las características del sueño en 4 grupos diferentes: Grupo 1 PSG sin apnea ni RGE patológico (Grupo control); Grupo 2 con apnea y sin RGE patológico; Grupo 3 sin apnea con RGE patológico; Grupo 4 con apnea y RGE patológico. Resultados: 58% varones y 42% niñas, con edad promedio de 4 meses. En el Grupo 1 había 21 PSG, en el Grupo 2, 13 PSG, en el Grupo 3, 5 PSG y en el Grupo 4, 4 PSG. La eficiencia de sueño en el Grupo 1, 3 y 4 fue 76%, y en el Grupo 2 86%. La latencia de sueño fue prolongada en promedio sólo en el grupo 1. No se registró mayor porcentaje de alteración en la arquitectura de sueño, en los registros patológicos (Grupo 2, 3 y 4) que en el control (Grupo 1).

Conclusión: No se obtuvo un patrón polisomnográfico característico entre los grupos con registro patológico y el grupo control.

PN - 33

ACIDURIA GLUTARICA TIPO I (AG1). SEGUIMIENTO Y ESTUDIO GENETICO EN 7 NIÑOS CHILENOS

Troncoso, M.; Santander, P.; Troncoso, L.
Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La AG1 es un desorden metabólico producido por defecto de la enzima glutarilCoA dehidrogenasa, cuyo gen GCDH está localizado en el cromosoma 19p13.2.

Material-método: 7 niños diagnosticados en nuestro centro, revisión diagnóstico clínico,

genético y seguimiento de 12 años.

Objetivo: Evaluar curso clínico de 7 niños con AG1, caracterización clínica, laboratorio, genética, evolución.

Resultados: 4:3 H:M, DSM previo normal 6/7. Edad episodio tipo encefalitis promedio 10,8 meses, compromiso conciencia, convulsiones, deterioro psicomotor posterior a infección banal. Evolucionan con retraso psicomotor, distonía generalizada, diskinesias bucolinguales, dificultad para deglutir y hablar. Seguimiento 1 año 9 meses -12 años: distonía es lo más invalidante, dos niños asisten a escuela especial, uno deambula sin ayuda. 3 pacientes fallecieron 3 a 9 años después del diagnóstico. La RM en episodio agudo mostró compromiso ganglios basales, sustancia blanca, atrofia bifrontotemporal, evolucionando a atrofia estriatal. Todos excretan grandes cantidades de ácido glutárico y 3OHglutárico. Escasa actividad enzimática residual en fibroblastos (3/7). Las mutaciones más frecuentes fueron Y113H en el exón 5 y R402W en el exón 10 del gen GCDH.

Conclusiones: En nuestra serie la presentación más frecuente fue encefalitis-like, los síntomas invalidantes son extrapiramidales. La RM ayuda en sospecha precoz. La mutación Y113H en homocigocidad o heterocigocidad es frecuente en la población chilena. El genotipo y fenotipo bioquímico no fueron predictivos del curso clínico.

PN - 34

RECIEN NACIDOS MENORES DE 28 SEMANAS: CORRELACION HALLAZGOS USG CEREBRAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR

Parra, P.; Barrios, A.; López, F.; Peña, V.; Troncoso, L.

Servicio Neurología Infantil. Servicio de Neonatología Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Los recién nacidos prematuros y en especial los menores de 28 semanas, tienen múltiples factores de riesgo que vulneran su neurodesarrollo. La USG cerebral permite identificar con alta especificidad y sensibilidad las lesiones neuroanatómicas que podrían

presentarse en este grupo de pacientes.

Objetivo: Conocer las alteraciones ultrasonográficas en este grupo y su correlato clínico.

Método: Se revisan antecedentes perinatales de los recién nacidos menores o iguales a 28 semanas de edad gestacional, nacidos y controlados en el Hospital San Borja Arriarán en el periodo 2003 - 2004. Se analiza los hallazgos en las ultrasonografías de cráneo y las evaluaciones neurológicas realizadas en el policlínico de seguimiento de prematuros.

Resultados: Un total de 42 pacientes con una relación hombre-mujer= 2:1. De los antecedentes prenatales destaca el síndrome hipertensivo del embarazo, rotura prematura de membranas e infección asociada y 5 pacientes sin control prenatal. A todos los pacientes se les realizó USG cerebral precoz y tardía: 8 normales, 9 con hiperecogenicidad periventricular, 17 con HIC grado I; 7 con HIC grado .III-IV. En el seguimiento de esta cohorte que va desde 6 meses a 2 años, el grupo con hiperecogenicidad-leucomalacia periventricular, la mayoría evoluciona con trastornos del tono: hipertonia distal e hipotonía axial y el grupo con HIC grado III -IV evoluciona con tetraparesia y hemiparesia braquiocrural. En los lactantes mayores el retraso del lenguaje y la hiperactividad del desarrollo son hallazgos frecuentes.

Conclusión: Nuestros hallazgos concuerdan por lo reportado en la literatura en lo referente a la correlación clínico-imagenológica.

PN - 35

MUCOPOLISACARIDOSIS EN UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA INFANTIL

Troncoso, M.; Troncoso, L.; Santander, P.; Mabe, P.; Guerra, P.; Castiglioni, C.

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Hospital de Puerto Montt. INTA Universidad de Chile.

Introducción: Las mucopolisacaridososis forman parte del amplio espectro de enfermedades de depósito lisosomal. Existen distintos tipos, con distinta forma de herencia, de sintomatología variada por el compromiso multisistémico y de curso progresivo.

Material-método: Análisis de las características clínicas y exámenes de apoyo, MPS orina, imagenológico, y estudio enzimático de pacientes con MPS controlados en nuestro Centro.

Objetivo: Identificar las formas clínicas, aproximación y confirmación diagnóstica en 8 pacientes con MPS. Análisis de los estudios radiológicos y su apoyo en el diagnóstico.

Resultados: 8 pacientes con MPS. 2 varones y 1 mujer tipo IV, 2 varones tipo III, 1 varón y 1 mujer tipo II y 1 varón tipo I. Todos presentan fenotipo clásico, las neuroimágenes apoyaron al diagnóstico el que fue confirmado por patrón característico de MPS en orina y déficit enzimático correspondiente. Destacamos una mujer con MPS II.

Comentario: Dada la variabilidad clínica de las MPS, la sospecha clínica y el importante apoyo radiológico, debe confirmarse con la presencia de MPS en orina, pero debe complementarse con el estudio enzimático e idealmente genético, ya que como vimos con una de nuestras pacientes que siendo mujer es portadora de la forma II ligada al X.

PN - 36

IMPORTANCIA DE LA POLISOMNOGRAFÍA EN PACIENTES CON MUCOPOLISACARIDOSIS

Troncoso, M.; Santander, P.; Hernández, A. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: En las mucopolisacaridososis el compromiso anatómico de la vía aérea causa alteraciones respiratorias, entre ellas la apnea obstructiva del sueño que ocasiona hipersomnias diurna y mayor morbimortalidad.

Objetivo: Identificar las características del sueño en 7 pacientes con MPS mediante polisomnografía.

Material-método: Niños con MPS fueron sometidos al protocolo de estudio polisomnográfico del servicio, entre septiembre 2004-marzo 2005. Análisis de registros.

Resultados: 5 varones, 2 mujeres, entre 2-17 años; 3 MPS tipo IV, 1 tipo III, 2 tipo II, 1 tipo I. Los registros varían entre 9,1 a 10,6 horas, con eficiencia entre 50-86%. Tiempo total de sueño es entre 5 a 7,9 horas. Todos los pacientes presentan roncopatía y baja eficiencia de sueño. Las latencias prolongadas y la alteración de la arquitectura del sueño son hallazgos frecuentes, con predominio de sueño superficial y disminución del REM. Dos casos presentan apnea obstructiva del sueño de carácter moderado y un caso resistencia de vía aérea superior

Comentario: Claramente la evaluación polisomnográfica en pacientes con MPS constituye un aporte en el diagnóstico de patología del sueño. La realización rutinaria de este examen permitiría la intervención precoz no sólo de complicaciones respiratorias propias de estos pacientes, sino también en su repercusión en la vida diaria.

PN - 37
NEUROIMÁGENES EN ENFERMEDADES MITOCONDRIALES
Troncoso, M.; Santander, P.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Las neuroimágenes han llegado a ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de las enfermedades mitocondriales, dada la variedad clínica.

Material-método: Revisión de imágenes de TC/RM en 25 pacientes con enfermedades mitocondriales confirmadas.

Objetivo: Caracterización de estas neuroimágenes y análisis de su utilidad diagnóstica.

Resultados: 8 pacientes con MELAS, 3 MERFF, 2 LHON, 7 Leigh, 2 déficit de cadena respiratoria, 2 déficit de piruvato deshidrogenasa un caso de depleción DNAmitocondrial. Las alteraciones neuroradiológicas (RNM/TAC) más frecuentes en los casos con MELAS son los stroke-like temporoccipitales, calcificaciones de ganglios basales y grados diversos de atrofia cerebral y cerebelosa. Los pacientes con LHON presentan necrosis putaminal bilateral y

simétrica. Todos los casos de encefalopatía de Leigh evidencian lesiones hiperintensas T2 simétricas de ganglios basales principalmente estriado, 3 comprometen tegmento pontino y pedúnculos mesencefálicos y un caso extenso compromiso de sustancia blanca. Otros defectos de cadena respiratoria y déficit de piruvato deshidrogenasa presentan atrofia cortico-subcortical y los pacientes con MERFF y depleción DNAmitocondrial tienen RNM normal

Comentario: Las neuroimágenes fueron un importante aporte en nuestros pacientes con mitocondriopatías, tanto en la orientación del diagnóstico etiológico como diferencial. El desarrollo de patrones neuroradiológicos establecidos ayuda al diagnóstico y seguimiento de estas enfermedades.

PN - 38
PARALISIS OCULOMOTORAS BENIGNAS DE LA INFANCIA.
Troncoso, M.; Cerda, S.; Pizarro, L.; Flandez, A.; Barrios A.
Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Hospital de Valdivia.

Introducción: Las parálisis oculomotoras (POM) pueden presentarse de forma congénita o adquiridas, de múltiples causas, como traumatismos, infecciones, metabólicas, enfermedades del SNC, musculares e idiopáticas.

Material-método: se confeccionó un protocolo dirigido al estudio de pacientes que consultan por oftalmoparesia, a raíz de un niño con POM benigna.

Objetivo: Evaluar el protocolo antes mencionado, analizando la forma de presentación, el estudio etiológico y evolución de 8 niños con diagnóstico final de oftalmoparesia benigna.

Resultados: 8 niños, 6 hombres y 2 mujeres, entre 5 y 12 años de edad, motivo de consulta estrabismo agudo, 4 referían diplopía. 3 tenían antecedente de infección banal respiratoria/gastrointestinal semana previas. 5 tenían compromiso aislado del VI par, 2 del III y 1 con compromiso de VI y III. A todos se les practicó

estudio infeccioso, metabólico, imágenes, VCN y estimulación repetitiva, test de mestinón. En todos ellos los exámenes fueron normales. 3 recibieron Corticoides. 5 de ellos tuvieron recuperación total en promedio de 5 meses, los otros se encuentran en evolución.

Conclusiones: En nuestra serie todos son escolares, el inicio fue agudo y el nervio más comprometido fue el VI par. No fue frecuente el antecedente de infección previa. No hubo diferencia significativa en los pacientes que usaron corticoides.

PN - 39

CARACTERIZACION CLINICA Y GENETICA DE PACIENTES CHILENOS CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME) CLASICA Y OTRAS VARIANTES

Castiglioni, C.; Pizarro, L.; Siebert, A.; Troncoso, M.; Barrios, A.; Hervias, C.

Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Las AME constituyen un grupo clínicamente heterogéneo de enfermedades con diversas bases genéticas. Se clasifican fenotípicamente en proximales (clásicas, cromosoma 5), distales y variantes.

Objetivo: Caracterizar las diversas formas de presentación, electrofisiología y estudio genético de pacientes con AME evaluados entre 1995-2005.

Material-método: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos, estudios electrofisiológicos y genéticos de niños con AME.

Resultados: Serie compuesta por 34 pacientes, edad promedio diagnóstico 2 años 8 meses (1 mes a 10 años) con clínica compatible y estudio electrofisiológico de compromiso de 2ª motoneurona. AME clásicas fueron 26. (78,8%); tipo I:11(33%); tipo II:8(24%) tipo III:7(21%) tres de ellos con pseudohipertrofia de pantorrillas. Formas distales: 3 (9%) con amiotrofia distal marcada y arreflexia; Otras variantes (n=5): Síndrome de Brown-Vialetto-Van-Laere (1), AME+ hipoplasia cerebelosa (1), AME + distress respiratorio/SMARD1 (1); Esclerosis lateral amiotrófica (2). Estudio genético se realizó en

15 pacientes. 12 presentaron delección exones 7 y 8 del gen SMN, 2. delección exón 7 del mismo gen, 1 mutación IGHMBP2 en SAMRD1.

Comentario: AME clásica es la forma más frecuente de compromiso de 2da motoneurona en nuestros pacientes. En las variantes el estudio electrofisiológico y neuroimágenes fueron clave, para el diagnóstico. La AME puede simular una distrofia muscular y las formas distales una polineuropatía.

PN - 40

SÍNDROME DE NIJMEGEN: PRESENTACION DE CASO CLINICO.

Culcay, C.; Dragnic, Y.; Juárez, P.

Hospital San Juan de Dios y Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El Síndrome de Nijmegen (NBS) es una enfermedad genética, de herencia autonómica recesiva, ubicada en locus 8q21, y que se caracteriza clínicamente por microcefalia, retardo del crecimiento, inmunodeficiencia y predisposición al desarrollo de neoplasias. Su frecuencia es esporádica. Presentamos el caso de un preescolar con sospecha clínica de NBS y cuyo estudio cromosómico y molecular confirmó diagnóstico.

Caso clínico: Se presenta caso clínico de paciente sexo masculino, 3 años de edad. Primogénito, padres sanos no consanguíneos, 3 medios hermanos sanos; sin antecedentes perinatales de importancia: PN: 2750 gr., TN 49 cm., CC 32 cms, Apgar 9 - 10. Ingresó al policlínico de neurología infantil para estudio de microcefalia y retardo del desarrollo psicomotor. Al examen clínico se destacan: microcefalia de 44,2 cm., RDSM leve, manchas café con leche en piel, y dismorfias craneofaciales. Es derivado a evaluación genética donde se constata: hipotelorismo, labio inferior grueso, región nasolabial prominente, retraso del lenguaje, orejas prominentes. Antecedentes de resfriados comunes, Neumonitis, Varicela. Estudio: RNM: Atrofia secuelear de aspecto connatal sin elementos evolutivos, microcefalia microencefálica. Cariograma: "Célula 2n 44 pérdida de un cromosoma 8 y el Y, y una t (7:14). En 5 células 2n 46, inversión en un cromosoma 7, inv (7)(p13q32) y una célula, la misma t

(7:14)(p13;q11.2). Una célula con una fractura en Xq22 y una deleción del (1)(q25) y otra con una deleción del (18)(q21)". Se confirmó diagnóstico mediante estudio genético molecular.

Discusión: Los hallazgos clínicos y el antecedente de infecciones respiratorias a repetición sugieren el diagnóstico de NBS cuya confirmación debe realizarse mediante análisis cromosómico y de genética molecular. Consideramos importante incorporar este síndrome genético al diagnóstico diferencial de un paciente microcefálico.

PN - 41

SINDROME DE WYBURN-MASON: REPORTE DE UN CASO

Bravo, E.; Sordo, J. G.; Cox, P.; Klapp, C.; Gálvez, M.; Rivera, R.; Cordovez, J.; Andrade, F.; Einersen, M.; Badilla, L.

Servicio de Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica, Instituto de Neurocirugía Asenjo.

Introducción: El síndrome de Wyburn- Mason corresponde a un síndrome metamérico vascular cerebrofacial caracterizado por la asociación de malformaciones arteriovenosas unilaterales que afectan la vía visual, cerebro y cara, originadas de un insulto embrionario común

Objetivo: Presentar el primer caso estudiado en nuestro país.

Caso clínico: Niña de 10 años, con desarrollo psicomotor normal hasta los 7 años, cuando evoluciona con déficit motor del hemicuerpo derecho progresivo. Al examen físico presentaba angioma en hemicara izquierda, hemiparesia faciobraquiocrural derecha mayor braquial. Al examen neurooftalmológico se encontró un reflejo fotomotor más lento a derecha, papila hiperhémica, campo visual con defecto homónimo inferior derecho congruente. Se realizó RM y angiografía cerebral que mostró una extensa MAV tálamo-lenticular izquierda aferentada por ramos perforantes talámicos y lenticulo-estriados, con nido malformativo en región hipotalámica, quiasma, nervio óptico y región retrobulbar orbitaria izquierda, el drenaje se realizaba a través de gruesa vena

subependimaria y perimesencefálica hacia Galeno. No susceptible de tratamiento.

Conclusiones: El síndrome de Wyburn-Mason es un síndrome metamérico vascular cerebrofacial poco frecuente. En un paciente con manifestaciones cutáneas y retinales dentro de las primeras tres décadas, más aún si se asocia focalidad neurológica, es imprescindible un estudio neurorradiológico completo.

PN - 42

EXPERIENCIA EN VENTILACION ASISTIDA INVASIVA (AVID) Y NO INVASIVA (AVNID) DOMICILIARIA EN NIÑOS CON PATOLOGIA NEUROLOGICA EN EL AREA SUR ORIENTE

Margarit, C.; Arriaza, M.; Avila, D.; Zamorano, A.; Méndez, M.; Clero, N.

Unidad de Neurología y Broncopulmonar Infantil. Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Sótero del Río.

La salud infantil en nuestro país ha evolucionado con cambios positivos en lo que respecta a la sobrevida y manejo de patologías complejas.

El **objetivo** de este trabajo es comunicar nuestra experiencia en el manejo ventilatorio invasivo y no invasivo domiciliario en pacientes con patología neurológica. Se revisaron fichas de 6 pacientes que se mantienen en control en la Unidad de Neurología y Broncopulmonar desde Agosto de 2002 hasta la fecha.

Caso 1: Paciente de 5 años, con diagnóstico de neuropatía axonal congénita, con AVID desde 08/2002.

Caso 2: paciente de 18 años quien presenta ruptura de malformación arteriovenosa intramedular cervical(C1-C3), con AVID desde 03/2003.

Caso 3: paciente de 3 años con diagnóstico de síndrome de hipoventilación central, infarto bulbar derecho, con AVI desde 08/2003.

Caso 4: Paciente de 8 años con diagnóstico de encefalomiелitis aguda diseminada con AVID desde 07/2004.

Caso 5: Paciente de 6 años con diagnóstico de

miopatía miotubular centronuclear quien se encuentra con AVID desde 06/2005.

Caso 6: Paciente de 13 años con diagnóstico de Atrofia Muscular Espinal tipo II y xifoescoliosis severa con CPAP domiciliario desde 01/2003.

En **conclusión** la AVID y AVNID son factibles de realizar en pacientes con patología neurológica, mejorando así la calidad de vida y facilitando su reinserción familiar.

PN - 43

PATOLOGIA NEUROMUSCULAR EN POBLACION INFANTIL CHILENA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL.

Castiglioni, C.; Pizarro, L.; Díaz, A.; Vidal, A.; Díaz, C.; Troncoso, L.

Servicio Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Las enfermedades neuromusculares constituyen una consulta frecuente en Neurología y Pediatría, hipotonía, debilidad y calambres son elementos esenciales en la aproximación clínica de ellas, sin embargo el estudio electrofisiológico, histopatológico y genético-molecular han sido esenciales en la definición específica de los distintos subtipos de enfermedades actualmente descritas. No existen en Chile estudios actuales de prevalencia en este tipo de patologías.

Objetivo: Caracterizar un grupo de 493 pacientes portadores de patología neuromuscular en control en el Hospital San Borja Arriarán en los últimos 3 años, en relación a diagnóstico, tipo de estudio realizado, análisis genético molecular y evolución clínica.

Material-método: Se incorporan a una base de datos todos los pacientes que asisten a control o se hospitalizan entre el año 2003 y 2005, se revisan antecedentes clínicos disponibles, EMG y VCN, informe de biopsias y estudio genético.

Resultados: Se analizan 493 pacientes, desde Recién Nacidos hasta 18 años en la primera consulta o al momento del ingreso. 48% corresponden a pacientes de la Región

Metropolitana y 52% provienen de regiones. Se distribuyen en AME, DMC, DMD, DM de Becker, Distrofias de cinturas, Miastenia Gravis y Sd. miasténicos, Miopatías congénitas tipificadas y no tipificadas, Sd. Miopático, miopatías metabólicas e inflamatorias y otras.

Conclusiones: Esta revisión no constituye un estudio de prevalencia, sin embargo su valor radica en el número de pacientes evaluados, el análisis de las dificultades para el estudio etiológico genético-molecular y la necesidad de desarrollar sistemas de atención clínica y de laboratorio específicas para este grupo.

PN - 44

MIOPATIA DE BETHLEM Y DISTROFIA MUSCULAR CONGENITA DE ULLRICH: DOS ENFERMEDADES, UN MISMO GEN. CARACTERIZACION CLINICA DE 8 FAMILIAS CHILENAS.

Castiglioni, C.; Troncoso, M.; Siebert, A.; Pizarro, L.; Barrios, A., Flandes, A., Hervias, C. Servicio de Neuropsiquiatría infantil, Hospital San Borja-Arriarán; Departamento de Pediatría, Clínica Las Condes; Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Valdivia.

Introducción: La miopatía de Bethlem (MB) (autosómica dominante) y la distrofia muscular congénita de Ullrich (DMCU) (autosómica recesiva) son producidas por mutaciones del gen del colágeno VI. Se caracterizan por hiperlaxitud, contracturas y debilidad muscular variable, ambas con criterios clínicos bien definidos.

Objetivo: Comunicar las características clínicas, de laboratorio, electrofisiológicas e histopatológicas de pacientes con criterios de MB o DMCU.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos, electrofisiología y biopsia muscular.

Resultados: Serie de 13 pacientes, 7 con criterios de MB de 2 familias (4 y 3 miembros) y 6 con DMCU provenientes de 6 familias diferentes. Las características se resumen en la tabla:

	Miopatía de Bethlem	Distrofia Muscular Congénita de Ullrich
n	7	6
Sexo (F/M)	5/2	3/3
Edad Diag (Adultos/niños<15 años)	3/4	0/6
Tortícolis Congénita (x/n)	3/7	3/6
Luxación de Caderas (x/n)	4/7	6/6
Escoliosis (x/n)	2/7	5/6
Artrogriposis (x/n)	1/7	0/6
Queloides (x/n)	3/7	0/6
Contractura interfalángica (x/n)	4/7	0/6
Ausencia de Marcha (x/n)	0/7	3/6
Creatin Kinasa elevada (x/n)	3/7	4/6
EMG miopática (x/n)	5/5	6/6
Biopsia (alt min/distróficas)	2/2	0/6

Conclusión: El fenotipo característico y más grave de la DMCU hace plantear el diagnóstico en la infancia. La MB, de compromiso muscular menor, puede retrasar su diagnóstico hasta la vida adulta. Ante un caso índice, se debe investigar a la familia

PN - 45

CARACTERIZACION DE LA PARALISIS CEREBRAL EN EL AREA NORTE DE SANTIAGO

Varela, X.; Contreras, E.; Muñoz, T.; López, C.; Kleinsteuber, K.; Avaria, M. A.

Unidad de Neurología Hospital Roberto del Río

Objetivos: Determinar las características clínicas, etiológicas, trastornos asociados y complicaciones más frecuentes observadas en niños portadores de Parálisis Cerebral (PC) del área norte de Santiago.

Materiales y métodos: Se analizaron 41 pacientes con Parálisis Cerebral que se encuentran en control en la Unidad de neurología del Hospital Roberto del Río. Se realizó examen neurológico a todos los niños, encuesta materna y revisión de ficha para confirmación de datos.

Resultados: Le edad fluctuó entre 3,5 años y 19 años con un promedio de edad de 9,6 años, 68%(29/41) eran varones. La edad gestacional promedio fue de 35 semanas siendo la mínima de 25 y máxima de 40 semanas. Las etiologías

más frecuentes encontradas fueron: prematurez 37%(15/41), malformaciones cerebrales 17%(7/41) y encefalopatía hipóxico isquémico secundario a hipoxia perinatal: 12%(5/41). Contribuyeron a este diagnóstico la realización de neuroimagen efectuada en un 85% de los casos. Los tipos de PC en orden de frecuencia: hemiparesia 51%(21/41), diplejia 27%(11/41), tetraparesia 20%(8/41) extrapiramidal 2%(1/41). Los trastornos asociados más frecuentes fueron Retardo Mental en 71%(29/41) de los casos, encontrándose en todos los pacientes con PC del tipo tetraparética(8/8), epilepsia en 63%(26/41) de los casos, también mucho más frecuente en el tipo tetraparético (7/8), trastornos de aprendizaje en 20%(8/41) y dentro de los casos con CI normal destaca un 67%(8/12), síndrome de déficit atencional con hiperactividad que requirieron tratamiento 7%(3/41), alteraciones sensoriales oftalmológicas 38%(11/29) y auditivas 39%(11/28) y trastorno de la deglución en 12%(5/41) de los cuales todos tuvieron como complicación bronconeumonía a repetición y desnutrición. Dentro de las complicaciones más frecuentes encontradas destaca las deformaciones articulares en 43%(18/41) de los casos y escoliosis en un 22%(9/41).

Conclusiones: Es importante tener datos nacionales de las características clínicas de esta patología tan prevalente y así poder comparar y confirmar la tendencia mundial descrita en la literatura. De esta manera podemos actuar en forma preventiva (prematurez) y diagnosticar en

forma precoz los trastornos asociados más frecuentes y prevenir sus complicaciones.

PN - 46

ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: EXPERIENCIA CLINICA

Erazo, R.; **Peralta, S.**

Unidad de Neuromuscular, Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: Considerando una incidencia de la Atrofia Muscular Espinal (AME) de 1:6,000-10,000 recién nacidos vivos y que dentro de la casuística de los profesionales de nuestro Servicio ésta representa casi un 6% del total de casos, se hace imperativo conocer sus características clínicas que nos lleven a una oportuna sospecha y confirmación diagnóstica.

Objetivos: Describir clínicamente el grupo de pacientes portadores de AME que se han controlado con los profesionales de la Unidad de Neuromuscular.

Método: Entre los años 1995 y 2005, se han controlado 26 niños con AME, 8 mujeres y 18 varones. El diagnóstico fue realizado mediante criterios clínicos, electromiografía y biopsia muscular, pudiendo ser clasificados según su fenotipo clínico de la siguiente forma: AME I=7; AME II=11, y; AME III=8 niños.

Resultados: Ninguno de los niños tuvo antecedentes prenatales relacionados con la patología. Sólo uno presentaba consanguinidad entre sus padres y otro tenía antecedentes familiares de AME. En ningún caso hubo antecedente de asfixia perinatal ni problemas succión. Las medianas de inicio de síntomas fueron: AME I=1 mes, AME III=7 meses y AME II=24 meses. Los síntomas fueron pesquisados en su mayoría por médicos para la tipo I, pero la madre lo hizo para la tipo II y III. Debilidad, hipotonía y arreflexia fueron los signos más frecuentes en todas las formas. Electromiografía y biopsia típica se vieron en todos los casos.

Discusión: La mayoría de nuestros pacientes presentaban características fenotípicas comunes para cada tipo de AME, tal como se

describe en la literatura.

PN - 47

PARAMIOTONIA CONGENITA: CARACTERIZACIÓN CLINICA Y GENETICA DE UNA FAMILIA CHILENA

Coria, C.; Fuentealba, A.; Cid, P.**; Stiller B.; Ramírez, A.

Servicio de Neurología, Hospital Herminda Martín de Chillán, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Centro de Estudios Científicos CECS, Valdivia. Instituto de Genética Humana, Hospital Universitario de Colonia, Alemania.

Introducción: La Paramiotonía Congénita (PMC) es una canalopatía del músculo esquelético, de herencia autosómica dominante y que se caracteriza por miotonía que paradójicamente se agrava con la actividad muscular continua y que se exacerba con el frío. Es causada por una mutación en el gen del canal de sodio del músculo (SCN4A). La sintomatología observada puede sobreponerse con la de otros trastornos alélicos del mismo gen, como la Miotonía agravada por potasio y la Parálisis periódica hiperkalémica.

Pacientes y método: El paciente índice es un niño de 10 años con historia de miotonía desde los primeros años de vida, de predominio palpebral, región orolingual y extremidades, que se incrementa con el frío y el ejercicio. El perfil evolutivo ha sido estacionario y en el estudio de laboratorio presenta CPK elevadas (1900 - 7600). En la línea materna existen 18 personas con un fenotipo similar, con CPK variables, desde valores normales a muy elevados. Destaca además una tía del paciente índice, sintomática, con antecedente de hipertermia maligna en relación a anestesia general. El examen genético de la familia consistió en un estudio de ligamiento en regiones candidatas, delineación de la estructura genómica del gen SCN4A y posterior análisis de mutaciones.

Resultados: Se encontró que una región del cromosoma 17q23 estaba ligada en esta familia. Esta región contiene el gen que codifica la subunidad alfa del canal de sodio muscular SCN4A. Se identificaron dos mutaciones localizadas en el mismo alelo. La primera

localizada en el exon 11 y la segunda en el exon 22 (p.His599Arg y p.Gli1306Glu, respectivamente). La segunda mutación se ha descrito previamente en la Miotonía Permanens y su caracterización electrofisiológica reveló una inactivación lenta del canal de sodio. La mutación en el exon 11 no ha sido descrita anteriormente.

Discusión: El fenotipo observado en esta familia muestra aspectos clínicos adicionales no descritos en la PMC, tales como la CPK alta y la hipertermia maligna. Esto plantea la pregunta si el polimorfismo/mutación p.His599Arg encontrado podría modificar el fenotipo clásico. Actualmente estudios funcionales se están llevando a cabo para analizar el efecto de esta segunda mutación.

PN - 48

CARACTERIZACION CLINICO-PATOLOGICA DE NIÑOS CHILENOS CON DISTROFIA MUSCULAR CONGENITA.

Castiglioni, C.; Galleguillos, C.; Troncoso, M.; Gejman, R.

Servicio Neurología Infantil / Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Departamento de Anatomía Patológica. P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las Distrofias Musculares Congénitas (DMC) son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares autosómicas recesivas de inicio precoz, con hipotonía, debilidad muscular, contracturas articulares y un patrón distrófico en la biopsia muscular.

Objetivo: Analizar los distintos fenotipos clínicos de DMC, estudio inmuno-histoquímico realizado y prevalencia relativa de cada uno de ellos.

Método: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos, biopsias musculares y neuroimágenes de niños con diagnóstico clínico de DMC.

Resultados: La serie está constituida por 32 pacientes (edad media 7 años 6 meses (recién nacido-18 años), 54% mujeres. Inicio promedio de síntomas 2,6 meses 45,1 % no caminan. El 69% presenta dificultades respiratorias de gravedad variable. Seis pacientes son

portadores de retardo mental. La EMG fue miopática en 83,3%. El 51,7% de las biopsias (15/29), mayoría (+) para merosina, Destacan en este grupo un 28% de DMC tipo Ullrich, 9% tipo espina rígida y 2 pacientes tipo Fukuyama. 10/20 (45,4%) tuvieron neuroimagen alterada, alteraciones de la mielina y dos con desarrollo cortical anormal.

Conclusión: La DMC se acompaña frecuentemente de un severo compromiso motor. La mayoría de los pacientes tienen inteligencia normal. La forma merosina (+) es la de mayor frecuencia en nuestra población. La hipomielinización del SNC es una característica constante en pacientes con DMC merosina (-)

PN - 49

EVOLUCION DE PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL. COMPLICACIONES MAS FRECUENTES. CENTRO DE REHABILITACION CRUZ DEL SUR. PUNTA ARENAS.

Amarales, C.; Vila, J.; Velez, J. C.; Bontes, M.; Paredes, M.

Unidad Médica Centro de Rehabilitación Infantil Cruz del Sur de Punta Arenas.

La parálisis Cerebral, es un trastorno no progresivo que se manifiesta por alteraciones del movimiento y postura, que dependen de una lesión del sistema nervioso central ocurrida durante el período temprano del desarrollo cerebral.

Objetivo general: Determinar características específicas y evolución de los pacientes portadores de Parálisis Cerebral, en tratamiento en el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur, Punta Arenas.

Objetivos específicos: Determinar características en relación a: sexo, edad, edad de diagnóstico, lugar de nacimiento, etiología y morbilidad asociada, tratamientos utilizados, evolución en relación a inicio de deambulación e integración escolar, complicaciones ortopédicas.

Material y método: Análisis retrospectivo de 83 fichas de pacientes, ingresados entre 1992 y Agosto de 1999.

Resultados:

- No se observan diferencias significativas en relación a sexo.
- 66% de los pacientes ingresaron entre los 0 y 1 años. 89,2% corresponden a parálisis cerebral espástica.
- De los pacientes espásticos, el mayor porcentaje corresponde a diparesia (42,2%).
- En relación a la Etiología, el 22,6% fue desconocida, las causas más frecuentes fueron la asfixia y la prematuridad.
- En relación a la morbilidad asociada, se observa una mayor prevalencia de Convulsión Febril y Epilepsia.
- El 73% presenta antecedente de Retraso del DSM,
- La Deambulacion se logró en más del 80 % de los pacientes diparéticos y en más del 90% de los Hemiparéticos. La edad de inicio de la deambulacion fue en su mayoría entre los 1 y 3 años. Ninguno caminó después de los 6 años.
- La complicación ortopédica más frecuente fue la retracción de ligamentos.
- Más del 50% de los pacientes se han integrado a escolaridad normal, siendo más frecuente en pacientes con Diparesia espástica.

PN - 50

TRASTORNOS DE LA COMUNICACION: ANALISIS DESCRIPTIVO DE 38 PACIENTES DE LA RED DE SALUD PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA

Hidalgo, C.; Pereira, J.; Mesa, T.; Coehlo, M. Servicio de Neurología Infantil/ Psiquiatría Infantil, Red de Salud UC.

Introducción: El lenguaje es una forma de comunicación. Entre los trastornos de la comunicación encontramos la disfasia y los Trastornos del espectro autista.

Objetivo: Analizar grupo de pacientes y dar sugerencias para manejo.

Materiales y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 38 pacientes (n=38) con Trastornos de la comunicación evaluados desde octubre 1995 a Junio 2005.

Resultados: 83.3%: hombres. Edad promedio: 9,1 años. 89.5%: retardo del desarrollo sicomotor (DPM) en controles pediátricos. 10.5%: DPM normal (todos Síndrome Asperger). Edad promedio primera evaluación: 3 años 4 meses, realizada por Neurólogo Infantil 47.4%, Pediatra 21%, Psiquiatra Infantil 10.5%. Motivos de consulta: retraso del lenguaje y alteración de la interacción social. Diagnóstico: Trastornos del espectro autista 60.5% y Disfasia 29%. Edad promedio al diagnóstico: 5 años 6 meses. Trastornos de conducta asociado 28.9%. Asisten a Escuela de Lenguaje 44.4%, Jardín infantil o colegio normal 36.8% y Escuela especial 21%.

Conclusión: Grupo mayoritariamente del Espectro autista, caracterizado por alteración del DPM detectada por pediatra (excepto los S. Asperger). Consulta tardía al especialista, exámenes normales y asisten a variados tipo de escuelas. Una derivación precoz y análisis con pautas objetivas mejoraría su manejo.

PN - 51

PESQUISA DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESCOLARES Y DERIVACION A ATENCION EN SALUD

Guzmán, M. P.; George, M.; Hartley, M.; Squicciarini, A. M.

Unidad Salud del Estudiante Junaeb.

Objetivos: Pesquisa precoz de conductas de riesgo en escolares de 1º básico, asociadas a Síndrome de Déficit atencional con Hiperkinesia (SDAH) y su utilidad en derivación a atención en salud.

Material y método: Detección de factores de riesgo en matrícula 1º básico de escuelas con HPV, mediante aplicación de TOCA-RR y PSC. Construcción de Índices Especiales (IE) de riesgo específico de SDAH. Uso de los IE como criterio de derivación a diagnóstico-tratamiento en Salud Mental.

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

Conclusiones: Los índices especiales contruidos por el HPV han demostrado ser una herramienta eficaz para derivación de niños con alta probabilidad de presentar SDAH; la experiencia ha permitido elaborar un programa piloto Junaeb - Minsal que incorpora los IE como condición de derivación desde el HPV de la escuela, a Salud Mental para diagnóstico y tratamiento de SDAH.

PN - 52

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) Y EPILEPSIA

Ponce de León, S.; *Devilat, M.; Valenzuela, B.; Gómez, V.; Ayala, N.; Vargas, L.*
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: El autismo y el síndrome de Asperger, están considerados clínicamente en los TEA y corresponden a trastornos generalizados del desarrollo. La prevalencia es de 10-20/100.000 RN y la frecuencia de epilepsia varía dependiendo del grupo estudiado, pudiendo alcanzar cifras de 7 a 40%, aumentando edad.

Objetivo: Determinar asociación de TEA y epilepsia en niños del Centro y describir características clínicas de la epilepsia en estos pacientes y compararlas con aquellos sin epilepsia.

Material y método: Se revisaron las fichas de 31 pacientes portadores de TEA controlados entre los meses de Julio 2004 y febrero 2005, en el Centro.

Resultados: Trece (42%) pacientes presentaban epilepsia, 12 tenían autismo y 1, síndrome de Asperger. Sólo uno de ellos correspondió al sexo femenino. Diez y ocho enfermos (58%), 9 con autismo y 9 con Asperger, no presentaban epilepsia. Edad promedio de comienzo de epilepsia fue de 20.7 meses (rango de 0.23 a 72 meses), 9 de los 12 pacientes con epilepsia y autismo tenían epilepsias activas de difícil control y EEG persistentemente anormales. En el estudio de imágenes se observaron signos de atrofia cerebral difusa en 2 pacientes. No se encontraron alteraciones metabólicas. La mayoría necesita escuela especial, escuela de

lenguaje y/o centros especializados y sólo uno tiene escolaridad normal con escuela de lenguaje. En los 18 niños sin epilepsia, el síntoma principal fue retraso del lenguaje, que se presentó en promedio a los 33 meses. De los pacientes con Asperger (9) sin epilepsia, 6 tenían escolaridad normal. La totalidad de los pacientes con Autismo requerían apoyo especializado.

Conclusiones: Más de 1/3 de pacientes con TEA presentó epilepsia, iniciada precozmente y mayoría en autistas. Los niños con Síndrome de Asperger no presentaron epilepsia excepto de uno, y se manifestaron las alteraciones en forma más tardía que epilepsia. El Autismo y la epilepsia fue de difícil manejo y peor pronóstico en lo que refiere a su escolaridad.

PN - 53

EXPERIENCIA PILOTO: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y ATENCION NEUROKINESICA TEMPRANA AL NIÑO PREMATURO. UNA MIRADA PSICOMOTRIZ.

Barra, L.; *Carmona, O.; Rojas, V.*
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Hospital Gustavo Fricke.

Introducción: Las alteraciones neurológicas que pudiera presentar un prematuro extremo, deben ser pesquisadas y tratadas aprovechando el período de neuroplasticidad temprana.

Objetivos: Evaluar 7 meses de Programa Piloto en manejo kinésico integral en recién nacido prematuro extremo para identificar disfunciones en su desarrollo psicomotor (DSM) y promover apego.

Metodología: Desde las 44 semanas de edad corregida (EC), los prematuros egresados y controlados en el HGF, son evaluados y tratados por el kinesiólogo. Al cumplir 3 meses de EC los padres son invitados a 2 talleres de estimulación y vínculo.

Resultados: De Septiembre 2004-Abril 2005 ingresaron 61 niños. A las 44 semanas de EC un 36% de ellos muestra un DPSM normal; 33% desorganizado y un 31% anormal. A los 3 meses, un 35 % muestran un DPSM normal,

23 % desorganizado y un 42 % anormal. A los 6 meses un 57% muestran un DPSM normal, 14 % desorganizado y un 29% anormal. En los talleres de padres han participado 37 personas adultas más 18 prematuros.

Conclusiones: La evaluación de 7 meses de programa ha sido satisfactoria ya que ha permitido una detección precoz de las alteraciones del DSM, promoción de éste y fomento de apego, con buena adherencia y satisfacción de parte de los padres.

PN - 54

MOTRICIDAD ESPONTANEA ALTERADA
FACTOR PREDICTOR DE RETARDO MOTOR
(VOJTA).

Tapia, E.

Centro Rehabilitación Infantil del Ejército.

La evaluación médica Vojta incluye una etapa visual de motricidad espontánea realizada en decúbito supino-prono describiendo segmentos corporales según edad cronológica. Estudio realizado en CRIE, Marzo 2004-Agosto 2005.

Objetivo: Analizar presencia de alteración motricidad espontánea en evaluación motora en menores de 1 año para masivisar uso.

Material-método: Se trabajó con 28 casos aplicando Evaluación Vojta tomando variables: motricidad espontánea, sexo, edad gestacional, parto, edad ingreso, diagnóstico, postura cefálica; hombros; codos; manos. Revisión de ficha clínica y ficha Vojta específica.

Resultados: De 28 casos evaluados 53% (15) son hombres, 46% (13) mujeres. Parto 53.5% (15) eutócico, 46% (13) distócico, 21.4 (6) prematuros. Primera consulta 50% menores de 6 meses, 21% menor de 3 meses. El 92% (26) presentó rotación interna de hombros, 79% (22) reclinación cefálica; 75%(21) apoyo asimétrico de codos, 64% (18) desalineamiento cefálico, 35% (10) mano en puño.

Conclusiones: 1.- Todos los casos estudiados mostraron alteración motricidad espontánea en primera evaluación médica. 2.- Motricidad espontánea alterada, parámetro factible de pesquisar precozmente (RN.- 3 meses). 3.- Un

porcentaje considerable fue derivado para diagnóstico. 4.- Todos son diagnosticados como retardo motor(ACC). 5.- Mano en puño-pulgar incluido tiene bajo porcentaje como ayuda diagnóstica. 6.- Parámetro útil de aplicar en evaluación motora Fisiátrica.

PN - 55

CAST (CHILDHOOD ASPERGER SYNDROME TEST): HERRAMIENTA SCREENING PARA POBLACION ESCOLAR CHILENA, ESTUDIO PILOTO.

Pereira, J.; Hidalgo, C.; Mesa, T.; Cohelo, E.; Krefft, M.

Unidad Neurología Infantil, Unidad Psiquiatría Niño y Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos: 1.-Desarrollar herramienta screening de síndrome de Asperger (SA) en población escolar chilena. 2.-Determinar punto de corte para su futura validación.

Método y material: Se envió el cuestionario CAST, traducido al español por nosotros, a padres de 147 escolares de primer ciclo básico de 4 comunas de Santiago. Respondieron la totalidad de preguntas padres de 87 niños, de éstos incluimos sólo a niños sin necesidades educativas especiales. Estos 51 niños control se compararon con 11 niños con SA.

Resultados: Existe diferencia altamente significativa ($p(0,0001)$) entre el promedio del grupo control (6,157; R:1-12) y del grupo con SA (23,909; R: 18-29). De un total de 37 preguntas (6 control) sólo 5 no presentaron una diferencia estadísticamente significativa.

Discusión: Los resultados son concordantes con la validación del cuestionario CAST original. Corroboramos, para una futura validación, el puntaje 15 como punto de corte (bajo riesgo tanto de falsos positivos como negativos).

PN - 56

SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO (SHAKEN BABY SINDROME SBS) UNA REALIDAD EN EL SIGLO XXI.

Troncoso, M.; López, F.; Carrera, J.; Guerra, P.; Parra, P.; Darrigrandi, O.; Gutiérrez, L.; Gálvez, M.; Navarrete, C.

Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital de Puerto Montt, Hospital de Arica. Servicio Neurorradiología Instituto de Neurocirugía.

Introducción: SBS es la causa más común de muerte y daño neurológico severo en niños maltratados. Caracterizado por encefalopatía aguda, hemorragias subdurales y retinianas, en un contexto poco claro. Las lesiones se explican por: mayor tamaño de la cabeza, debilidad musculatura cervical, tejido encefálico desmielinizado que permite excesivo estiramiento de vasos sanguíneos asociado al mecanismo de injuria que implica fuerzas rotacionales de aceleración-desaceleración.

Objetivo: Alertar al clínico hacia su sospecha y búsqueda, por la implicancia clínica, legal y de rehabilitación familiar que requiere.

Material-método: Análisis clínico-radiológico de 5 niños que cumplieron con criterios de SBS, evaluados años 2003-2005.

Resultados: 5 lactantes 4H 1M edades entre 10-18 meses, antecedente de traumatismo 3/5. Síntoma inicio crisis convulsivas-compromiso conciencia 4, oftalmoparesia 1, todos con hemorragias retinianas. RM: HSA, hematomas, colecciones subdurales en distintas etapas evolutivas. Estudio de coagulopatías negativo (4/5), estudio metabólico básico normal. Dos niños necesitaron neurocirugía, uno falleció en etapa aguda, los otros evolucionaron con déficit neurológico variable.

Comentario: SBS resulta en un alto grado de morbi-mortalidad como vimos en nuestros niños, por lo que se debe insistir en que el equipo de salud debe educar a padres y cuidadores respecto a este cuadro y al maltrato en general.

PN - 57

HABITOS DE SUEÑO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS Y SU REPERCUSION EN RENDIMIENTO ESCOLAR

Ríos, L.; Pizarro, L.; Ortiz, V.; Gajewski, C.; Troncoso, L.

Servicio Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La modernización, cambio de estructura y funcionamiento familiar, han incidido significativamente en hábitos y costumbres de los niños. Especialmente se ha visto implicado el hábito de sueño, cuyo deterioro está comprobado, incide negativamente sobre aprendizaje, memoria y conducta escolar.

Objetivo: Describir y analizar hábitos de sueño en escolares chilenos, de 4to. Básico y 3ro. Medio, urbanos y rurales en correlación con conducta y rendimiento escolar, estableciendo diferencias entre ambos grupos. Definir el rol de posibles factores interventores familiares y de entretención (audiovisuales y computacionales) en la higiene del sueño.

Material-método: Se desarrolla estudio en 9 colegios, particulares, semi subvencionados y subvencionados de la VI, X y R. Metropolitana. aplicando encuesta de hábitos de sueño y rendimiento escolar previamente validada.

Resultados: Del total de 1100 niños 52% corresponden a 3° medio y 48% a 4° básico, similar distribución por sexo. Globalmente existe tendencia a incorporar al dormitorio medios de entretención-educación (Computadores, televisores y video-juegos) en 80 a 90% de la población encuestada, con disminución de horas de sueño para ambos grupos, (< 7 hrs) en más del 40% de ellos, 60-70% inicia reposo entre las 22 y 24 hrs, 10-15% sobre las 23 hrs (4° básico) y 48% para el grupo adolescente. En este último 15% duerme después de las 24 hrs. y presenta un menor rendimiento escolar en comparación con el grupo que duerme más. Durante el fin de semana este grupo aumenta su déficit de horas de sueño.

Conclusiones: En nuestro estudio es evidente que los hábitos de sueño han experimentado cambios que inciden en forma negativa sobre el rendimiento escolar.

PN - 58

LISENCEFALIAS: ESTUDIO ETIOLOGICO Y EVOLUCION

Hernández, M.; Bolte, L.; Escobar, R.; Mellado C.; Mesa, T.

Departamento de Pediatría Sección Neurología

Infantil y Genética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las lisencefalías son malformaciones del desarrollo cortical causadas por anomalías de la migración neuronal manifestándose clínicamente como síndromes epilépticos de difícil manejo, trastornos motores graves, retardo mental profundo y alta mortalidad

Objetivo: Describir presentación clínica, evolución y estudio etiológico de 9 pacientes con lisencefalia.

Pacientes y método: Se presentan 9 pacientes con lisencefalia controlados en Neurología Infantil de la PUC durante los años 1999-2005. Todos los pacientes fueron evaluados por neurólogo infantil y genetista. Todos los pacientes tienen neuroimágenes (TAC y RNM cerebral), EEG standard, estudio genético (cariograma y FISH cromosoma 17). El estudio TORCH se realizó en algunos casos.

Resultados: 9 pacientes, 5 mujeres y 4 hombres. La presentación clínica inicial de 7 pacientes fue un síndrome epiléptico, 5 en periodo neonatal y 2 en etapa lactante (espasmos infantiles), un paciente consultó por retraso desarrollo psicomotor a los 3 meses y otro paciente se estudió en periodo neonatal por macrocefalia. Las neuroimágenes mostraron lisencefalia en 8 pacientes y en 1 caso heterotopia en banda subcortical lo que permitió clasificar a 8 pacientes en el espectro de lisencefalías /heterotopías en banda subcortical y a 1 paciente en lisencefalia secundaria a infección congénita por citomegalovirus, con cultivos (+) en periodo perinatal. Sólo en un paciente se encontró microdelección del cromosoma 17. El estudio citogenético del resto fue normal. Todos los pacientes con lisencefalia evolucionaron con un síndrome epiléptico de difícil manejo (3 con espasmos infantiles, 5 síndromes epilépticos focales y multifocales) y retraso de desarrollo psicomotor grave. La paciente con heterotopia en banda subcortical presenta desarrollo psicomotor normal, sin epilepsia. Durante el estudio fallecieron 2 pacientes (22%), a los 5 y 13 meses de vida.

Conclusión: La presentación clínica de los trastornos de la migración neuronal incluye epilepsia de difícil manejo y retraso severo de desarrollo psicomotor. El pronóstico es reservado ya que se caracterizan por elevada mortalidad, El estudio etiológico es necesario para un adecuado consejo genético y prevención de recurrencias. En este estudio es necesario neuroimágenes de alta resolución y estudio citogenético adecuado. En algunos casos debe excluirse TORCH.

PN - 59

MEDULOBLASTOMA EN NIÑOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

López, C.; Rizzardini, C.

Neurología Hospital Roberto del Río

Objetivo: Analizar la evolución clínica de pacientes con Meduloblastoma.

Pacientes y métodos: Se hizo una revisión retrospectiva de pacientes ingresados al hospital Roberto del Río entre 1995 y 2005 con diagnóstico de Meduloblastoma. Se realizó evaluación neurológica de los niños en seguimiento durante el presente año.

Resultados: Ingresaron 12 pacientes, 6 de ellos se encuentran libre de evento con una mediana de 36 meses. Edad promedio al diagnóstico 6 años 6 meses. 83% debutaron con ataxia o hipertensión endocraneana y 58% papiledema de 6 semanas de duración. Todos tienen hidrocefalia al diagnóstico. Solo 1 tiene desviación de línea media. 63% tienen compromiso medular. Resección completa tumoral se logra en 58%. 2 pacientes fallecen por enfermedad progresiva antes de completar tratamiento (quimioterapia y radioterapia). Las complicaciones fueron ventriculitis (40%), fístula líquido cefaloraquídeo (25%) y toxicidad a quimioterapia 41%. Las secuelas fueron sensoriales (33%), hemiparesia (16%) y endocrinas (25%). 41% cursan con desnutrición severa.

Conclusiones

- La forma de presentación más frecuente fue síndrome de hipertensión endocraneana.
- Todos los pacientes en seguimiento tienen resección completa del tumor.

- El manejo nutricional no fue adecuado.

PN - 60

ESQUIZENCEFALIA: PERFIL CLINICO-IMAGENOLOGICO DE 6 DE PACIENTES.

Olate, R.; Hernández, M.; Mesa, T.

Departamento de Pediatría, Sección de neurología infantil, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La esquizencefalia corresponde a grupo de malformaciones del desarrollo cortical, por anomalías en organización y migración neuronal tardía, que tiene varias etiologías y se debe a fallas en la segmentación o eventos destructivos precoces de la zona de la preplaca.

Objetivo: Describir presentación clínica, evolución y neuroimágenes de 6 pacientes.

Pacientes y método: Se describen 6 pacientes con esquizencefalia con edades entre 4-15 años, evaluados en neurología infantil, PUC, entre Enero 2000 y Diciembre 2005.

Resultados: 6 pacientes: 3 hombres (2 gemelos) y 3 mujeres. Edad presentación: 1 prenatal (ventriculomegalia), 4 lactantes y 1 adolescente. Presentación clínica inicial: 3 pacientes con trastorno motor focal (2 de ellos con retraso DSM asociado), 1 paciente sólo con retraso DSM, 1 paciente que debutó a los 14 años con convulsiones. En el seguimiento todos presentaron crisis epilépticas. Un paciente presentó una sola crisis y nunca requirió antiepilépticos, ninguna fue refractaria a tratamiento. En cuanto al compromiso cognitivo, 4 pacientes tienen CI normal (3 normal lento y 1 normal promedio), 1 paciente con retardo mental y 1 con retraso DSM grave. Neuroimágenes: Esquizencefalia labio cerrado (Tipo I): 3, labio abierto (tipo II) 2 y Mixta (Tipo I-II): 1. Malformaciones asociadas: 3 displasias septo-óptica, 1 paquigiria y 1 polimicrogria opercular.

Conclusión: La esquizencefalia es una malformación del desarrollo cortical tardío que presenta convulsiones en un alto porcentaje de casos, pero es compatible con un coeficiente intelectual normal. Es importante descartar otras malformaciones asociadas que pueden alterar

el eje hipotálamo hipofisario y nervio óptico, por lo que todas debieran tener neuroimágenes de alta resolución.

PN - 61

CAVERNOMAS EN LA INFANCIA SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Troncoso, M.; Velásquez, A.; Troncoso, L.; Concha, E.

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

Introducción: Las malformaciones vasculares cerebrales del sistema nervioso central son lesiones de origen congénito por desarrollo anómalo de la red arteriolo-capilar que existe entre la circulación venosa y la arterial. Se clasifican histológicamente en: malformaciones arteriovenosas, telangectasias capilares, malformaciones venosas, angiomas cavernosos.

Material-método: análisis del seguimiento de 12 niños con cavernomas, evolución clínica, imágenes, histopatología.

Objetivo: Dar a conocer nuestra experiencia en 12 pacientes con cavernomas. Presentación, localización, seguimiento a largo plazo.

Resultados: Edad diagnóstico promedio 7,5 años (3-14 años) Hombre/mujer 7:5 Síntoma de inicio: crisis parciales (50%), hemiparesia(33%), en relación a evento hemorrágico; cefalea y dolor cervical/tortícolis(16%). Localización más frecuente frontal y parietal (25% cada uno), médula cervical(17%) tronco(8,3%). Cirugía 5-/12. Pronóstico neurológico favorable 83%. Seguimiento a largo plazo 7 años(rango 3-12 años). De los 12 pacientes sólo 2 tuvieron secuelas motoras importantes, uno falleció por complicación de la cirugía, correspondieron a pacientes con ubicación infratentorial. La epilepsia se controló bien en el 90% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie la forma de presentación más frecuente fueron crisis parciales con buena respuesta a antiepilépticos. La RNM permitió el diagnóstico de certeza en todos. El pronóstico neurológico fue en un alto porcentaje favorable, directamente relacionado

a la localización, siendo peor en ubicación infratentorial.

PN - 62

DISPLASIA SEPTO OPTICA: DIAGNOSTICO TEMPRANO Y MANEJO DE COMPLICACIONES.

Muñoz, M.; Suárez, B.; Quiral, M.; Rojas, V. Servicio Pediatría, Hospital Gustavo Fricke - Viña del Mar

Introducción: La Displasia Septo-Óptica (Síndrome de Morsier) se caracteriza por la agenesia de septum pellucidum e hipoplasia de nervios ópticos. Frecuentemente se compromete la hipófisis con el hipopituitarismo consiguiente. Los objetivos del trabajo son recalcar la importancia de la pesquisa de anomalías visuales congénitas y la mejoría de la calidad de vida al manejar precozmente la patología endocrinológica en este síndrome.

Casos Clínicos: Se presentan 2 casos clínicos del Hospital Fricke de Viña del Mar. Ambos casos son pacientes de sexo femenino, con dismorfias y anomalías oftalmológicas congénitas (una con dismotilidad ocular y la otra con anoftalmia). Se estudiaron con Ecotomografía y Scanner cerebral que mostraron agenesia del septum pellucidum. Consecutivamente, se les detectó precozmente un panhipopituitarismo. Actualmente compensadas neurológica y endocrinológicamente.

Discusión: El examen neurológico del recién nacido permitió pesquisar las anomalías oftalmológicas que orientaron el diagnóstico del síndrome. El manejo precoz de sus complicaciones permitió mejorar el manejo integral y la calidad de vida de estos pacientes.

PN - 63

TORTICOLIS COMO PRIMOMANIFESTACION DE TUMOR/CAVERNOMA

Troncoso, M.; Baltzer, V. Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Tortícolis es un signo clínico de una patología subyacente, existen muchas causas desde cuadros banales a otros tan graves como tumores.

Material-método: Revisión de historias clínicas, imágenes, anatomía patológica y seguimiento de pacientes con causa tumoral de tortícolis.

Objetivo: En 5 niños que debutaron con tortícolis, evaluar las características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas; pesquisar algún hallazgo clínico que haga sospechar que la tortícolis no era "benigna".

Resultados: 1 mujer 4 hombres, edad de debut 4 meses - 13 años 7 meses. Tortícolis fue doloroso 4/5, inicio subagudo 3, agudo 2, sin respuesta a manejo farmacológico ni kinésico, sin déficit neurológico inicial 4/5; aparición de alteraciones neurológicas después de 1 mes-3 años, demora en el diagnóstico etiológico 1 mes-7 años (x 21,2 meses). La TAC y RNM fueron diagnósticas. Osteoblastoma cervical 1 (operado), astrocitoma medular cervical 1 (operado), tumor bulbar 1 (fallece), cavernoma médula cervical 2 (operados, uno fallece).

Conclusiones: Según nuestra casuística la tortícolis dolorosa aguda y subaguda que no mejora en corto tiempo fue el síntoma predominante, que debería hacer sospechar una lesión de base antes de la aparición de signos neurológicos, ya que la demora diagnóstica puede empeorar el pronóstico.

PN - 64

RESONANCIA MAGNETICA EN EL DIAGNOSTICO ANTENATAL DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Bravo, E.; Gálvez, M.; Badilla, L.; Sordo, J. G.; Rivera, R.

Servicio de Neuroradiología Diagnóstico y Terapéutico, Instituto de Neurocirugía, Asenjo.

Introducción: La aparición de secuencias ultra rápidas en Resonancia Magnética ha permitido la realización de estudios en fetos. Su utilidad ha sido demostrada en diversas publicaciones y sus indicaciones han ido aumentando a medida que se ha incrementado la accesibilidad a este tipo de exámenes.

Objetivo: Presentar nuestra casuística de diagnósticos antenatales mediante RM hasta la fecha en nuestro centro.

Pacientes y método: Entre Julio 2004 y Agosto 2005 donde hemos realizado 4372 estudios de RM. Estudiado 7 pacientes embarazadas enviadas con estudios ecográficos sugerentes de malformación del SNC. Las edades gestacionales fluctuaron entre las 27 y 34 semanas. Se utilizó un resonador Phillips Intera de 1,5 Tesla disponible en nuestro Servicio. Se realizaron secuencias ultra rápidas T2 Haste y T1 FLASH.

Resultados: El estudio mediante la RM permitió demostrar una malformación de la vena de galeno, una malformación de Chiari tipo 2 con disrafia lumbar, un quiste del plexo coroideo, un tumor de línea media, una hidrocefalia, un encefalocele frontal y un quiste interhemisférico. La RM permitió un diagnóstico preciso de la patología gracias a las imágenes de alta definición obtenidas. El adecuado diagnóstico permitió preparar las acciones terapéuticas para el período perinatal.

Conclusión: La RM fetal es una herramienta de alta utilidad en el diagnóstico de las enfermedades del SNC. La obtención de diagnósticos precisos antenatales permite preparar y aconsejar a los padres, así como también buscar las mejores condiciones para un parto seguro y un manejo adecuado de la patología.

PN - 65

COMPLICACIONES NEUROQUIRURGICAS EN PACIENTES CON MENINGITIS BACTERIANA EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO. Cáceres, A.; Yarmuch, P.; Aldunate, C.; García, K. Hospital de Niños Roberto del Río.

Introducción: Las complicaciones neuroquirúrgicas en los pacientes con meningitis bacteriana aguda son las colecciones subdurales (20 - 50%), aunque las colecciones significativas son en menor porcentaje, y la hidrocefalia (2 - 3%).

Objetivo: Presentar una casuística nacional actualizada y definir potenciales elementos clínicos predictivos en la aparición de estas complicaciones.

Método: Se estudian retrospectivamente 250 fichas de pacientes hospitalizados con el diag-

nóstico de meningitis bacteriana, desde enero 1996 hasta enero 2005. Se analizan la sintomatología clínica, neuroimágenes, características del LCR, y evolución de complicación neuroquirúrgica.

Resultados: Se diagnostica colección subdural por TAC cerebral en el 9,4%. Este grupo presenta un 78% de sexo masculino, una edad promedio al ingreso de 10 meses, una sintomatología de 2,7 días previo a su ingreso; el 33,3% es debido a Neumococo, y 33,3% a Haemophilus I. El estudio de LCR, muestra una glucorraquia promedio de 24,8 mg/dl y recuento promedio de glóbulos blancos de 7007. En el grupo sin colecciones, existe un 60% de sexo masculino, una edad promedio al ingreso de 41.8 meses, destaca una duración de síntomas previo a su ingreso de 1,9 días, solo un 15% es Neumococo y la mayoría 41% presenta cultivos negativos. El estudio de LCR muestra una glucorraquia promedio de 47 mg/dl, un recuento de glóbulos blancos promedio de 3261.

La hidrocefalia se diagnostica en el 2% de los casos, requiriendo instalación de válvula ventrículo peritoneal.

Conclusión: Se presentan los resultados actuales en nuestro hospital, y se comparan con publicaciones nacionales anteriores e internacionales. Destaca el grupo con colecciones que presenta una sintomatología de mayor tiempo de evolución, menor edad y con LCR más inflamatorio a su ingreso.

PN - 66

ESTRATEGIA DIAGNOSTICA DEL SINDROME Xq FRAGIL. ESTUDIO DE ALELOS MUTADOS EN EL GEN FMR1

Alliende, M. A.; Valiente, A.; Curotto, Bianca; Santa María, L.; Cortés, F.; Troncoso, L.; Barrios, A.

Laboratorio de Citogenética Molecular INTA, Universidad de Chile.

Introducción: El síndrome de Xq frágil (SXF) está entre las causas más frecuentes de RM heredado, incidencia de 1:4000 hombres y 1:8000 mujeres; pero el 50 - 60% de los casos pediátricos, estarían sub-diagnosticados. El diagnóstico considera: identificar la mutación en el gen FMR1 completa o en mosaico en los

afectados y premutación en portadores sanos.

Objetivos: Analizar la frecuencia y tipos de mutación detectada, destacar las manifestaciones clínicas en afectados por la mutación para ayudar a una mejor derivación.

Material y método: 452 probandos (432 hombres y 20 mujeres) referidos al laboratorio de genética molecular del INTA.: 134 hombres estudiados por PCR; 298 restantes que incluye mujeres se estudiaron con análisis directo del gen FMRI por Southern blot.

Resultados: Se identificó una mutación en 41 casos índices (9%); 36 tienen mutación completa; 4 son mosaico para mutación completa y premutación y 1 mosaico mutación completa con metilación parcial. Prognatismo y fascie alargada se asocian significativamente a la mutación.

Conclusiones: Enfatizar la importancia de estudiar RM de origen desconocido con puntaje clínico (12 puntos, realizar PCR y cariograma y confirmación por Southern blot en los casos alterados.

PP - 67

ANÁLISIS GENÉTICO - MOLECULAR EN 100 CASOS DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROMES DE PRADER WILLI (SPW) Y ANGELMAN (SA)

Alliende, M. A.; Curotto, Bianca; Santa María, L.; Cortés, F.; Troncoso, L.; Barrios, A.
INTA U. de Chile

Introducción: El segmento cromosómico 15q11-q13 ha sido estudiado por presentar imprinting, inestabilidad meiótica intrínseca y ser responsable de aberraciones cromosómicas frecuentes producto de la recombinación meiótica no alélica entre repetidos de pocas copias (LCRs) que mapean en esta región. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes son las deleciones intersticiales de 15q11-q13, 65 a 75% de SPW y 80% de SA; en el 20 a 30% restante ambas cromosomas 15 tienen el mismo origen parental, constituyendo una Disomía Uniparental (DUP) producto de no disyunción en meiosis I.

Objetivos: Determinar el origen exacto de la enfermedad, la frecuencia de cada tipo y entregar un consejo genético a la familia.

Material y Métodos: Estudio molecular por PCR metilación específica de 465 casos con clínica de SPW o SA. En los casos con PCR alterado se realizó FISH para determinar la presencia de deleción y en los sin deleción estudio de microsatélites (STRs) el tipo de DUP.

Resultados: En 100 se confirmó una afección genómica: 69 SPW y 31 SA. El análisis por FISH identificó la deleción en 54% de los SPW y en 80% de SA. El análisis de STR permitió confirmar y distinguir el tipo de DUP en 10 casos de SPW sin deleción.

Conclusiones: La diversidad en el origen etiológico de estas afecciones genómicas, enfatiza la importancia del uso secuencial de técnicas moleculares complementarias: Test de metilación, FISH y STRs para su diagnóstico.

PN - 68

ESTUDIO DE REARREGLOS SUBTELOMERICOS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL

Curotto B., Cortés F., Alliende M. A.

Laboratorio Citogenética Molecular INTA U. de Chile.

Introducción: La causa del retraso mental (RM) sólo se establece en aproximadamente 50% de los casos, lo que limita el consejo genético y la detección de portadores en estas familias. El uso del FISH como complemento del análisis citogenético ha contribuido al diagnóstico de microdeleciones, alteraciones cromosómicas crípticas y rearreglos subteloméricos (RS). Los RS son la causa etiológica más frecuente de RM y ocurren en 5-10% de los casos con RM severo con dismorfias y cariotipo normal.

Objetivo: Determinar la existencia de RS en pacientes con diagnóstico de RM inespecífico y cariotipo normal referidos al laboratorio.

Material y métodos: Se estudiaron 58 pacientes a los cuales se les realizó hibridación in situ y fluorescencia (FISH) usando sondas

comerciales de todas las regiones subtelerámicas.

Resultados: En 6 casos (10.3%) se detectó una alteración subtelerámica que involucra los siguientes segmentos cromosómicos:

del(5)(ptel);
del(5)(ptel)dup(11)(qtel);
der(22)t(12;22)(ptel;qtel),pat;
der(22)(t(2;22)(qtel;qtel),mat;
del(2)(qtel);
del(11)(qtel)dup(20)(ptel).

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de estos rearrreglos como causa etiológica de RM, similar a lo publicado. Se discuten criterios de selección y la importancia de evaluar a los padres (investigar origen de la alteración) contribuyendo a la delimitación de nuevos Síndromes.

CASOS CLINICOS

CCN - 1

NEUROTOXICIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE ANIS ESTRELLADO. REPORTE DE TRES CASOS.

Schlatter, A.; *Heresi, C.;* *Varela, X.;* *Ponce, S.;* *Moscoso, J.;* *Avaria, M. A.*
Servicio de Neurología Infantil, Hospital Roberto del Río.

Introducción: El anís estrellado es utilizado popularmente en lactantes como antiespasmódico. Existen dos especies: *Illicium verum* e *Illicium anisatum*, siendo macroscópicamente indistinguibles. *I. verum* tiene propiedades antiespasmódicas y analgésicas, mientras *I. anisatum* es neurotóxica. Se ha descrito neurotoxicidad por sobredosis de *I. verum* así como por contaminación con *I. anisatum*.

Objetivos: Describir las características clínicas de intoxicación por anís estrellado y alertar sobre las consecuencias de ingesta inadecuada.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en base a revisión de fichas clínicas de pacientes con síntomas neurológicos asociados al consumo de anís estrellado.

Resultados: Tres lactantes menores de 3 meses, previamente sanos, con antecedentes de consumo de anís estrellado (4 - 5 frutos / 100ml agua), que presentaron crisis convulsivas, irritabilidad y vómitos autolimitados, con examen neurológico, laboratorio básico, EEG e imágenes normales. Al control desarrollo psicomotor y examen neurológico normal.

Conclusiones: Dada la asociación entre anís estrellado y neurotoxicidad, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de un lactante con irritabilidad, vómitos y convulsiones. Se recomienda informar a los padres sobre la inconveniencia de su uso y a la autoridad sanitaria sobre la necesidad de regulación sobre este producto.

CCN - 2

DEFICIT DE CIANOCOBALAMINA: UNA CAUSA TRATABLE DE DETERIORO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM). REPORTE DE DOS CASOS.

Heresi, C.; *Schlatter, A.;* *Sánchez, E.;* *Cisternas, C.;* *Rojas, V.;* *Quitral, M.;* *Cabello, J. F.;* *López, C.;* *Kleinsteuber, K.;* *Avaria, M. A.*

Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Roberto del Río, Santiago. Pediatría y Neurología Infantil, Hospital Gustavo Fricke, Unidad Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción: Las formas de presentación de la deficiencia de cianocobalamina en el niño son variables, incluyendo: alteración del DSM, rechazo a la alimentación artificial, detención del crecimiento, hipotonía, piramidismo y movimientos anormales.

Objetivo: Analizar manifestaciones del déficit de cianocobalamina, en dos lactantes.

Pacientes y método: Se revisan características clínicas y de laboratorio en dos casos de regresión del desarrollo psicomotor por déficit de cianocobalamina, diagnosticados en diferentes hospitales en el año 2005.

Resultados: Se presentan dos lactantes de 18 y 12 meses de vida con DSM normal hasta el 5° mes de vida, que evolucionan con regresión del DSM, disminución de movimientos

voluntarios, rechazo a la alimentación artificial y detención del crecimiento pondoestatural. Al examen destaca: marcado decaimiento y compromiso del estado general, síndrome piramidal bilateral, hipotonía, y ausencia de signos de focalización. En laboratorio se detecta anemia macrocítica, con bajos niveles de cianocobalamina. EEG: normales y TAC cerebro normal en un caso y con atrofia difusa en otro. En ambos hubo excelente respuesta hematológica al tratamiento, y mejoría del DSM.

Conclusiones: El déficit de cianocobalamina en el lactante puede manifestarse como una regresión del desarrollo psicomotor sin signos neurológicos específicos o altamente orientadores como en el caso de la degeneración combinada subaguda del déficit del adulto. Requiere por tanto un alto grado de sospecha y un análisis detenido de exámenes que son simples y accesibles. Su importancia radica en ser un cuadro tratable y por ello debe considerarse en el diagnóstico diferencial del retraso y deterioro del DSM.

CCN - 3

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A QUIMIOTERAPIA. A PROPOSITO DE UN CASO

Léon, P.; Aldana, P.; López, C.; Rizzardini, C. Hospital Roberto del Río

Objetivo: Describir el seguimiento clínico e imagenológico de una paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), en Quimioterapia (QT), que presenta una Leucoencefalopatía Posterior Reversible (LPR)

Personas y Método: Paciente en tratamiento con protocolo para LLA PINDA 2002

Resultado: Niña de 11 años, en tratamiento por LLA de riesgo medio, FAB L1, inmunofenotipo pre B, LCR(-), que inició Protocolo PINDA en Diciembre 2004. Buena respondedora a tratamiento. El día 24/07/05 debuta con un Status Epiléptico, LCR normal, EEG de sueño normal, EEG en vigilia: actividad de base lenta bilateral, RNM Cerebral, con difusión que descarta evento isquémico, y demuestra compromiso de la sustancia blanca subcortical frontal bilateral y occipital, compatible con LPR.

Compromiso inicial con ataxia de la marcha asociado a Mini Mental test alterado, con mejoría parcial en 4 semanas.

Conclusiones: Paciente en Quimioterapia según protocolo PINDA 2002, con cuadro clínico e imagenológico compatible con LPR, completará esquema con el objetivo de obtener remisión hematológica y evitar recaída.

CCN - 4

CARACTERIZACION CLINICA Y ELECTROENCEFALOGRAFICA DE EPILEPSIA FOCAL EN CASO ÍNDICE DE FAMILIA CHILENA CON FENOTIPO DE SÍNDROME DE GEFS+.

Solarí, F.; Kuester, G.; Mesa, T.; Santin, J.; Godoy, J.

Programa de Epilepsia, Departamento de Neurología y Departamento de Pediatría, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Presentar paciente con epilepsia focal, miembro de una familia chilena no consanguínea, con fenotipo compatible con GEFS+.

Método: Paciente evaluado en Unidad Monitoreo Video-EEG del Programa de Epilepsia de la Pontificia Universidad Católica de Chile en Agosto 2005. Se analizaron anamnesis, pedigree, neuroimágenes y hallazgos video-EEG de 24 horas en vigilia, sueño, hiperventilación y fotoestimulación.

Resultados: Niño de 7 años, historia perinatal y DPM normal. Crisis desde los 4 años 10 meses, focales con generalización secundaria. Tres generaciones afectadas con distintos fenotipos GEFS+. Examen neurológico y RNM cerebral normales. Video-EEG muestra frecuente actividad epileptiforme interictal bioccipital sincrónica y frontal izquierda durante vigilia y sueño.

Conclusiones: El síndrome GEFS+ se define por epilepsias generalizadas y crisis febriles. Sin embargo, varios estudios han reportado algunos pacientes con epilepsia focal. A nuestro entender, éste es el primer reporte de un paciente chileno con epilepsia focal, miembro de familia con fenotipo GEFS+ y pedigree

sugerente de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta. Este hallazgo indicaría que GEFS+ puede tener espectro clínico amplio, incluyendo epilepsias focales, tal como ha sido recientemente planteado en la literatura.

CCN - 5

UNA FAMILIA PORTADORA DEL GEN DE DEFICIT DE ORNITIN TRANSCARBAMILASA: CARACTERISTICAS CLINICAS E IMPACTO FAMILIAR

Suárez, B.; Colombo, M.; Cabello, J. F.; Quitral, M.; Muñoz, M.; Novoa, F.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso

Introducción: El déficit de la Ornitin transcarbamilasa (OTC) es una enfermedad metabólica ligada al X. Las mujeres portadoras pueden ser sintomáticas o asintomáticas, y los hombres son sanos o fallecen en el período neonatal.

Objetivo: Mostrar una familia de portadoras del gen de deficiencia de OTC, las características clínicas de una portadora sintomática, y el impacto familiar del diagnóstico.

Caso Clínico: Familia con antecedentes de hombres fallecidos en el período neonatal durante 3 generaciones, diagnosticándose déficit de OTC en un RN de la tercera generación. Caso índice: M.J, sexo femenino, 9 años, hermana menor del RN fallecido. D.S.M normal. Desde el primer año de vida con vómitos y somnolencia intermitentes. A los 6 años hospitalizada por encefalopatía hiperamonémica secundaria a ITU. Luego de hospitalización inicia alteración de conducta y descompensaciones por transgresiones alimentarias voluntarias, repercutiendo en su estado nutricional. Evaluación psicológica desarrollo de un vínculo ansioso madre-hija, propiciado por duelos recurrentes no resueltos, unido a un ambiente sobreprotector familiar generando un trastorno conductual secundario, con rebeldía ante tratamiento.

Conclusiones: El déficit del gen de OTC es una enfermedad crónica. Requiere de educación constante y apoyo psicológico a la familia, que ayuden a comprender la enfermedad, asumir

situaciones de duelos sucesivos y refuercen cumplimiento tratamiento.

CCN - 6

IMPORTANCIA DEL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DEL SIDROME DE HALLERVORDEN-SPATZ

Quitral, M.; Ferrada, M.; Cabello, J. F.; Suárez, B.; Muñoz, M.; Colombo, M.; Novoa, F.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Servicio Neurología Infantil Hospital Roberto del Río.

Introducción: El Síndrome Hallervorden-Spatz es un trastorno autosómico recesivo, caracterizado por distonía, parkinsonismo y acumulación de hierro en el cerebro. Hasta fines del siglo XX su diagnóstico era clínico y su confirmación con necropsia. En última década se describe frecuente asociación de éste a mutaciones del gen PANK2, cromosoma 20p13.

Objetivo: Describir hallazgos laboratorio en paciente con Hallervorden-Spatz.

Metodo: Descripción clínica, imagenológica y laboratorio de paciente con Hallervorden-Spatz.

Resultados: FMT, antecedentes de asfixia neonatal y RDSM (marcha 2 años), ingreso a los 5 años, con pérdida de marcha desde los 4 años, destacando intensas distonías generalizadas y orofaríngeas requiriendo SNG para alimentarse. TAC 1999 normal, aminoácidos, amonio, lactato, alfa-fetoproteína, ceruloplasmina normal. Fondo de ojo: retina pálida. El 2003 se deriva a Hospital Roberto del Río para evaluar posibilidad de palidotomía. En dicho centro se encuentran acantocitos en sangre periférica solicitándose RNM que muestra lesiones hiperintensas en ganglios basales descritas como ojos de tigre. Luego se envía muestra para estudio genético PANK2 que arroja mutación homocigota de dicho gen (Gly411Arg).

Conclusión: El síndrome Hallervorden-Spatz agrupa amplio espectro de manifestaciones clínicas. Para diagnosticarlo se requiere descartar otras patologías más frecuentes, sin embargo hallazgos en la RNM y acantocitosis permiten sospechar esta patología. En la

actualidad el estudio genético nos permite diagnosticar este síndrome aún en los fenotipos no clásicos.

CCN - 7

OSTEOGENESIS IMPERFECTA CON CONTRACTURAS ARTICULARES CONGENITAS

Villagrán, A.; Quitral, M.; Cabello, J. F.; Suárez, B.; Muñoz, M.; Colombo, M.; Novoa, F.; Cortés, F.

Unidad De Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. INTA.

Introducción: El Síndrome de Bruck es un desorden autosómico recesivo, combina osteogénesis imperfecta y artrogriposis múltiple congénita. Hay defectos en la hidroxilación de residuos de lisina en telopeptidasas del colágeno tipo 1. Al menos 21 casos se han reportado en el mundo, destacando el desarrollo mental normal.

Objetivo: Describir un caso de Sd de Bruck y orientar en su pronóstico.

Metodo y resultados: A.S.S., RNPT 34 sem, PEG, diagnóstico prenatal de malformaciones múltiples. Exámen físico: signos de atrofia muscular esquelética severa, rigidez de articulaciones y malformaciones de extremidades, fractura de húmero y de fémur. Se plantea diagnóstico de osteogénesis imperfecta, pero clínicamente hay incoherencias con el cuadro típico. Estudio postnatal: imagenológico, cariograma y metabólico normales. Finalmente se diagnostica un Síndrome de Bruck con signos cardinales que consideran pterigion múltiples, artrogriposis distal y fracturas.

Conclusión: El Sd de Bruck es poco frecuente, tiene características clínicas particulares que lo diferencian de la osteogénesis imperfecta, requiere de manejo integral dado el buen pronóstico cognitivo reportado en la literatura.

CCN - 8

MIELODISPLASIA COMO MANIFESTACION DE UNA ACIDURIA ORGANICA

Heresi, C.; Schlatter, A.; López, C.
Hospital Roberto del Río.

Objetivo: Describir la evolución de un paciente con Mielodisplasia, que resultó ser una Aciduria Orgánica

Personas y Método: Descripción retrospectiva, de un niño con Aciduria Orgánica, y prospectivo de su deterioro clínico.

Resultados: Niño, de 6 años 3 meses, hijo de padres no consanguíneos, período pre y perinatal normal, hematocrito de 28% al segundo día, Mielograma compatible con Mielodisplasia, en otros cuadros se asocia compromiso de serie plaquetaria; desde los 20 meses episodios de compromiso de conciencia, asociados a acidosis metabólica; desde los 3 años 9 meses rechazo alimentario, requiriendo enteral continua transitoria; desde los 4 años presenta episodios de Narcolepsia Like, con inicio súbito de sueño profundo; ácidos orgánicos con elevación del ácido 3 hidroxibutírico, constituyéndose el Diagnóstico de Aciduria orgánica; seis meses previo a su deceso, deterioro, con apatía, rechazo alimentario, deterioro cognitivo, marcha atáxica y frecuentes episodios de Narcolepsia Like.

Comentario: El compromiso hematológico de este paciente debería haber planteado la posibilidad de una Aciduria Orgánica, el uso de Psicoestimulantes en este caso habría mejorado su calidad de vida.

CCN - 9

RESPUESTA A DOSIS REPETIDAS DE INMUNOGLOBULINAS EN LA EVOLUCION DEL SINDROME DE GUILLAIN BARRE GRAVE: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION BIBLIOGRAFICA

Schellman, P.; Reyes, P.; **González, J.;** Torres, C.; Camaggi, B.; Erazo, R.

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional de Antofagasta. Instituto de Rehabilitación Infantil. Teletón. Antofagasta. Servicio de Neurología Infantil. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Un compromiso neurológico grave se asocia a la forma axonal del síndrome de Guillain Barré. Pocos reportes existen de este síndrome como diagnóstico diferencial de muerte cerebral. La administración de dosis

repetidas de inmunoglobulinas se recomienda en casos severos. Existen escasos reportes de una tercera dosis.

Objetivo: Comunicar un caso clínico de Guillain Barré, su enfrentamiento diagnóstico, terapéutico y posterior evolución.

Caso clínico: Paciente de 6 años con historia de debilidad muscular distal rápidamente progresiva ascendente asociado a compromiso de pares craneanos bajos. Requiere ingreso a UCIP y conexión a ventilación mecánica. Luego de punción lumbar con disociación albúmina/citológica recibe inmunoglobulina ev (día 2 de evolución). Evoluciona con compromiso neurológico severo (compromiso de conciencia y pares craneanos, tetraplejia flácida) que hace plantear el diagnóstico de muerte cerebral. Se realiza EEG y resonancia magnética de encéfalo que resultan normales. EMG compatible con variante axonal. Luego de segundo ciclo de inmunoglobulinas (día 17) inicia mejoría. Este ciclo se repite asociado a metilprednisolona (día 61), presentando un cambio en su evolución con una mejoría evidente, se desconecta del ventilador mecánico y recupera movilidad.

Conclusiones: La administración de dosis repetidas de inmunoglobulinas debe plantearse en casos de Guillain Barré graves, de lenta evolución.

CCN - 10

MIOCLONIA-DISTONIA EN NIÑOS

Troncoso, M.; Ortiz, V.; Gajewski, C.; Barrios, A.

Servicio Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Mioclonus-Distonia (M-D), es un trastorno del movimiento que ocurre esporádicamente o en familias con un patrón autosómico dominante, causado por mutaciones gen SGCE, que codifica para Epsilon Sarcoglicano, menos frecuentes mutaciones en DRD2, DYT1 y de novo. Se caracteriza por mioclonías y/o posturas distónicas, de inicio generalmente en la niñez, en ausencia de otros déficit neurológicos, neuroimágenes y potenciales somatosensoriales normales.

Objetivo: Dar a conocer este cuadro, no reportado en niños en nuestro país, a fin de que se incorpore en el diagnóstico diferencial de los trastornos del anormales.

Material-método: Revisión de datos clínicos y videos de pacientes con MD.

Resultado: 2 hombres 1 mujer Previamente sanos, en edad escolar presentan mioclonía postural y de acción de EESS, distonía de ambas manos, cesan durante el sueño, se exagera con estrés, ausente en reposo. Resto normal. Cupruria, cupremia, aminoacidemia, aminoaciduria, Screening metabólico, EEG, PE A y V y somatosensoriales, TAC cerebral, EMG, VC, hexosaminidasas, Beta-galactosidasa, RNM cerebral, todos normales. Estudio genético con resultados pendientes.

Comentario: Los movimientos anormales son síntomas de diversas patologías, sin embargo en algunos casos, como en estos niños, éstos constituyen una enfermedad por sí solos, es importante su conocimiento ya que puede beneficiarse con fármacos o cirugía.

CCN - 11

NEUROCYSTICERCOSIS SUBARACNOIDEA Y ESPINAL INTRAMEDULAR

Avendaño, L.; Avendaño, M.; Lira, L.; De la Fuente, F.

Neurología Infantil, Hospital de Carabineros

Objetivo: Presentar una preescolar con Neurocisticercosis, de localización infrecuente.

Material y método: Revisión de la ficha clínica.

Resultados: Preescolar de 4 años y 7 meses de edad, sana, consulta, por dolor abdominal, ptosis palpebral izquierda, mialgias, paresia braquial derecha, crisis versiva a derecha, más compromiso cualitativo de conciencia. TAC Cerebral: dilatación ventricular + aracnoidocele temporal derecho. EEG y PL: normales. Traslado a HOSCAR. RNM Cerebral y columna cervical: hipercaptación meníngea + lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 en C2 - C3. ¿Ependimoma?. Evolución neurológica tórpida. Se realiza derivación ventrículo peritoneal. Biopsia meníngea: infiltración

mononuclear. LCR células neoplásicas: negativo. ELISA para cisticercos: sérica Ig G: + >1/100, LCR (-). Tratamiento con Albendazol. Estudio de familiares: (-). RNM: Siembra subaracnoidea. Segundo esquema Albendazol.

Discusión y Conclusiones: La Neurocisticercosis es una patología endémica en América Central y del Sur, debido a su mecanismo de infección y su evolución hacia la cronicidad, es más frecuente en adultos, resultando ser un diagnóstico de descarte en niños, debe sospecharse en pacientes rurales. Es necesario seguimiento crónico

CCN - 12

ACCIDENTES VASCULARES INFANTILES Y SÍNDROME NEFROTICO.

Hernández, M.; Beltrán, D.; Mesa, T.; Cavagnaro, F.

Depto de Pediatría. Sección Neurología y Nefrología Infantil. Pontificia Universidad Católica de Chile.

La asociación entre accidentes vasculares cerebrales (AVE) y estados de hipercoagulabilidad es bien reconocida. El síndrome nefrótico es un estado de hipercoagulabilidad caracterizado por un desbalance entre factores procoagulantes y anticoagulantes naturales. La incidencia de complicaciones tromboembólicas va desde 1,8 a 5,3.

Objetivo: Presentar 3 pacientes con síndrome nefrótico asociado a infartos cerebrales (2 venosos, 1 arterial). Pacientes: Se describen 3 pacientes, 2 preescolares (4 años) y una adolescente con síndrome nefrótico 2 corticorresistente y 1 corticosensible que debutan con AVE Isquémico.

Resultados: La presentación clínica fue: a)compromiso de conciencia y convulsiones en 2 casos, y b)cefalea, vómitos y compromiso de pares craneanos en 1 caso. La clasificación del AVE fue 1) Arterial, múltiple: 1 paciente 2) trombosis venosa: 2 pacientes. Entre exámenes destaca hipoalbuminemia < 2mg/dl, hipercolesterolemia > 340mg/dl y Antitrombina III disminuido en dos casos. El tratamiento fue descompresión quirúrgica en un caso y heparina de bajo peso molecular en dos. El paciente con

trombosis arterial queda gravemente secueado. Los pacientes con trombosis venosa se recuperaron satisfactoriamente.

Conclusión: Nuestros casos demuestran que el estado de hipercoagulabilidad asociado al síndrome nefrótico puede llevar a trombosis cerebral arterial y/o venosa. La presencia de proteinuria con hipoalbuminemia menor a 2mg/dl, asociado a otros factores como hiperlipidemia, hipovolemia y tratamiento esteroidal serían factores de riesgo adicional sugiriendo que las drogas anticoagulantes deben considerarse para prevenir o reducir el riesgo de nuevos eventos trombóticos en pacientes nefróticos

CCN - 13

ASTROCITOMA PILOCITICO: PRONOSTICO NEUROLOGICO ASOCIADO A LOCALIZACION

Aldana, P.; León, P.; López, C.; Rizzardini, C.; Otaiza, F.; Cáceres, A.

Hospital Roberto del Río

Objetivo: Describir retrospectiva y prospectivamente, la evolución de 3 pacientes con Astrocitoma Pilocítico (AP).

Personas y Método: Pacientes de sexo femenino, con AP en localizaciones diferentes, sometidas a cirugía resectiva, en Hospital Roberto del Río.

Resultados: Niña de 4 años 4 meses, con AP de fosa posterior, con resección total del tumor, comprobado con RNM Cerebral post operatoria, actualmente con ataxia de la marcha; Niña de 1 año 10 meses con AP de Quiasma óptico y vía óptica izquierda, con resección parcial, que evoluciona con un infarto carotídeo izquierdo, con consiguiente Hemiparesia derecha; Síndrome de West y luego Epilepsia Multifocal, se encuentra el protocolo BABY POG, con Retraso del Desarrollo Psicomotor, Hemiparesia derecha, déficit visual; Niña de 4 años 10 meses con AP en región Mesencéfalo Protuberancial izquierda, con resección parcial del tumor, recidiva local, cursando con una Hemiparesia derecha, sin compromiso cognitivo asociado.

Comentario: El seguimiento neurológico de los

pacientes con Astrocitoma Pilocítico, es variable en relación a localización del Tumor, grado de resección y complicaciones neuroquirúrgicas.

CCN - 14

IMAGENOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES CEREBRO VASCULARES EN EL HIV PEDIATRICO.

Bravo, E.; Rivera, R.; Andrade, F; Gálvez, M.; Vizueta, E.; Zapata, C.

Servicio de Neurorradiología Diagnóstico y Terapéutico, Instituto de Neurocirugía, Asenjo. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Las complicaciones cerebro vasculares afectan a cerca de un 3% de la población pediátrica con VIH. Las complicaciones pueden ser tanto isquémicas, hemorrágicas o dilataciones aneurismáticas de los vasos sanguíneos.

Objetivo: Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de una paciente VIH (+) con lesiones isquémicas y dilataciones aneurismáticas de las arterias cerebrales.

Caso Clínico: Niña de 12 años, con contagio vertical del VIH, en estadio C3 y con ambos padres fallecidos por la enfermedad. Con antecedentes de infección por varicela y tuberculosis pulmonar tratada. Debuta en mayo de este año con cuadro de coreo atetosis del hemicuerpo derecho. TAC con y sin contraste evidencia una dilatación del polígono de Willis así como también una lesión hipodensa del cerebelo derecho. La angioTC muestra múltiples dilataciones de las arterias carótidas internas, con aneurismas fusiformes y saculares de ambos sifones carotídeos, de la arteria cerebral anterior, comunicante posterior y de la cerebral media. La RM evidencia un infarto cerebeloso derecho, así como también una lesión isquémica de la cabeza del núcleo caudado y de la corona radiada izquierda.

Conclusiones: Las combinación de lesiones aneurismáticas e isquémicas en niños con HIV es rara. La probable etiología de estos aneurismas es la arteritis producida ya sea por el VIH o por otros agentes como el Virus Varicela. Las lesiones isquémicas podrían estar

dadas por microémbolos desde las dilataciones aneurismáticas o por arteritis de pequeños vasos.

CCN - 15

PRESENTACION IMAGENOLOGICA DE 2 CASOS DE SINTELENCEFALIA. UNA VARIANTE INFRECUENTE DE HOLOPROSENCEFALIA.

Bravo, E.; Sordo, J. G.; Rivera, R.

Servicio de Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica, Instituto de Neurocirugía, Asenjo.

Introducción: La holoprosencefalia es una patología congénita del desarrollo encefálico en donde existe una alteración en la formación del prosencéfalo lo que lleva a una fusión de los hemisferios cerebrales principalmente el diencéfalo y las regiones frontobasales. Una rara forma de presentación la constituye la sintelencefalia u holoprosencefalia medial donde la fusión solo ocurre a nivel frontal posterior y parietal.

Objetivo: Presentar 2 casos de sintelencefalia en pacientes pediátricos.

Caso Clínico 1: Paciente de sexo femenino de 13 años, con cuadro de retardo mental y microcefalia. Se realiza Tomografía Computada que evidencia una fusión medial de los hemisferios cerebrales y ausencia del septum pellucidum.

Caso Clínico 2: Paciente de sexo masculino de 1 año de edad, con historia de retardo del desarrollo sicomotor y síndrome piramidal. Se realiza Resonancia Magnética que evidencia una alteración del desarrollo del cuerpo caloso en su porción media con la rodilla y esplenio conservado. En la línea media existe una fusión de ambos hemisferios a nivel frontal posterior y parietal con ausencia del septum pellucidum.

Conclusiones: La holoprosencefalia medial es una rara variante de las alteraciones en el desarrollo del prosencéfalo. La RM es una herramienta útil que permite definir con mayor claridad esta patología.

CCN - 16

PROCESO PARACONDILAR COMO CAUSA

DE CERVICALGIA Y LIMITACION DE LA ROTACION EN UN LACTANTE. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFIA COMPUTADA CON RECONSTRUCCION 3D.

*Bravo, E.; Rivera, R.; Peldoza, M.
Servicio de Neurorradiología Diagnóstico y Terapéutico, Instituto de Neurocirugía, Asenjo.*

Introducción: El proceso paracondilar (PPC) se considera como una variante incidental en la conformación de la unión craneovertebral. Existen escasos reportes en la literatura y su incidencia radiológica se ha estimado en un 0,125%. La Tomografía Computada con reconstrucción 3D (TC 3D) posibilita una adecuada visualización de la unión cráneo cervical y permite la desproyección de las estructuras óseas.

Paciente y métodos: Lactante menor de 4 meses de edad que presenta irritabilidad frente a la manipulación cervical y el decúbito. La evaluación médica no reporta déficit neurológicos focales y se completa el estudio de neuroimágenes con Rx de columna cervical y TC de unión craneovertebral bajo sedación, con un equipo multislice con reconstrucción 3D.

Resultados: Se diagnostica un proceso óseo de base ancha y 5mm de largo que se localiza lateral al cóndilo occipital derecho y se proyecta en dirección caudal hacia el atlas sin llegar a contactarlo. Existe una discreta deformación del arco posterior del atlas en relación con el espolón óseo. El resto de las vértebras cervicales son de aspecto normal. El estudio intracerebral es normal. Las radiografías occipito cervicales no evidencian con claridad esta anomalía ósea. El niño evoluciona favorablemente con manejo médico, haciéndose asintomático al mes de tratamiento.

Conclusión: El PPC es una rara anomalía de la unión cráneo cervical. Puede presentarse con cervicalgia y limitación de la movilidad cervical. La TC con reconstrucción 3D es el método diagnóstico de elección de esta variante.

CCN - 17

DERIVATIVA VENTRICULO SUBGALEAL. ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA POST HEMORRAGICA DEL

RECIENTE NACIDO.

Arriaza, M.; Pérez, C.; Vascones, J.; Margarit, C.

Servicio de Neonatología. Unidad de Neurología Infantil. Unidad de Neurocirugía Infantil. Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: La hidrocefalia es una complicación relativamente frecuente en el recién nacido de pretérmino que presenta una hemorragia intraventricular (HIV), alrededor de un tercio de las dilataciones ventriculares requieren de la utilización de un shunt; la alternativa más utilizada es la derivación ventrículo peritoneal (DVP), pero en algunos casos debido a patología abdominal (Enterocolitis necrotizante, malformaciones abdominales) no es posible su realización, en estos casos emerge una "nueva", pero "antigua" técnica, la derivación ventrículo-subgaleal (DVSG), que consiste en comunicar el sistema ventricular, a través de un catéter, con un "bolsillo" creado en la zona subgaleal, en donde se reabsorbe el Líquido Cefalorraquídeo.

Objetivo, material y métodos: Describir y difundir la experiencia de nuestro Hospital en el uso de DVSG como alternativa útil en la hidrocefalia posthemorrágica del prematuro. Se describen 2 casos clínicos.

Caso 1: RNpret 29 semanas AEG, PN: 1420 grs, al segundo día de vida presenta HIV g III derecha y g IV izquierda, a los 18 días de vida, enterocolitis con perforación intestinal, requiere resección intestinal e ileostomía. Hidrocefalia rápidamente progresiva, a pesar de punciones ventriculares; se realiza DVSG al 11/2 mes de vida, manteniéndose funcional por 55 días, posteriormente presenta una ventriculitis, recibe tratamiento intratecal por 21 días con derivativa externa, realizándose luego una segunda DVSG, en espera de una DVP definitiva.

Caso 2: RN pret 26 semanas AEG, PN: 900 grs. Presenta HIV g IV, con hidrocefalia post hemorrágica, progresiva, se realiza DVSG a los 45 días de vida, estabilizándose la dilatación ventricular, retiro de la DVSG luego de 49 días por sospecha de disfunción (desaparición del bolsillo subgaleal), evoluciona sin progresión de la hidrocefalia, no requiere un nuevo shunt

posteriormente.

Discusión: La DVSG es un procedimiento sencillo, efectivo y relativamente seguro como tratamiento temporal de la hidrocefalia. Evita las punciones frecuentes y derivativas externas en pacientes inestables o en quienes no se puede utilizar la cavidad abdominal. La experiencia en estos dos casos fue satisfactoria por cuanto fue posible controlar la hidrocefalia en pacientes en quienes una derivativa DVP no era factible realizar. Las complicaciones reportadas por la literatura son escasas.

TRABAJOS DE PSIQUIATRIA

COMUNICACION ORAL

COP - 1

PREVENCION EFECTIVA DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESCOLARES

George, M.; Guzmán, M. P.; Hartley M.; Squicciarini, A. M.

Unidad Salud del Estudiante, Junaeb.

Objetivos: Evaluación impacto “talleres preventivos” del programa HPV, en escolares de 1° ciclo básico, según variación de riesgo psicosocial, entre cohortes de 1° y de 3° .

Material y método: Detección riesgo (TOCARR), en 1° básico, escuelas con HPV; los niños que presentan perfiles de riesgo asisten a Talleres preventivos en 2° básico; re-aplicación 3° básico. Análisis del riesgo (variable dependiente) de escolares pareados entre 1° y 3°, según factores y perfiles de riesgo, y asistencia a taller preventivo (variable independiente).

Resultados: Hay diferencias significativas en disminución del riesgo, para niños/as, por factores y perfiles de riesgo, atribuibles a asistencia a talleres preventivos. Escolares sin taller preventivo presentan cambios negativos en factores de riesgo.

Discusión: Impacto de intervención preventiva focalizada en incidencia trastornos de salud mental

Conclusiones: Asistencia a talleres preventivos disminuye el riesgo en Logros Cognitivos,

Atención-Concentración, en ambos sexos. En varones, además, disminuye significativamente el de conductas agresivas e inmadurez emocional. El 65% de niños con Perfil riesgo que asisten a taller, no presentan estos perfiles en el 3° básico.

COP - 2

VIDEO JUEGOS, RESULTADOS PRELIMINARES DEL IMPACTO EN ESCOLARES DE LA REGION METROPOLITANA

Arab, E.; Sommer K., Herskovic, V.; Sandoval, C.; Poblete, C.; Pereira, A.; Sommer, S.; Halpern, M.

Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Los video juegos están masivamente distribuidos en el mundo. Estudios muestran alteraciones a nivel fisiológico y conductual a corto plazo en los usuarios, evidenciándose mayor influencia a menor edad. Postulan que tienen la capacidad de inducir a corto plazo, comportamientos violentos y prosociales en los niños. El pronóstico a largo plazo es incierto, no se ha asociado a dimensiones de personalidad.

Autores sugieren que entre un 10-15% de los jugadores desarrollan conductas adictivas similares a la dependencia a sustancias, presentando fenómenos de abstinencia, tolerancia, sensación de pérdida del control, serias alteraciones sociales y familiares.

Se realizó un estudio descriptivo, de los resultados obtenidos de una encuesta diseñada para ser autoaplicada en una muestra de escolares de quinto básico y primero medio en colegios de la región metropolitana.

Se tomaron los criterios de Tejeiro para pesquisar adicción a video juegos.

El objetivo es describir la situación en población escolar en la Región Metropolitana, analizar algunas variables individuales, familiares y determinar el impacto que produce en ellos el uso de videojuegos tanto a nivel individual, familiar, escolar y social, además de evaluar la existencia de factores de riesgo y protectores para el desarrollo de conductas adictivas a video

juegos. Los resultados se presentan en este trabajo.

COP - 3

SALUD MENTAL DE HIJOS DE MADRES DEPRIMIDAS CONSULTANTES

Larraguibel, M.; Fritsch, R.; Montt, M. E., Rojas, G., Konow, C., Fuentes, M., Barrientos, X.
Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.
FONDECYT: 1040432

Introducción: Los problemas de salud mental, en particular los trastornos depresivos, son un gran problema de salud pública por su alta prevalencia y el grado de discapacidad que producen. Estos afectan principalmente a la mujer en edad fértil, etapa más sensible de la crianza de los hijos.

Objetivo: Describir la salud mental de los hijos, medida a través de escalas, de madres deprimidas que han consultado en la atención primaria. Los resultados aquí presentados son parte del diagnóstico basal de un ensayo clínico randomizado de farmacoterapia monitorizada de la depresión.

Metodología: El estudio se llevó a cabo en tres consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana. Se seleccionaron mujeres consultantes a quienes se les aplicó diagnóstico basal para depresión. Se censaron los hijos de cada mujer que vivían con ella, entre 8 a 17 años y que no presenten autismo, trastornos del desarrollo, trastornos psicóticos o retardo mental. Se procedió a elegir a un hijo por cada paciente reclutada utilizando un método aleatorio, de tal forma que cada hijo tenga la misma probabilidad de ser incluido en el estudio. A los niños se les aplicó los siguientes instrumentos: set de preguntas sociodemográficas, SNAP IV que mide Inatención, Hiperkinesia/Impulsividad, Oposicionismo/Desafío, CDI que mide síntomas depresivos y AAA que mide síntomas ansiosos. Las bases de datos fueron seleccionadas en el paquete estadístico SPSS 11.0 (14), para luego realizar el análisis en el programa.

Resultados: 173 niños y sus madres fueron entrevistados (52% hombres, 48% mujeres). El promedio de edad fue de 10.7 años (DS 0.22).

El 15,6% (n=27) de la muestra está sobre el punto de corte del CDI. Estos niños presentan significativamente mayores puntajes en el AAA que los niños bajo el punto de corte (p 0.18). El 12,4% de la muestra presentó puntajes significativos de Inatención y presentaron mayor riesgo significativo (p 0.023) de estar sobre el punto de corte del CDI que los niños sin Inatención (33.3% versus 12,8%). En cambio esta diferencia no se observa en los niños con Hiperkinesia/Impulsividad (20.5% versus 14.1%). El 25,6% (n=44) de la muestra presentó puntajes significativos en la variable Hiperkinesia/Impulsividad y el 11.1% (n=19) de la muestra presentó puntajes significativos en Oposicionismo/Desafío. Al dividir la muestra por sexo se mantienen los resultados descritos.

Discusión: Se observa una asociación estadística entre los síntomas depresivos medidos por el CDI y los síntomas ansiosos medidos por el AAA y la Inatención medida por el SNAP IV. No se observan mayores diferencias por sexo.

PRESENTACION POSTER

PP - 1

INQUIETUDES MAS FRECUENTES EN SEXUALIDAD EN JOVENES DE 12 A 15 AÑOS.

García, M. I.; Fernández, C.; Fernández, M. A.; Recabarren, M. T.; Armijo, I.
ONG COES (Centro de Orientación para la Educación de la Sexualidad).

Introducción: En cada etapa del desarrollo psicosexual surgen inquietudes necesarias de conocer y actualizar para abordar problemáticas específicas e implementar programas educativos en sexualidad, con un sentido de prevención.

Objetivo: Conocer las principales inquietudes en sexualidad en alumnos desde 7° básico a 1° medio y establecer posibles diferencias de intereses por sexo y curso.

Metodología: La muestra corresponde a 654 alumnos, de ambos sexos, entre 12 y 15 años, que cursan desde 7° básico a 1° medio, en colegios particulares de Santiago. Se analizaron preguntas anónimas sobre sexualidad,

realizadas por los jóvenes, agrupándolas por inquietud. Se compararon los resultados por curso y sexo.

Resultados: De los 31 temas seleccionados, "pololeo" y "relaciones sexuales" alcanzan mayor interés en ambos sexos, mostrando aumento progresivo por edad. En hombres, "masturbación" es el tema de mayor inquietud, seguido por "pololeo", "relaciones sexuales" e "identidad sexual". En mujeres, "ciclo menstrual" es el tema de mayor interés, seguido por "pololeo", "relaciones sexuales", y "prevención de embarazo".

Conclusiones: Se aprecian intereses comunes para ambos sexos en los diferentes cursos e inquietudes diferenciadas por sexo y edad. La información obtenida unida al conocimiento clínico sobre el desarrollo puberal y adolescente, permitirá al especialista realizar intervenciones acordes a la edad, sexo y realidad actual que viven los jóvenes, así como prevenir problemáticas de salud mental asociadas.

PP - 2

"PROGRAMA MENTES UNICAS", TERAPIA FAMILIAR GRUPAL QUE AYUDA A MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, LOS SINTOMAS CENTRALES Y ASOCIADOS DEL TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL CON/SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Gaete, J., Bertuzzi, M., Castro, L., Chirinos, R., Hidalgo, N., Restrepo, V., Béjares, M., Ruiz, Cecilia

Universidad de los Andes, Escuela de Psicología. Servicio de Neurología Infantil / Hospital San Borja Arriarán. Instituto de Terapia Familiar. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Objetivo: Determinar la eficacia de un de tratamiento combinado (TCom), en comparación con el tratamiento usual (TU), en el manejo de niños TDAH.

Metodología: Ensayo clínico controlado de 8 semanas. Nueve niños y sus familias fueron asignados a cada grupo: Grupo Control (GC) recibieron TU, (principalmente farmacoterapia);

y Grupo Activo (GA) recibieron TCom (farmacoterapia e intervención familiar grupal basada en el "Programa Mentes Únicas"). Evaluación de síntomas centrales y asociados del TDAH y funcionamiento familiar, antes y después de la intervención. Análisis estadístico: se usaron la prueba de Wilcoxon (muestras relacionadas), y la prueba de Mann-Wjtney (muestras independientes) en SPSS versión 12.0.

Resultados: GA y GC comparables al inicio del ensayo clínico. GA mejoró significativamente en hiperactividad-impulsividad, síntomas ansiosos y funcionamiento familiar. GC, sin cambios en síntomas centrales, deterioro en contacto y ajuste social y deterioro de funcionamiento familiar.

Conclusiones: TCom es más eficaz que TU en la mejoría de los síntomas centrales y asociados del TDAH, y del funcionamiento familiar. El "Programa Mentes Únicas", proporciona un mejor pronóstico para niños con TDAH.

PP - 3

CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES INFANTOJUVENILES EN HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA.

Pacheco, B.; Lizana, P.; Pereira, J.; Celía, I. Unidad Psiquiatría Niño y Adolescente. Pontificia Universidad Católica.

Objetivos: Caracterizar clínica y demográficamente a pacientes menores de 18 años hospitalizados período junio 2001 mayo 2004 Servicio Psiquiatría.

Material métodos: Revisión fichas clínicas. Muestra: 127 pacientes, registrándose variables sociodemográficas, motivo internación, diagnósticos egreso, características familiares, hospitalizaciones previas, tiempo estadía.

Resultados: Motivos internación: Intento/ideación suicida: 54,3%, Agitación/impulsividad: 26 %, Síntomas ansioso/depresivos 17.3%.¹ Diagnósticos egreso: Intento suicidio: 36.2%, Depresión Mayor 45.7% y T. Bipolar 25.2%.² Promedio edad pacientes: 15,18 años (DE = 1,659). Rango: 9 a 17 años. Moda: 17 años.

Género: 58.3% femenino y 41.7% masculino. Hospitalizaciones previas: 72,4% no presenta. Estadía: rango hospitalización 1-40 días, promedio: 11,78 (DE = 8,137). Moda: 7 días. Consulta psiquiátrica previa internación: 78% presenta consulta. (63,8 % en mes previo). Tipo familia: 80,3% familia nuclear, 7,9% familia extendida, 9,4% reconstituida. 69.3% biparental. 45.7% disfuncional.

Conclusiones: La internación de menores 18 años surge en un contexto de riesgo vital y sufrimiento emocional para el paciente y se presenta más en adolescentes mujeres. El intento suicida y los trastornos afectivos son los principales diagnósticos.

PP - 4

EXPERIENCIA PILOTO EN FORMACION DE POSTGRADO: TALLER DE EMPATIA

Herskovic, V.; Poblete, C.; Matamala, M.; Almonte, C.

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

Introducción: Empatía se define como la capacidad de identificarse con y entender la situación, emociones, sentimientos y motivos del otro. Hay 5 niveles de empatía según lo descrito por Carkhuff. Durante la formación de pre y postgrado no existe una instancia formal para adiestrarse en el empleo de la empatía, siendo conocida la necesidad de desarrollarla en profesionales que prestan servicios en el área de la salud, particularmente en procesos de psicoterapia.

Objetivos: Conocer el concepto de empatía y su empleo en la práctica clínica; reconocer y mejorar el nivel personal de empatía.

Método: Se realizó taller en una jornada de 2 horas 30 minutos, con participación de un supervisor y 9 asistentes. Consistió en una parte teórica introductoria y una parte práctica a través de técnica grupal (un participante da una consigna, los demás responden por turnos a ésta y luego se evalúa el nivel de empatía alcanzado). Al final del taller, se entregó una evaluación cualitativa de 5 preguntas.

Resultados: Entre lo valorado por los participantes, destaca reconocer importancia y nivel personal de empatía, su aplicación en la vida profesional y personal, entender una teoría y llevarla a la práctica. El método utilizado mejor evaluado fue la técnica grupal. El taller en su totalidad fue evaluado de forma positiva. Se sugirió la realización de la segunda parte de este taller. Los resultados en extenso se presentarán en este trabajo.

PP - 5

TESTIMONIOS SIN VALIDEZ EN PERITAJES DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Inzunza, C.; Concha, M.; Navarro, X.
Servicio Médico Legal.

Objetivos: Describir características del peritaje que orienten a un falso testimonio.

Material y método: Revisión de peritajes realizados durante años 2004-2005 en Servicio Médico Legal de Santiago en base a Análisis de Validez del Testimonio (SVA) que resultan no creíbles respecto de la denuncia. Se realiza análisis estadístico.

Resultados: Se observa mayor frecuencia de sospecha de falso testimonio en sexo femenino, edades extremas (pre-escolares y adolescentes), litigio, familia monoparental, motivación para el falso testimonio, inconsistencia del relato, sugestionabilidad, alteración del sentido de la realidad, inadecuación del afecto. Se analizan factores de acuerdo a su incidencia en relación a muestra.

Discusión: Existen pautas de evaluación que buscan diferenciar denuncias de abusos sexuales en niños y adolescentes, creíbles de las no creíbles. Los elementos discriminadores detectados en la muestra analizada, son concordantes con los descritos en investigaciones realizadas en el extranjero. Se requiere validar esta pauta contrastando la actual muestra con casos creíbles, indicadores psicológicos y su resultado judicial.

Conclusión: Los elementos discriminadores detectados en la muestra, concuerdan con los descritos en la literatura.

PP - 6

INTENTOS DE SUICIDIO COMO MOTIVO DE HOSPITALIZACION EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

Herskovic, V.; Sandoval, C.; Poblete, C.; Arab.; Sommer, K.; Pereira, A.; Ruiz, C.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

En los últimos años se ha observado un alarmante aumento en la tasa de intentos de suicidio en nuestra población infanto-juvenil. Según la literatura, el método más empleado es la ingestión de psicofármacos y como factores de riesgo asociados se citan la presencia de trastornos del ánimo, principalmente depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. También se hace asociación a disfunción familiar: ausencia de clima cálido, dificultades en la comunicación intrafamiliar.

Este trabajo tiene como objetivos determinar los diversos métodos utilizados en los intentos de suicidio en los menores de 20 años que se hospitalizaron por este motivo en la Clínica Psiquiátrica Universitaria entre Mayo de 2003 y Abril de 2005, específicamente, en relación al método de ingestión de fármacos, identificar éstos; describir comorbilidad referida en los diagnósticos de egreso; manejo farmacológico de estos pacientes durante su hospitalización; señalar características de esta población, en relación a funcionamiento escolar, características de la familia, presencia de intento de suicidio previo del paciente y autoagresiones, también se señala motivación que gatilló el intento (conflictos familiares, de pareja, en el colegio u otros), antecedente de consumo de drogas. Entre los resultados destaca que 85 pacientes ingresaron por conducta suicida (25 hombres y 60 mujeres), con una edad promedio de 17,5 años. Existía antecedente de autoagresiones en 51 pacientes; 84% de los intentos de suicidio fueron impulsivos, 75% el método utilizado fue ingesta de psicofármacos.

PP - 7

CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES INFANTO-JUVENILES HOSPITALIZADOS POR INTENTO SUICIDA EN SERVICIO DE PSIQUIATRIA

Pacheco, B.; Lizana, P.; Pereira, J.; Celia, I. Unidad Psiquiatría Niño y Adolescente. Pontificia Universidad Católica.

Objetivos: Conocer características clínicas menores 18 años intentadores suicidas hospitalizados.

Métodos y muestra: Revisión de fichas clínicas menores 18 años (46 pacientes) hospitalizados por intento suicida periodo Julio 2001 Julio 2004 Servicio Psiquiatría Clínica San Carlos Apoquindo.

Resultados: Género: 69.6% mujeres. Edad promedio: 15.3 años (DE 1.55), rango 11-17 años. Comorbilidad asociada: Trastorno Depresivo: 71.4%. Trastorno bipolar: 11.9%. Trastorno de alimentación: 14.3%. Abuso sustancias: 9.5%. Trastorno adaptativo 7.1%. El 26.1% presenta trastorno desarrollo personalidad.

Métodos usados: Ingestión fármacos 79.5% (80.5% psicofármacos), caída libre 9.1%, autolaceración: 4.5%. Otros: 6.8%. Consulta previa intento: 74.4% (55.8% en menos 1 mes). Tratamiento psicofarmacológico y hospitalización psiquiátrica previa: 73.9% y 26.1% respectivamente. Antecedente psiquiátrico familiar directo 57.5%. (12,2% suicidabilidad). Familia: disfuncional: 68,3%. Biparental: 60.9%. El 13.3% pacientes presenta retraso escolar.

Conclusiones: Los intentadores suicidas son mayoritariamente mujeres con consulta psiquiátrica previa. El método mas usado es ingestión de fármacos. La comorbilidad más frecuente es el trastorno depresivo. La disfunción familiar es un factor relevante así como el antecedente familiar de suicidalidad.

PP - 8

ESTUDIO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO DE LA AURICULOTERAPIA COMO TRATAMIENTO COAYUDANTE EN LA DEPRESION MODERADA EN LOS CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNA DE SAN JOAQUIN

Gómez, J.; Salinas, J.; Quintanilla, E.; Maturana, M.; González, C.; Mosca, J.; Monsalves, M.; Gans, K.; Villagrán, V.; Videla, C.

Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil CDT-CHBLT y Consultorios de San Joaquín

Introducción: El presente estudio preliminar está enmarcado en la guía clínica de depresión en la atención primaria, donde se pretende implementar una terapia complementaria para el manejo integral de la depresión moderada.

Objetivo: Medir la efectividad de la auriculoterapia como coterapia para la optimización del manejo de pacientes entre los 15 y 45 años de ambos sexos en la atención primaria en salud, en cuanto a la disminución en el tiempo de remisión de síntomas depresivos, que estén cursando con un cuadro depresivo moderado diagnosticados por médicos del programa de salud mental según criterios CIE-10.

Método: Se realizará un estudio descriptivo prospectivo de casos y controles. Grupo de casos: pacientes con diagnóstico de depresión y manejo con esquema farmacológico habitual de APS más auriculoterapia. Grupo control: pacientes con diagnóstico de depresión y manejo con terapia farmacológica habitual ofrecida APS. El Universo serán los pacientes inscritos en los consultorios de San Joaquín en el programa de salud mental con diagnóstico de depresión moderada, primer episodio, durante segundo semestre del 2005. La muestra se obtendrá de los pacientes que consulten espontáneamente al programa, 50 casos (25 casos y 25 controles), asignados aleatoriamente.

Resultados: Serán entregados parcialmente en los meses de Septiembre y Octubre. Los resultados finales del estudio se presentarán en el Congreso de Valdivia el 11 de Noviembre del 2005.

PP - 9

PSIQUIATRIA DE ENLACE INFANTO-JUVENIL EN HOSPITAL CLINICO: MUESTRA CONSULTANTE EN 3 MESES.

Inzunza, C.; Riquelme, J.; Fuentes, J. P.; Gaete, A.

Unidad de Psiquiatría Enlace, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Analizar derivación de pacientes a

Psiquiatría de Enlace Infanto-juvenil en Hospital clínico durante tres meses.

Método y material: se obtuvo datos de fichas de 17 pacientes evaluados desde Junio hasta Agosto del 2005. Se clasifican según sexo, edad, motivo de derivación, servicio.

Resultados: 35.3% de pacientes fue evaluado anteriormente por especialista. 23.5% presentaba antecedentes psiquiátricos familiares. Solicitan más interconsultas los servicios de Pediatría (35.3%), UCI pediátrica (23.5%). Motivos de derivación más frecuente son: diagnóstico y manejo de sintomatología secundaria a enfermedad médica (41.2%), y de conducta suicida (29.4%). Diagnósticos se clasifican según DSM IV; son más diagnosticados: intento suicida (29.4%), trastorno depresivo mayor (17.6%) y trastorno adaptativo con síntomas depresivos (17.6%).

Discusión: la psiquiatría de enlace infanto-juvenil favorece la disminución de la morbilidad general y tiempo de estadía en pacientes hospitalizados.

Conclusiones: La psiquiatría infanto-juvenil de enlace es requerida en apoyo a diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos hospitalizados en hospital clínico evaluado.

PP - 10

VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DEFICIT ATENCIONAL EN UNA POBLACION CONSULTANTE DE NIÑOS CON SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL Y OTRAS CO-MORBILIDADES.

Sciolla, C.

Consultorio Adosado de Psiquiatría, Aconcagua, V Región.

En orden a examinar los mecanismos que median la atención selectiva en el SDA, se compara el desempeño de niños con la condición clínica y controles no clínicos en una tarea de "búsqueda" visual (Oral Trail de Manuel Sedó) en tres condiciones:

Condición base: estímulo "target" con el factor "discriminante" concordante.

Fase 1a, sólo el discriminante.

Fase 1b, sólo el estímulo "target".

En la Fase 2, el “discriminante” no es concordante.

Fase 3 es alternancia regla (o “target” o “discriminante”).

Además se comparan con el desempeño en Trail Making Formas A y B, y reportes del docente y apoderado. La hipótesis de trabajo es que en el grupo con Déficit Atencional la diferencia entre la condición base y las Fases 2 y 3 es mayor que la población control. Se comprueban diferencias en tiempo de respuesta, tasa de errores, uso de estrategias, factor de interferencia o de “Stroop”, entre población clínica y no clínica. Se analizan implicancias teóricas según los modelos de Barkley y Sonuga-Barke: disminución actividad frontal o del sistema de inhibición, regulación con descuento aumentado del sistema de refuerzo.

Se presenta un plan piloto de apoyo neurocognitivo (uso de herramientas diagnósticas y tareas de recuperación usando ordenador, coordinación con el establecimiento escolar, monitoreo de tareas lúdico-pedagógicas en el hogar, etc.). Se pretende mantener un seguimiento de estos casos, respecto de comprobar efectos futuros en la aparición de psicopatología secundaria: problemas de relaciones o hábitos, inserción social, etc. Se discuten implicancias del diagnóstico, como la detección de subtipos, y del pronóstico (mejora progresiva de desempeño escolar y social, efecto en autoestima, disminución de comorbilidades, etc.)

PP - 11

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA, ANALISIS PRELIMINAR

Sommer, K.; Arab, E.; Herskovic V.; Poblete, C.; Sandoval, C.; Pereira, A.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Los trastornos de la personalidad (TDP) en la edad evolutiva se refiere a grupo de rasgos que no funcionan de manera adaptativa en relación a la etapa del desarrollo, repercutiendo en la relación del individuo consigo mismo y con los demás. Las categorías de los TDP pueden ser

aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en que los rasgos de personalidad desadaptativos del individuo parezcan ser tendientes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del eje I.

Las variaciones en la prevalencia depende de los instrumentos utilizados para definir el diagnóstico. Existe dificultad para establecer continuos hacia la adultez y el concepto de personalidad del adulto se contraponen con el dinamismo y fluidez del proceso en niños.

El objetivo de este trabajo es describir lo que sucede con el diagnóstico de TDP en la población adolescente hospitalizada en Clínica Psiquiátrica Universitaria entre Mayo de 2003 y Abril de 2005., describir los subtipos, comorbilidades, motivos de hospitalización, distribución por sexo, uso de psicofármacos, intentos suicida, algunos aspectos familiares que pudiesen estar asociados en esos cuadros.

Se evaluaron 167 fichas clínicas correspondientes al 97,6% de los egresos, 118 pacientes presentan el diagnóstico de TDP, 55% corresponde a TDP límite, 12% a TDP sin especificación y un 7.5% a TDP antisocial. 81 % presentó comorbilidad en el eje 1.

Existe un número importante de adolescentes que son diagnosticados con TDP en la población hospitalizada en la CPU, es fundamental un seguimiento a largo plazo de estos pacientes y queda en evidencia la necesidad de incorporar el concepto de Trastornos de personalidad en adolescentes en las clasificaciones internacionales para poder planificar mejores estrategias de intervención para este grupo etéreo.

PP - 12

TALLER PILOTO: GRUPO DE APOYO Y EXPRESION EMOCIONAL PARA MAMAS DE NIÑOS ONCOLOGICOS

Poblete, C.; Herskovic, V.; García, R.

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

Introducción: La presencia de un hijo con el cáncer, lo que requiere un período largo de tratamiento, con la posibilidad de una evolución desfavorable, mantiene a toda la familia en condiciones emocionales adversas, “viviendo el día”.

Objetivos: Favorecer factores protectores y resiliencia a las madres mediante la promoción de un estilo de vida personal y familiar más satisfactorio a través de: autovaloración, capacidad para resolver conflictos, para acceder a redes de apoyo, experiencia grupal, capacidad de anticipar y de recibir y dar afecto.

Método: Se realizó un taller piloto con la Unidad de Hemato-Oncología del Hospital Roberto del Río, dirigido por 2 monitoras, consistente en 8 sesiones grupales semanales con un grupo de 4 madres, elegidas entre aquellas que tenían un hijo en control en oncología, excluyendo a aquellas en etapa de diagnóstico de la enfermedad. Cada sesión fue preparada en base al Manual de Trastornos Emocionales del Ministerio de Salud 1993, modificado. Entre los métodos utilizados destacan técnicas corporales, relajación, imaginación, escucha empática activa, ensayos conductuales, escenificación de campo, cogniciones o pensamientos liberadores. Al final del taller se entregó una evaluación cualitativa de 8 preguntas.

Resultados: Entre lo valorado por las participantes destaca: posibilidad de salir de la rutina y sentir apoyo, aprender a pedir ayuda y compartir experiencias personales en grupo; aprendizaje de la escucha y tolerancia. Fueron evaluados como métodos especialmente positivos el desahogo y las dinámicas grupales, como también el acompañamiento de las monitoras. Se sugiere realizar estos talleres con un mayor número de participantes como parte del tratamiento integral del niño y su familia.

PP - 13

TRABAJO INTERSECTORIAL EN SALUD MENTAL INFANTIL EN LA COMUNA DE VALLENAR: UNA ALIANZA CON BUENOS FRUTOS

Briceño, A.; Águila, Y.; Gallegos, M.; Campos, G.; Lobos, V.; Fernández, M.; Aránguiz, J.;

Carrasco, R.

Unidad de Salud Mental Hospital de Vallenar - I. Municipalidad de Vallenar, Vallenar, Chile

Objetivo: Describir la labor de tres años de trabajo conjunto entre Psiquiatra Infantil y Unidad de Salud Mental del Hospital de Vallenar, Dirección de Atención Primaria de Salud y Dirección de Educación Municipal.

Método: Descriptivo.

Resultados: 1. Se describen Consultorías en Atención Primaria, como instancia de capacitación de los equipos de Salud Mental de los Consultorios, lo que incide en una mayor resolutivez de éstos y mayor pertinencia de derivaciones a especialidad.

2. Se describe Proyecto Piloto de Salud Mental Escolar, consistente en Taller de Capacitación a Docentes, con el tema “Manejo de Problemas Conductuales en el Aula” (2004).

3. Organización de tres Seminarios de Salud Mental Escolar y Manejo de Problemas conductuales en el Aula.

4. Se describe participación de Psiquiatra Infantil en Proyecto de Integración a la diversidad comunal, lo que ha permitido adjuntar pacientes con Trastornos Emocionales severos a este proyecto; se ha logrado contar con seguimiento en la escuela en caso de deserción a tratamientos y se obtuvo recursos para brindar en su colegio apoyo de psicólogo, asistente social y psicopedagogo, tanto a los pacientes como a sus profesores.

PP - 14

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Sandoval, C.; Poblete, C.; Herskovic, V.; Arab, E.; Sommer, K.; Abufhele, M.; Pereira, A. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile

El consumo de drogas constituye un grave problema social, encontrándose un aumento de su frecuencia en los últimos años. El Plan nacional de Prevención y Control de drogas hace mención a que el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, su producción, tráfico y distribución, son materias

de preocupación del Gobierno de Chile, por constituir una seria amenaza para la salud y bienestar de las personas y un daño a las bases culturales, económicas y políticas de la sociedad.

En este estudio, se revisaron los egresos hospitalarios de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre Mayo de 2003 y Abril de 2005 de pacientes menores de 20 años cuyo motivo de hospitalización fue dependencia a sustancias psicoactivas, ya sea alcohol y/o psicofármacos y/o drogas ilegales. El objetivo es describir algunas características de la población adolescente hospitalizada por esta causa en la CPU. Como resultados preliminares, se señala que un 10,8% del total de egresos en menores de 20 años se debió a este motivo (18 casos), con una edad promedio de 16,9 años, la estadía promedio de estos pacientes fue de 29,8 días, el promedio de fármacos indicados al alta fue de 2,56 por paciente (número mayor al usado en los pacientes hospitalizados por otros motivos), como comorbilidad se asocia Trastorno del desarrollo de Personalidad en 83,3% de los casos. Se encontró que un 38,9% de los pacientes presentaba el antecedente de repitencia y se describieron características de la familia (66,7% familia nuclear completa).

PP - 15

SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y NIVEL DE DESARROLLO FUNCIONAL EN LACTANTES HIJOS DE MADRES CON DEPRESION POSTPARTO.

Montt, M. E.; Fritsch, R.; González, J.; Rojas, G.

Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile.

Objetivo: Determinar la presencia de síntomas psiquiátricos y el nivel de desarrollo funcional en lactantes hijos de madres con depresión post-parto.

Metodología: Los lactantes fueron evaluados con el cuestionario de síntomas para niños de 7 a 30 meses de Gangi y un cuestionario de la curva de crecimiento: desarrollo funcional de Greenspan. Esta evaluación se realizó un año después del diagnóstico de depresión postparto

de la madre.

Resultados: Se encontró que el 93.7% (IC95%:68-8 y 99.8) de los lactantes presentó síntomas psiquiátricos. El nivel de desarrollo funcional fue normal.

Conclusiones: Los lactantes hijos de madres con depresión postparto tienen alto riesgo en su salud mental, siendo necesario considerarlos conjuntamente con el tratamiento de la madre.

PP - 16

DEPRESION PRENATAL Y POSTPARTO: ¿SE ASOCIAN A RIESGO RELACIONAL MADRE-BEBE? CONTINUACION RESULTADOS PRELIMINARES

González, L.; Núñez, C.; Oliver, M.; Soto, Y.; Labbé, M.

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

Objetivos: Determinar prevalencia de depresión prenatal (DPR), depresión postparto (DPT) y riesgo relacional madre-bebé (RRMB) y asociación entre si.

Materiales y método: Estudio de cohorte realizado en Consultorio Barros Luco. En primera evaluación aplicamos Escala Edinburgo (EE) a 51 embarazadas de tercer trimestre, segunda evaluación realizada durante el primer mes postparto a 34 días, aplicando EE y Pauta de Evaluación Riesgo Relacional Madre-Recién Nacido. Analizamos datos con SSPS.

Resultados: Prevalencia de DPR, DPT y RRMB fueron 82,35%, 32,4% y 11,8% respectivamente. Observamos asociación estadísticamente significativa entre DPR y DPT 55%($p<0,05$) y entre DPT y RRMB 75% ($p<0,05$). No encontramos asociación entre DPR y RRMB.

Conclusión: Observamos alta prevalencia de depresión durante el tercer trimestre del embarazo disminuyendo en el primer mes postparto, debemos destacar que la DPT se presenta más frecuentemente entre la sexta y doceava semana. Un grupo de mujeres deprimidas en el postparto inicia sintomatología estando embarazadas. El estado emocional

materno durante el postparto repercute en la vinculación con su bebé. Proponemos aplicar la EE en controles prenatales y entre la sexta y doceava semana postparto con el objetivo de prevenir efectos perjudiciales en la salud mental de los niños.

PP - 17

INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN HOSPITAL DE DÍA

Hidalgo, C.; Gaete, A.; Fuentes, J.P.; Fuentes, X.

Unidad de Psiquiatría, Hospital Sótero del Río

Objetivo: Mostrar la experiencia de Hospital de Día con pacientes menores de 18 años con conductas suicidas durante dos años.

Metodología: Se revisaron datos de fichas de todos los pacientes ingresados al Hospital de Día por conductas suicidas en período 2002-2004 (n= 18).

Resultados: 66,6% correspondieron a mujeres y 33,3% a hombres. 33,3% tenía antecedentes de trastorno depresivo, 26,6% trastorno del desarrollo de personalidad, 20% abuso sexual. El 13,3% ingresó por ideación suicida sin intento. La intoxicación por fármacos fue el método más frecuente en ambos sexos (61,5%). Había antecedentes de intento previo en 80%. Los diagnósticos del eje I fueron trastorno depresivo mayor (66,6%), conducta suicida (46,6%) y abuso de sustancias (13,3%). 60% tenía un trastorno del desarrollo de la personalidad. En 40% se encontró disfunción familiar. Todos los pacientes recibieron psicoterapia, terapia ocupacional y psicofármacos. 86,6% completó el tratamiento y asistió a controles. No hubo reintentos durante este período.

Discusión: Detección y tratamiento precoz de factores asociados a conductas suicidas podría disminuir su prevalencia.

Conclusiones: Hay factores asociados a conductas suicidas en adolescentes, en esta serie se asemejan a lo descrito en la literatura.

PP - 18

PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA, RESULTADOS PRELIMINARES

Sommer, K.; Arab, E.; Sandoval, C.; Poblete, C.; Herskovic V.; Pereira, A.

Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Adolescencia y adultez temprana son etapas asociadas a importantes cambios psicológicos, sociales y biológicos, investigaciones señalan que algunos rasgos de personalidad de los pacientes con TCA asociados a factores biológicos y ambientales, pueden otorgar mayor vulnerabilidad al impacto de los cambios corporales y demandas de la sociedad. Según estudios, la edad más frecuente de inicio de los TCA es entre los 15-19 años, la prevalencia de vida para AN en población general femenina es de 0,1-1%, y para Bulimia es de 1-2,8%, presentando relación M:H de 10:1. Se evidencia aumento de prevalencia en los últimos años, iniciándose a edades más tempranas. La mortalidad asociada es mayor que para cualquier otra patología psiquiátrica y frecuentemente es necesario tratamiento de internación.

Los **objetivos** son analizar frecuencia del diagnóstico de TCA en los egresos de pacientes menores de 20 años hospitalizados entre Mayo de 2003 y Abril de 2005, describir características generales, comorbilidad; tratamiento farmacológico, funcionamiento escolar, características familiares, consumo de drogas, intentos de suicidio y autoagresiones.

Resultados: 29 pacientes egresaron con diagnóstico de TCA (1 hombres y 28 mujeres), edad promedio 17,2 años. 31,% Anorexia, 27,5% Bulimia, 10% cuadros mixtos y 31% no especificados. 12 pacientes presentaban antecedentes de autoagresiones y 13 de intentos de suicidios. Los fármacos utilizados al alta fueron antipsicóticos atípicos en 23 casos, los ISRS en 17 casos y Benzodiazepinas en 17 casos; 22 pacientes presentaron comorbilidad con trastornos del desarrollo de la personalidad.

Se concluye que los TCA son un motivo importante de hospitalización en este grupo etáreo en este centro, presentan alta comorbilidad y que son manejados con múltiples fármacos.

PP - 19

CONSULTORIA EN SALUD MENTAL INFANTIL EN LA COMUNA DE LO ESPEJO

González, C.; Aguilar C.; Galeno, R.; Bahamondes, R., Gómez, J.

Servicio de Psiquiatría Infantil, CDT Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La consultoría constituye una instancia de reunión entre los equipos de atención primaria y secundaria, con el objeto de evaluar casos clínicos. De las 11 comunas del SSMS, se eligió Lo Espejo, como un ejemplo representativo de éstas.

Objetivo: Mostrar un modelo de trabajo en Trastornos Hiperquinéticos, en atención primaria.

Materiales y métodos: El equipo consultor acude en forma mensual a los consultorios de Lo Espejo. En ellos, existe un equipo multidisciplinario, que presenta pacientes con sospecha de TDAH. Las especialistas entregan pautas diagnósticas y terapéuticas para la solución de los casos.

Resultados: Durante el período agosto 2004 a agosto 2005, fueron referidos desde Lo Espejo al servicio de Psiquiatría Infantil del CDT del HBLT, 141 pacientes. Los primeros meses, mayoritariamente con TDAH y posteriormente, con otros diagnósticos. En el mismo período, se realizaron consultorías evaluándose 70 casos de TDAH. Sólo un 5,6% fue referido al Servicio de Psiquiatría Infantil.

Discusión: Las consultorías han permitido la capacitación de profesionales de atención primaria y la resolución de casos con TDAH que antes se referían a atención secundaria; en ésta, la lista de espera ha disminuido, recibándose casos de mayor complejidad.

PP - 20

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ESTRUC-

TURA FAMILIAR Y DEL ESTILO VINCULAR EN 18 PACIENTES CON DIAGNOSTICO SINDROMATICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA SEVERO EN UN CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA JOVENES DE SANTIAGO: RENOVAL

Urquiza, M. P.; Martínez, M. P.; Boehme, V.; Alvarez, C.; Barraza, C.; Tobar, A.; Sepúlveda, P.; Aravena, I.; Rodríguez, T.; Durán, E.

Introducción: Uno de los problemas difíciles de abordar en la práctica clínica está en aquellos pacientes que presentan severos trastornos conductuales. La importancia de la familia en el desarrollo de este trastorno, nos impulsó a investigar ciertas características de ella que nos permitiera entender mejor la psicopatología y plantear mejores intervenciones terapéuticas futuras.

Objetivo: Describir las características familiares de 18 adolescentes con diagnóstico sindromático de trastorno de conducta con severa discapacidad procedentes de un nivel socioeconómico medio alto. Los jóvenes asistían a un centro de rehabilitación integral en el sector oriente de Santiago desde Agosto del año 2002 hasta la fecha. Se procede a describir la estructura familiar y el tipo vincular de ellos con sus padres.

Metodología: Se recurre a una plantilla de registro especialmente diseñado, consistente en datos generales, constitución familiar y estilo de relación según los autores Diana Baumrind y Bolby. Para catalogar el tipo de constitución familiar y su funcionalidad, se recurre a los criterios descritos por el SERNAM.

Resultados: En cuanto a la estructura familiar: 12 eran nucleares, 5 monoparentales y una BIS (ambos padres convivían con otra pareja). El estilo de vinculación que se establecía entre los padres y los hijos, era ambivalente en un 100% de los casos, es decir, cargado de hostilidad abierta o encubierta y con mucha dependencia mutua.

Conclusiones: A diferencia de las características descritas en la literatura, encontramos que la mayoría de las familias investigadas tenía una estructura intacta (68%), siendo la

monoparental menos relevante. Esta discrepancia pudiera explicarse por el nivel socioeconómico del que proviene la muestra. Sin embargo, llama la atención las dificultades relacionales entre los pacientes y sus padres, constituyendo un estilo vincular ambivalente, aspecto que influye en la patogénesis del cuadro clínico.

PP - 21

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL ESTILO DE SOCIALIZACION EN 18 PACIENTES CON DIAGNOSTICO SINDROMATICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA SEVERO PERTENECIENTES A UN CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA JOVENES EN SANTIAGO: RENOVAL

Martínez, M. P.; Urquiza, M. P.; Alvarez, C.; Boehme, V.; Barraza, C.; Tobar, A.; Sepúlveda, P.; Aravena, I.; Rodríguez, T.; Durán, E.

Introducción: Uno de los problemas difíciles de abordar en la práctica clínica está en aquellos pacientes que presentan severos trastornos conductuales. La importancia de la socialización en la patogenia del cuadro clínico nos llevó a investigar sus características de manera de comprender más cabalmente la psicopatología y con ello plantear mejores intervenciones profilácticas y terapéuticas futuras.

Objetivo: Describir las características de socialización de 18 adolescentes con diagnóstico sindromático de trastorno de conducta con severa discapacidad procedentes de un nivel socioeconómico medio alto.

Metodología: La muestra se eligió de acuerdo al diagnóstico de ingreso de pacientes asistentes a un centro de rehabilitación integral para jóvenes "RENOVAL" ubicado en el sector oriente de Santiago desde Agosto del 2002 a la fecha. Se recurre a una plantilla de registro especialmente diseñada, consistente en datos generales y estilo de socialización de ambos padres según la autora Diana Baumrind.

Resultados: El estilo de socialización consistía en una alta coherción (88%), una relación poco afectuosa (baja implicación) en el 50%, diferencia de criterios entre los padres en cuanto a castigos, permisos o privilegios elevada

(80%), con frecuente ejercicio de castigo físico (55%) y psicológico (83%); resultando finalmente ser un estilo de socialización coercitivo y permisivo.

Conclusiones: Las técnicas de socialización descritas en nuestros pacientes coincide con la literatura, en términos que se trata de una socialización muy perturbada; donde predomina el ejercicio del control, con hostilización exagerada y frecuente castigo físico, pero que a la larga resulta ser ineficiente y poco protectora. Los padres además tienden a rechazar al hijo asumiendo ambas posiciones polarizadas, donde uno de ellos tiende a la sobreprotección hostil y el otro mantiene una relación más desligada y rechazante.

PP - 22

EFFECTO DE UNA INTERVENCION CONDUCTUAL EN LA AGRESIVIDAD ESCOLAR.

Pérez, Verónica, Fernández, A, Rodríguez, J.; De la Barra, Flora

Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo

Se estudió el efecto de una intervención conductual (Juego del Buen Comportamiento) aplicada en la sala de clases en dos escuelas municipalizadas del sector oriente, orientada a la prevención de conductas disruptivas entre primero y tercero básico. El programa JBC tiene como objetivo a largo plazo la protección y/ o prevención de la ocurrencia de estos problemas. El diseño del estudio es cuasi-experimental longitudinal, lo que permitió evaluar los efectos de la aplicación del programa del Juego del Buen Comportamiento (JBC) en las conductas disruptivas de 45 niños, en comparación con un grupo equivalente que no recibió la intervención (compuesto por 104 escolares). Los resultados indicaron que el JBC se relaciona con una disminución de los problemas de desobediencia y/ o agresión, deficiencia cognitiva e inmadurez emocional en tercero básico. Se discuten algunos desafíos metodológicos del presente estudio y las implicancias de estos resultados para investigaciones futuras, y algunas expectativas de seguimiento de estos resultados en sexto básico.

PP - 23

CEFALEA INFANTIL COMO EXPRESION SOMATICA DE UN CONFLICTO: EVALUACION PROYECTIVA DE NIÑOS DERIVADOS A PSICOLOGIA

Campos, A.; Ferreira, M.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Objetivos: La cefalea infantil es un motivo de consulta prevalente en un Servicio de Neurología. Tras descartar etiología orgánica, son derivados a Psicología para evaluación, por tratarse de una forma de somatización. El presente estudio intenta describir conflictos emocionales, sentimientos predominantes y dinámica interna en niños que presentan esta patología.

Método y material: Se realizó un estudio retrospectivo de 32 niños derivados a Psicología por cefalea. La muestra está constituida por 17 niñas y 15 niños, de edades que fluctúan entre los 7 y los 13 años. A todos ellos se les aplica el Test de Apercepción Temática Infantil (CAT-A o CAT-H) dentro de la batería de examen.

Conclusiones: La mayoría de los casos (78%) presenta otros síntomas somáticos al momento de la evaluación. Una alta proporción de las familias son disfuncionales.

En la evaluación proyectiva se observa que un 85% de los niños se considera insatisfecho afectivamente, manejando una percepción negativa del mundo (87,5%) y de sí mismos (65,6%). Los sentimientos predominantes que aparecen son ansiedad (53%), tristeza (50%), de exclusión (43,7%) y rabia (31%).

En 27 de los 32 casos puede descubrirse un posible agente estresor, ubicado con mayor frecuencia en el ambiente familiar y secundariamente en el escolar.

PP - 24

ANALISIS PSICOPATOLOGICO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA SEVERO PERTENECIENTES A UN CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA JOVENES EN SANTIAGO: RENOVAL

Alvarez, C.; Boehme, V.; Sepúlveda, P.; Tobar,

A.; Barraza, C.; Aravena, I.; Urquiza, M. P.; Martínez, Pilar; Rodríguez, Teresa; Durán, Eduardo.

Centro de rehabilitación Renoval.

Objetivos: Describir las características psicopatológicas de pacientes con diagnóstico de trastorno de conducta en el centro de rehabilitación Renoval.

Metodología: Revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de ingreso de trastorno de conducta entre Agosto del año 2002 y Agosto del 2005. Construcción de una pauta de revisión y luego, análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados.

Resultados: Se constituye una muestra de 18 pacientes con diagnóstico de trastorno de conducta. Un 100% son hombres, 70% tiene una edad de inicio bajo los 12 años. Un 42% presenta como diagnóstico de base un cuadro psicorgánico y un 24% un trastorno del ánimo. Un 38% presenta un trastorno del desarrollo de la personalidad limítrofe, un 38% antisocial y un 24% narcisista.

Discusión: Se plantea que los trastornos de conducta constituyen psicopatológicamente un grupo heterogéneo. La precocidad en la edad de inicio, la distribución de género y el tipo de patología de base permiten hipotetizar la existencia de una alta vulnerabilidad biológica en el desarrollo de los trastornos de conducta de los pacientes del centro.

Conclusiones: El diagnóstico de trastorno de conducta corresponde a una descripción de tipo sindromática que no traduce diagnósticos psicopatológicos. Un análisis acabado de cada cuadro, permite planificar intervenciones terapéuticas específicas y definir un pronóstico diferenciado.

PP - 25

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: GUIA PSICOEDUCATIVA PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Alvarez, C.; Boehme, V.

Introducción: La terapia electroconvulsiva (TEC) es indiscutiblemente, un procedimiento

altamente efectivo en determinadas patologías psiquiátricas severas. Las creencias y prejuicios acerca de la TEC suelen producir angustia y rechazo en el paciente y sus familiares. En la población infantojuvenil este estigma es aún mayor.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es informar, a través de la elaboración de un manual educativo, a pacientes y familiares acerca de las características de este procedimiento.

Metodología: Se realiza una revisión de la literatura relacionada con la TEC, se consideran paralelamente, las preguntas más frecuentes realizadas por pacientes y familiares al momento de ser indicado este procedimiento.

Resultados: A partir esta revisión, se elabora la guía "Terapia electroconvulsiva: guía psicoeducativa para el paciente y su familia".

Discusión: La psicoeducación es una herramienta indispensable en el quehacer profesional, es por ello que no deja de ser llamativa la escasa atención prestada a este aspecto en la literatura.

Conclusión: A través de la guía elaborada, se pretende contribuir a disminuir el temor y la incertidumbre de los padres frente a la indicación de la TEC. Paralelamente, se espera facilitar el ejercicio de los profesionales de la salud mental, enfrentados a pacientes con trastornos psiquiátricos graves.

PP - 26

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS PADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA SEVERO, PERTENECIENTES A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA JOVENES EN SANTIAGO: RENOVAL

Boehme, V.; Urquiza, M. P.; Martínez, P.; Álvarez, C.; Sepúlveda, P.; Tobar, A.; Barraza, C.; Aravena, I.; Rodríguez, T.; Durán, E.
Centro de rehabilitación Renoval.

Objetivo: Describir los diagnósticos psicopatológicos de los padres de pacientes con trastornos de conducta severos pertenecientes

a Renoval.

Metodología: Recopilación de los diagnósticos psicopatológicos de los padres a partir de la revisión de fichas clínicas y entrevista a médicos tratantes de los pacientes con trastorno de conducta.

Resultados: El 100 % de las madres presenta algún tipo de psicopatología. un 28% presenta como diagnóstico único un trastorno de personalidad, un 27% un trastorno de personalidad asociado a trastorno del ánimo, 11% un trastorno ansioso. De los padres un 89% presenta algún diagnóstico psicopatológico. De ellos, un 50% presenta un trastorno de personalidad.

Discusión: La presencia de un alto porcentaje de psicopatología en los padres de pacientes con trastorno de conducta severos traduciría no sólo la existencia de una vulnerabilidad biológica transgeneracional sino que podría además explicar la existencia de severas disfunciones a nivel familiar. Todo lo anterior, favorecería el desarrollo y la mantención de los trastornos conductuales en los hijos.

Conclusión: Parece importante tanto para el pronóstico como para el tratamiento de los niños con trastornos conductuales considerar la patología de los padres. En este contexto, es fundamental constituir un equipo multiprofesional en el que participen activamente los terapeutas de los miembros de la familia.

PP - 27

SINTOMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS DE HIJOS DE MADRES DEPRIMIDAS CONSULTANTES

Larraguibel, M.; Fritsch, R.; Montt, M. E., Rojas, G.; Konow, C.; Fuentes, M.; Barrientos, X.
Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.
FONDECYT: 1040432.

Introducción: Existe un aumento significativo de la incidencia de depresión en la mujer durante los años en edad fértil, disminuyendo después de los 45 años. Los efectos negativos de la depresión de la mujer en el funcionamiento familiar impactan en la etapa más sensible de la crianza de los hijos.

Objetivo: Describir síntomas externalizados e internalizados de los hijos de madres deprimidas que han consultado en la atención primaria. Los resultados aquí presentados son parte del diagnóstico basal de un ensayo clínico randomizado de farmacoterapia monitorizada de la depresión.

Metodología: El estudio se llevó a cabo en tres consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana. Se seleccionaron mujeres consultantes en quienes se les aplicó diagnóstico basal para depresión. Se censaron los hijos de cada mujer que vivían con ella, entre 8 a 17 años y que no presentaran autismo, trastornos del desarrollo, trastornos psicóticos ó retardo mental. Se procedió a elegir a un hijo por cada paciente reclutada utilizando un método aleatorio. A los niños se les aplicaron los siguientes instrumentos: Set de preguntas sociodemográficas, SNAP IV que mide Inatención, Hiperquinesia/Impulsividad y Oposicionismo/desafío, CDI que mide síntomas

depresivos y AAA que mide síntomas ansiosos. Las bases de datos fueron seleccionadas en el paquete estadístico SPSS 11.0. Se sacaron los promedios, desviaciones estándar (DS) e intervalos de confianza de las escalas aplicadas.

Resultados: 173 niños y sus madres fueron entrevistados (52% hombres, 48% mujeres). El promedio de edad fue de 10.7 años (DS 0.22). El puntaje promedio del CDI fue 12.2 (DS 0.50), AAA 29.0 (DS 0.90), Inatención según SNAP IV 1.01 (DS 0.052), Hiperkinesia/Impulsividad según SNAP IV 0.92 (DS 0.053) y Oposicionismo/Desafío según SNAP IV 0.92 (DS 0.05). No hubo diferencias significativas en los puntajes de las escalas al dividir la muestra por sexo, salvo en el puntaje de la escala de AAA que fue mayor para las mujeres (31.3 versus 26.4).

Discusión: Se discute los altos puntajes de la escala AAA encontrados en la muestra estudiada.

INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Autores	Presentación		
A			
Abufhele, M.	PP-14	Castro, L.	PP-2
Águila, Y.	PP-13	Cavagnaro, F.	CCN-12
Aguilar, C.	PP-19	Celia, I.	PP-3, PP-7
Aldana, P.	CCN-3, CCN-13	Cerda, S.	PN-38
Aldunate, C.	PN-65	Chávez, E.	PN-32
Alliende, M. A.	PN-29, PN-66, PN-67, PN-68	Chirinos, R.	PP-2
Almonte, C.	PP-4	Cid, P.	PN-47
Alvarez, C.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-25, PP-26	Cisternas, C.	CCN-2
Amarales, C.	PN-49	Clero, N.	PN-42
Andrade, F.	CCN-14, PN-41	Coehlo, M.	PN-50
Andrade, J.	PN-4	Cohelo, E.	PN-55
Arab, E.	COP-2, PP-6, PP-11, PP-14, PP-18	Colombo, M.	CN-5, CCN-6, CCN-7, PN-29, PN-30
Aránguiz, J.	PP-13	Concha, C.	PN-32
Aravena, I.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-26	Concha, E.	PN-61
Armijo, I.	PP-1	Concha, M.	PP-5
Arriaza, M.	CCN-17, PN-42	Contreras, E.	PN-45
Avaria, M. A.	CCN-1, CCN-2, PN-45	Cordovez, J.	PN-4, PN-41
Avendaño, L.	CCN-11	Coria, C.	PN-47
Avendaño, M.	CCN-11	Cortés, F.	CCN-7, PN-29, PN-31, PN-66, PN-67, PN-68
Avila, D.	PN-42	Cox, P.	PN-4, PN-41
Avilés, C. L.	PN-2	Cuadra, L.	PN-10, PN-11, PN-14, PN-16, PN-25, PN-26, PN-28
Ayala, N.	PN-52	Culcay, C.	PN-40
B			
Badilla, L.	PN-4, PN-41, PN-64	Curotto, B.	PN-29, PN-66, PN-67, PN-68
Bahamondes, R.	PP-19	D	
Baltzer, V.	PN-63	Darrigrandi, O.	PN-56
Barra, L.	PN-53	De la Barra, F.	PP-22
Barraza, C.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-26	De la Fuente, F.	CCN-11
Barrientos, X.	COP-3, PP-27	Devilat, M.	PN-12, PN-13, PN-15, PN-17, PN-18, PN-19, PN-21, PN-23, PN-27, PN-52
Barrios, A.	PN-3, CCN-10, PN-31, PN-34, PN-38, PN-39, PN-44, PN-66, PN-67	Díaz, A.	PN-32, PN-43
Béjares, M.	PP-2	Díaz, C.	PN-43
Beltrán, D.	CCN-12	Dragnic, Y.	PN-40
Bertuzzi, M.	PP-2	Durán, E.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
Boehme, V.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-25, PP-26	E	
Bolte, L.	PN-58	Einersen, M.	PN-4, PN-41
Bontes, M.	PN-49	Erazo, R.	CCN-9, PN-46
Bravo, E.	PN-4, PN-5, CCN-14, CCN-15, CCN-16, PN-41, PN-64	Escobar, R.	PN-1, PN-7, PN-58
Briceño, A.	PP-13	F	
Burón, V.	PN-15	Fernández, A.	PP-22
C			
Cabello, J. F.	CCN-2, CCN-5, CCN-6, PN-6, CCN-7, PN-30	Fernández, C.	PP-1
Cáceres, A.	CCN-13, PN-65	Fernández, M.	PP-13
Camaggi, B.	CCN-9	Fernández, M. A.	PP-1
Campos, A.	PP-23	Ferrada, M.	CCN-6
Campos, G.	PP-13	Ferreira, M.	PP-23
Campos, M.	PN-20	Figueroa, J. P.	PN-12, PN-13
Carmona, O.	PN-53	Flández, A.	PN-38, PN-44
Carrasco, R.	PP-13	Fritsch, R.	COP-3, PP-15, PP-27
Carrasco, X.	PN-23, PN-27	Fuentealba, A.	PN-47
Carrera, J.	PN-56	Fuentes, J. P.	PP-9, PP-17
Carrisoza, J.	PN-19	Fuentes, M.	COP-3, PP-27
Castiglioni, C.	PN-35, PN-39, PN-43, PN-44, PN-48	Fuentes, X.	PP-17
G			
		Gaete, A.	PP-9, PP-17
		Gaete, J.	PP-2
		Gaete, R.	PN-26, PN-27, PN-28

Gajewski, C.	CCN-10, PN-57	Lizana, P.	PP-3, PP-7
Galeno, R.	PP-19	Lobos, V.	PP-13
Gallegos, M.	PP-13	López, C.	CCN-2, CCN-3, CCN-8, CCN-13, PN-22, PN-45, PN-59
Galleguillos, C.	PN-48	López, F.	PN-34, PN-56
Gálvez, M.	PN-4, CCN-14, PN-41, PN-56, PN-64	M	
Gamboa, J.	PN-6	Mabe, P.	PN-35
Gans, K.	PP-8	Marengo, J. J.	PN-10, PN-11, PN-14, PN-16, PN-25, PN-26, PN-28
García, F.	PN-7	Margarit, C.	CCN-17, PN-42
García, K.	PN-65	Martínez, M. P.	PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
García, M. I.	PP-1	Matamala, M.	PP-4
García, R.	PP-12	Maturana, M.	PP-8
Gatica, M.	P-20	Mellado C.	PN-58
Gejman, R.	PN-48	Méndez, M.	PN-42
George, M.	COP-1, PN-51	Mesa, T.	PN-1, CCN-4, PN-7, PN-8, CCN-12, PN-20, PN-50, PN-55, PN-58, PN-60
Godoy, J.	CCN-4, PN-20	Monsalves, M.	P-8
Gómez, J.	PP-8, PP-19	Monsalves, S.	PN-32
Gómez, V.	PN-12, PN-13, PN-15, PN-18, PN-21, PN-23, PN-27, PN-52	Montt, M. E.	COP-3, PP-15, PP-27
González, C.	PP-8, PP-19	Mosca, J.	PP-8
González, J.	CCN-9, PP-15	Moscoso, J.	CCN-1
González, L.	PP-16	Muñoz, M.	CCN-5, CCN-6, CCN-7, PN-29, PN-30, PN-62
Guerra, P.	N-35, PN-56	Muñoz, T.	PN-45
Guevara, G.	PN-32	N	
Gutiérrez, L.	PN-56	Navarrete, C.	PN-56
Guzmán, G.	PN-2	Navarro, X.	PP-5
Guzmán, M. P.	COP-1, PN-51	Novoa, F.	CCN-5, CCN-6, CCN-7, PN-30
H		Núñez, A.	PN-1, PN-8
Halpern, M.	COP-2	Núñez, C.	PP-16
Hartley M.	COP-1, PN-51	O	
Heresi, C.	CCN-1, CCN-2, CCN-8	Okuma, C.	PN-2, PN-3
Hernández, A.	PN-32, PN-36	Olate, R.	PN-60
Hernández, M.	PN-1, PN-5, PN-7, PN-8, CCN-12, PN-58, PN-60	Oliver, M.	PP-16, PN-24
Herskovic, V.	COP-2, PP-4, PP-6, PP-11, PP-12, PP-14, PP-18	Olivos, A.	PN-6
Hervias, C.	PN-39, PN-44	Ortiz, V.	CCN-10, PN-57
Hidalgo, C.	PP-17, PN-50, PN-55	Otaiza, F.	CCN-13
Hidalgo, N.	PP-2	P	
I		Pacheco, B.	PP-3, PP-7
Inzunza, C.	PP-5, PP-9	Paredes, M.	PN-49
J		Parra, P.	PN-31, PN-34, PN-56
Jeldres, E.	PN-12, PN-13	Peldoza, M.	CCN-16
Juárez, P.	PN-40	Peña, V.	PN-34
K		Peralta, S.	PN-19, PN-46
Klapp, C.	PN-41	Pereira, A.	COP-2, PP-6, PP-11, PP-14, PP-18
Kleinsteuber, K.	CCN-2, PN-45	Pereira, J.	PP-3, PP-7, PN-50, PN-55
Konow, C.	COP-3, PP-27	Pérez, A.	PN-10, PN-11, PN-15
Kreff, M.	PN-55	Pérez, C.	CN-17
Kuester, G.	CCN-4, PN-20	Pérez, V.	PP-22
L		Pizarro, L.	PN-38, PN-39, PN-43, PN-44, PN-57
Labbé, M.	PP-16	Poblete, C.	COP-2, PP-4, PP-6, PP-11, PP-12, PP-14, PP-18
Lara, S.	PN-31	Ponce de León, S.	PN-52, PN-23
Larraguibel, M.	COP-3, PP-27	Ponce, S.	CCN-1
Léon, P.	CN-3, CCN-13, PN-32		
Lira, L.	CCN-11		

Q

Quijada, C. PN-9
Quintanilla, E. PP-8
Quitral, M. CCN-2, CCN-5, CCN-6, CCN-7, PN-29,
PN-30, PN-62

R

Raimann, E. PN-6
Ramírez, A. PN-47
Rauch, E. PN-17
Recabarren, M. T. PP-1
Restrepo, V. PP-2
Reyes, P. PN-3, CCN-9
Ríos, L. PN-9, PN-57
Riquelme, J. PP-9
Rivera, R. PN-4, PN-5, CCN-14, CCN-15, CCN-
16, PN-41, PN-64
Rizzardini, C. CCN-3, CCN-13, PN-59
Rodríguez, J. PP-22
Rodríguez, T. PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
Rojas, C. PN-2, PN-9
Rojas, G. COP-3, PP-15, PP-27
Rojas, V. CCN-2, PN-29, PN-53, PN-62
Ruiz, C. PP-2, PP-6

S

Salinas, J. PP-8
Sánchez, E. CCN-2
Sandoval, C. COP-2, PP-6, PP-11, PP-14, PP-18
Santa María, L. PN-66, PN-67
Santander, P. PN-33, PN-35, PN-36, PN-37
Santin, J. CCN-4, PN-20
Schellman, P. CCN-9
Schlatter, A. CCN-1, CCN-2, CCN-8
Sciolla, C. PP-10
Selman, E. PN-6
Sepúlveda, P. PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
Siebert, A. PN-9, PN-39, PN-44
Solarí, F. PN-8, CCN-4, PN-20
Sommer, K. COP-2, PP-6, PP-11, PP-14, PP-18
Sommer, S. COP-2
Sordo, J. G. PN-4, CCN-15, PN-41, PN-64
Soto, V. PN-29
Soto, Y. PP-16, PN-24
Squicciarini, A. M. COP-1, PN-51
Stiller B. PN-47
Suárez, B. CCN-5, CCN-6, CCN-7, PN-29, PN-30,
PN-62

T

Talesnik, E. PN-8
Tapia, E. PN-54
Tobar, A. PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
Torres, C. CCN-9
Triviño, D. PN-21
Troncoso, L. PN-2, PN-3, PN-9, PN-24, PN-32, PN-
33, PN-34, PN-35, PN-43, PN-57, PN-
61, PN-66, PN-67
Troncoso, M. PN-3, PN-9, CCN-10, PN-33, PN-35,
PN-36, PN-37, PN-38, PN-39, PN-44,
PN-48, PN-56, PN-61, PN-63

U

Urquiza, M. P. PP-20, PP-21, PP-24, PP-26
Urrutia, P. PN-24

V

Valenzuela, B. PN-52
Valenzuela, M. PN-14, PN-16, PN-18, PN-25
Valenzuela, S. PN-10, PN-11, PN-14, PN-16, PN-25,
PN-26, PN-28
Valiente, A. PN-66
Varela, X. CCN-1, PN-45
Vargas, L. PN-52
Vascones, J. CCN-17
Velásquez, Á. PN-3, PN-61
Velez, J. C. PN-49
Vidal, A. PN-43
Videla, C. PP-8
Vila, J. PN-49
Villagrán, A. CCN-7
Villagran, V. PP-8
Vizueta, E. CCN-14

W

Witting, S. PN-9, PN-24

Y

Yarmuch, P. PN-65

Z

Zamorano, A. PN-42
Zapata, C. CCN-14
Zuleta, A. PN-10, PN-11, PN-14, PN-16, PN-25,
PN-26, PN-28

Reuniones y Congresos

ACTIVIDADES 2005

SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SOPNIA).

1. PATROCINIOS

“I Curso de Avances y Desafíos en el Tratamiento de la Espasticidad”, que se realizará el día 21 de Octubre del 2005, en Santiago, y que está siendo organizado por el Departamento de Neurocirugía en conjunto con la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y la Dirección Académica de Clínica Las Condes.

2. CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

• 52° Annual Meeting American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

18 al 23 de Octubre, Toronto, Ontario, Canadá, Sheraton Centre Toronto.

Informaciones: 3615 Wisconsin Avenue, N.W. Washington DC 20016-307, Fono 202-9662891, Email: meeting@aacpa.org

• LX Congreso Chileno de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía

17, 18 y 19 de Noviembre de 2005

Gran Hotel Pucón

Informaciones:

Fono: 234.2460 - 232.9347 - 335.4437

e.mail : secretariagr@123.cl

Pág. Web: www.sonepsyn.cl

• XLV Congreso Nacional de Pediatría de la Sociedad Chilena de Pediatría

8 al 12 de Noviembre de 2005, La Serena

Fonos: 237 1598 - 237 9757, Fax: 238 0046

e.mail: sochipe@terra.cl

Pág. Web: www.sochipe.cl

• XXIII Congreso Sociedad Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

Fecha: 10, 11 y 12 de Noviembre de 2005.

Lugar: Hotel Villa del Río. Valdivia.

INVITADOS EXTRANJEROS

Neurología

- Carsten Bonnemann, MD.

Ass. Professor, Div. Of. Neurology, The Children Hospital of Philadelphia, Philadelphia, USA.

- Alexis Arzimanoglou, MD.

Chair of the 26th. Int. Epilepsy Congress - Paris 2005. Epileptic Disorders Editor in Chief Paris - Francia

- Dr. Jaime Compistol

Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona - España

- Dra. Odile Boespflug-Tanguy

Faculté de Medecine, Francia

- Dr. Alain Tanguy, Neuroortopedista, Francia

- Dr. Carlos Alberto Tassinari

Neurólogo, Italia

Psiquiatría

- Professor Dorothy Otnow Lewis, MD.

Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York - USA

- Dr. Melvin Lewis

Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York - USA

- Daniel Pilowsky, M.D., M.P.H.

Assistant Professor of Clinical Psychiatry and Epidemiology. Mailman School of Public Health at Columbia University. Staff Psychiatrist N.Y. State. Psychiatric Institute

- Dr. Francisco De La Peña

Departamento de Fomento a la Investigación Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México.

COMITE ORGANIZADOR

Presidenta Congreso:

Dra. Ledia Troncoso Azócar.

Director Neuropediatría Valdivia:

Dra. Ana Flández

Director Psiquiatría Valdivia:

Dra. María Luisa Guzmán

Director Comité Científico Neurología:

Dra. Mónica Troncoso

Director Comité Científico Psiquiatría:

Dra. Muriel Halpern

Comité Organizador

Dr. Manuel Campos,

Neurocirujano, Pontificia Universidad Católica

Dr. Jorge Carrera,

Neurólogo Infantil, Hospital de Puerto Montt

Dra. Lilian Cuadra,

Neuróloga Infantil, Instituto de Neurocirugía

Dra. Dolly Figueroa

Psiquiatra Infantil, Pontificia Univ. Católica

Dr. Jorge Förster,
Neurólogo Infantil, H. Sótero del Río - P. U.C.
Dr. Ricardo García
Psiquiatra Infantil, Clínica Psiq. U. de Chile
Dr. Patricio Guerra
Neurólogo Infantil, Puerto Montt
Dra. María Luisa Guzmán
Psiquiatra Infantil, Hospital de Valdivia
Dra. Cynthia Margarit
Neurólogo Infantil, Hospital Sótero del Río
Dra. Anahí Martínez
Neuróloga Infantil, Hosp. Ex. González Cortés
Dra. Carmen Quijada
Neuróloga Infantil, Hosp. San Borja Arriarán
Dra. Loreto Ríos
Neuróloga Infantil, Hosp. San Borja Arriarán
Dra. Cecilia Ruiz
Psiquiatra Infantil, Hosp. San Borja Arriarán
Dr. Jorge Sobarzo
Psiquiatra Infantil, Hospital Sótero del Río
Dra. Patricia Urrutia
Psiquiatra Infantil, Hosp. San Borja Arriarán

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

TEMARIOS

Actividades Neurología

Curso precongreso (miércoles 9 de noviembre)
"El aprendizaje del niño y sus trastornos:
enfrentamiento práctico"
1ª parte: 3 módulos
2º parte: 2 talleres

Simposios

1. Epilepsia de difícil manejo
2. Medicina integrativa
3. Neurocirugía neonatal
4. Neurogenética
5. Neuroinmunología
6. Neuromuscular
7. Neuroradiología
8. Neurorehabilitación
9. Trastornos del desarrollo
10. Controversias
11. Series clínicas

Actividades Psiquiatría

1. Adolescencia
2. Depresión y descendencia
3. Ética y medios de comunicación
4. Globalización
5. Violencia juvenil
6. Sexualidad

Actividades Sociales

- Ceremonia Inaugural
- Degustación Chocolatería EntreLagos
- Fiesta de la Cerveza - Cervecería Kunstman
- Talentos de la SOPNIA - Expo de arte / Tertulia
- Paseo Santuario de la Naturaleza
- Cena de Clausura

GRUPOS DE DESARROLLO

- **Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo**
Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en las dependencias de la Corporación Farmacéutica Recalcine, Av. Pedro de Valdivia 295, Providencia, Santiago.

Directorio Grupo Trastornos del Desarrollo

Presidenta: Dra. Carmen Quijada

Vice-Presidenta: Flga. Sra. Marcia Cabezas

Secretaria: T.O. Sra. María Elena Argomedo

Tesorera: Prof. Dif. Sra. Gloria Valenzuela

Past-President: Dr. Jorge Förste

Directores: Dra. Claudia Herrera,
Flgo. Sr. Marcelo Díaz

PROGRAMAS DE REUNIONES MENSUALES, AÑO 2005

29 de Octubre

Adquisición del Lenguaje Temprano

Noviembre

Simposio en Congreso SOPNIA - Valdivia

17 de Diciembre

Controversias en Autismo - Asperger - Disfasia

Mesa Redonda

Dr. Ricardo García

Ps. Sra. Sandra Moyano

Flgo. Sr. Marcelo Díaz

Flga. Sra. Marcia Cabezas

• Grupo de Estudio Psicopatología Clínica

Se reúnen en la Clínica Los Tiempos / José Arrieta 7024 - La Reina, a las 10.30 hrs.

El Dr. Juan Enrique Sepúlveda es el Coordinador de este Grupo.

PROGRAMA REUNIONES MENSUALES, AÑO 2005.

Sábado 15 Octubre

Tema: Inconsciente

Expone: Dr. Mario Sepúlveda

Sábado 12 Diciembre

Expone: Dra. Carola Alvarez

Instrucciones a los autores

(Actualizado en Agosto de 2004)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza del Boletín y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org

Se enviará el manuscrito en su versión completa, incluidas tablas y figuras, en cuatro copias de buena calidad, dirigidas a: Dra. Freya Fernández, Directora del Boletín SOPNIA, Esmeralda 678 of. 303, Santiago Centro, Santiago, Chile (Teléfono: (562) 6331955, (562) 6396171, Fono-Fax (562) 6391085, e-mail: sopnia@terra.cl). Se incluirá una carta que identifique al autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, Fax, dirección de correo electrónico. El texto se enviará en papel tamaño carta, a doble espacio, con letra Arial 12 y márgenes de 2,5 cm por ambos lados. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho. Se adjuntará disquete o CD debidamente etiquetado con el nombre del artículo, autor principal y programa utilizado en su confección, que incluirá el archivo completo.

El envío del manuscrito se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registradas, publicadas o enviadas a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todas los manuscritos serán sometidos a revisión por pares. Los manuscritos rechazados no serán devueltos al autor.

Publicaciones duplicadas

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas. Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

1. Aprobación de los editores de ambas revistas.
2. En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
3. La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
4. Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera referencia Ej.: Este artículo está basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).

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 afiliación a instituciones. Las autorías se limitarán a los

participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quien se dirigirá la correspondencia.

Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetivos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

Palabras claves

Los autores proveerán de 3 a 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.

Texto

El texto se redactará siguiendo la estructura usual, sugerida para artículos científicos, denominada "IMRAD" (introduction, methods, results and discussion). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones y editoriales, podrá utilizarse otros formatos.

Introducción

Se aportará el contexto del estudio, los objetivos y las hipótesis probadas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

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 la selección de pacientes, controles o animales experimentales, incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y porqué el estudio fue formulado de un modo particular.

Información técnica

Se identificará métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se entregará referencias y/o breves descripciones cuando se trate de métodos bien establecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se identificará con precisión todas las drogas

o químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración.

Estadísticas

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación los resultados reportados. Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

Resultados

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, especificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: "al azar", "normal", "significativo", "correlación" y "muestra".

Discusión

Se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicancias de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un 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., en el siguiente formato: Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1198;36:28-34.

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003;19(2):25-32

Cuando se cita el capítulo de un libro.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). En: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Síndrome de Déficit Atencional. Santiago, Chile: Universitaria;1998.p.96-106.

Para otro tipo de publicaciones, aténgase a los ejemplos dados en los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas".

Tablas

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto.

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de páginas. 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).

Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, auto-explicatorias, es decir contener título y explicación detallada. 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.

Abreviaciones y símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.