

BOLETIN SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 14 - N° 3 - DICIEMBRE 2003 - CHILE

ISSN 0717-1331



DIRECTORIO 2001 - 2003

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Presidente: | Dr. Tomás Mesa L. |
| Vicepresidente: | Dra. Virginia Boehme K. |
| Secretaria: | Dra. Marcela Larraguibel Q. |
| Tesorera: | Dra. Verónica Burón K. |
| Directores: | Dra. María Alicia Espinoza A. |
| | Dra. Maritza Carvajal G. |
| | Dra. María José Ferrada P. |
| | Dra. Esperanza Habinger C. |
| | Dr. Pedro Menéndez G. |
| | Dra. Carmen Quijada G. |
| Past-Presidente: | Dr. Ricardo García S. |
| Secretaria: | Sra. Carolina Martínez S. |

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: | Dra. Verónica Burón K. |
| | Dra. Marta Colombo C. |
| | Dra. Perla David G. |
| | Flgo. Marcelo Díaz M. |
| | Dra. María Alicia Espinoza A. |
| | Dr. Pedro Menéndez G. |
| | Dr. Tomás Mesa L. |
| | Ps. Gabriela Sepúlveda R. |

Esmeralda 678, Of. 203, Fono 632 0884, Fax 639 1085, e-mail: sopnia@terra.cl - Santiago, Chile
www.sopnia.com

Diseño Gráfico: Juan Silva / 635 2053 / jusilva2@terra.cl

BOLETIN SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 14 - N° 3 - DICIEMBRE 2003

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

| | Página |
|--|--------|
| • EDITORIAL | 3 |
| • HOMENAJE PREMIO "RICARDO OLEA GUIDEMONT", 2003 Neurología: Dr. Fernando Nova S. | 4 |
| • PALABRAS DE BIENVENIDA CONGRESO 2003 | 7 |
| • RESUMENES CONGRESO 2003 - NEUROLOGIA | 8 |
| • INDICE DE AUTORES - NEUROLOGIA | 42 |
| • RESUMENES CONGRESO 2003 - PSIQUIATRIA | 44 |
| • INDICE DE AUTORES - PSIQUIATRIA | 48 |
| • PRESENTACIONES DE POSTERS | 49 |
| • INDICE DE AUTORES POSTERS | 61 |
| • RECONOCIMIENTO MEJORES TRABAJOS PRESENTADOS | 62 |
| • CUENTA DEL DIRECTORIO 2001 - 2003 | 63 |
| • ASAMBLEA DE SOPNIA | 68 |
| • REUNIONES Y CONGRESOS | 69 |
| • GRUPOS DE DESARROLLO | 69 |
| • NOTICIAS | 70 |
| • SUGERENCIAS | 76 |

Editorial

Queridos colegas:

Este encuentro llega a su fin. Durante estos días hemos construido juntos un paréntesis de conversación. Es decir, hemos versado unos en otros inquietudes, respuestas, búsquedas.

Desde el cerebro a la mente, desde las interacciones a la subjetividad. Nos hemos cambiado de puesto varias veces. Hemos dejado, por un rato, nuestros cómodos sillones. Ese lugar donde el mapa desde el cual observamos, diagnosticamos y hacemos clínica parece tan tranquilo, claro, conocido y controlable.

Es desde esa silla de consulta que hemos sido llamados a movernos en estos días.

Hemos reflexionado acerca de las funciones básicas de los seres humanos: comenzamos con el Sueño, mesa coordinada por la Dra. Insunza, para seguir con los Afectos, en la mesa de la Dra. Zalaquett, a la mañana siguiente fue la Alimentación, para seguir con la Agresión, coordinada por la Dra. Figueroa y terminar hoy con la Sexualidad que despierta en la adolescencia, dirigida por el Dr. Maturana.

Algunos de nuestros conferencistas habrán sido parte del

fluir conocido de nuestro mapa y su familiaridad habrá provocado una reafirmación de nuestras ideas, otros nos habrán violentado, quebrado, tensionado esa verdad que nos ampara. A más de uno la transparencia de la cotidianeidad conceptual se le habrá trizado y las partes, los fragmentos que volaron ya se habrán olvidado.

Un otro verbo se habrá conjugado, más sustantivos habrán ingresado, más distinciones se habrán adjetivado, pues juntos suceden novedades. Es por esto que si algo de esto ha aumentado la plasticidad de nuestra actividad cerebral, si algo ha aumentado la flexibilidad de nuestra mente, si algún mundo se ha abierto y sobretodo si algo de esto ha aumentado los vínculos profesionales entre nosotros, entonces este congreso ha tenido sentido y se ha sentido.

Gracias a todos por hacer de esta experiencia una posibilidad de crecimiento. A quienes por más de un año prepararon la conferencias, a quienes, investigaron y nos presentaron sus conclusiones científicas, a quienes se conectaron para venir y a quienes con los cuales nos volveremos a ver el próximo año en Concepción.

Gracias y hasta la vista.

Dra. Patricia Cordella Masini

Premio “Dr. Ricardo Olea Guidemont” 2003 Neurología: Dr. Fernando Novoa Sotta

Otorgado por la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia a “aquel profesional destacado por su trayectoria en la asistencia de pacientes, docencia e investigación en el campo de neurología y psiquiatría de niños y adolescentes”.

Es un honor presentar al acreedor de este premio este año 2003, el Dr. FERNANDO NOVOA SOTTA.

Ha sido muy difícil hacer un resumen de las características que hacen del Dr. Novoa merecedor de este premio, y pido disculpas por no haber logrado evitar una mirada personal.

Conocí al Dr. Novoa hace muchos años, cuando llegué al “Paula” a realizar la formación en pediatría. Mi última rotación fue Neurología. Me encontré con un equipo de Neurólogos antiguo y afiatado, con un servicio cerrado con llave, con pacientes con patologías totalmente desconocidas para mí, y con el Dr. Fernando Novoa. El Dr. Novoa llegaba al hospital entre 07.00 y 07.30 AM, conocía a todos los pacientes de la sala, emprendía diariamente la difícil tarea de enseñarnos como examinar y pensar neurológicamente, nos hacía 2 seminarios a la semana (éramos 4 becados en ese entonces) más la reunión clínica del martes en la mañana y la reunión para los pediatras en la tarde. Aparte teníamos una reunión de electro-encefalografía, policlínico todos los días en el consultorio 1 de Copiapó con Nataniel, interconsultas a los servicios pediátricos frecuentemente. Nos acarreamos al Cottolengo una vez al mes. Y lo increíble es que estábamos todos agradecidos... y disfrutábamos del trabajo. Si nos asignaba un tema para el seminario, sentíamos que nos hacía un favor.

En su nueva casa el Hospital Carlos Van Buren tiene una actividad similar o mayor ¿Cómo lo hace?,Cuál es su historia o su genética que le permiten esa capacidad de trabajo? Como es difícil que conozcamos su genoma, revisaremos un poquito de su historia.

El mayor de 5 hermanos, tuvo residencia en Temuco y luego Valparaíso, donde estudió en el liceo Eduardo de la

Barra. Obtiene el título de médico en 1963 en la Universidad de Chile, después de cursar los primeros años en Concepción. Opta en ese entonces por servir como médico general de zona en Quirihue, donde a poco andar ocupó el cargo de director del Hospital. Fue una época a la cual siempre se refiere con cariño, siendo frecuente oírle “esto lo aprendí en la Universidad de Quirihue”. Desde Quirihue llega al Hospital Arriarán donde realiza su formación en Pediatría a cargo del Profesor Jose Bauzá. Ya desde entonces manifestaba su interés en la neurología infantil, especialidad que empezaba a perfilarse y desarrollarse.

Ingresó al Servicio de Neuropsiquiatría, dirigido entonces por la Dra. Capdeville, y desde entonces, a través de un trabajo intenso, sin bulla, con tremenda disciplina, manteniendo una postura abierta y con humildad va construyendo una carrera profesional y académica brillante y sólida.

Es autor de múltiples publicaciones, en revistas y libros, sigue permanentemente preocupado de su formación asistiendo a cursos y estadías de perfeccionamiento, que luego comparte con su equipo, haciendo gala de una generosidad notable.

Es miembro de varias sociedades científicas chilenas y extranjeras, y participa activamente en nuestra SOPNIA, con una impecable asistencia a reuniones y congresos, siendo primero secretario y luego Presidente del bienio 1998 - 1999. Entre muchas iniciativas, fue el creador de una página que se repartía con las citas a la reunión mensual, que incluía 2 resúmenes de trabajos científicos, con el fin de ayudar a la educación continua especialmente de los socios de regiones. Este fue el germen de lo que hoy es el Boletín de la sociedad.

En parte sus logros han sido reconocidos al ser llamado a integrar comisiones tanto en temas académicos como asistenciales y en los reconocimientos de otras sociedades: integra el Comité Editorial de la Revista Pediatric Neurology, recibe el Premio Julio Schwarzenberg Löbeck (1995) otorgado por la Sociedad de Pediatría

y el de Maestro de la Neurología entregado el año pasado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Adultos.

Tan importante como los merecidos premios y su actividad académica es su rol como formador.

Desde 1976, en que asume como Jefe de Servicio, atraídos por su prestigio y calidad humana aumenta el número de becados que llegan por periodos variables al servicio. Nos hace apreciar el policlínico como fuente de aprendizaje y de servicio, la interacción y el respeto por los otros miembros del equipo de salud, nos transmite el entusiasmo de ir aprendiendo con el objetivo de poder servir cada vez mejor a nuestros pequeños pacientes. Nos enseña con su ejemplo a respetar y valorar la discapacidad, a no sobrevalorar la inteligencia. Destaca la importancia de la prevención y educación, y considerando que cualquier ocasión debiera aprovecharse para este fin, nos convence de realizar, en la sala de espera bastante inhóspita del Consultorio N°1, charlas para a entregar algunos conceptos sobre cuadros frecuentes en neuropediatría, estableciendo interacción con los padres y los niños. Nos hace ver lo que podemos y debemos mejorar en nuestro quehacer, pero destaca lo positivo de cada uno y estimula el desarrollo de cada integrante del equipo, lo que va conformando un grupo sólido y cohesionado.

Pero no todo era trabajo, diariamente compartíamos un café antes de iniciar las actividades del día, comentando la actualidad o pasando de los temas más frívolos a algunos más profundos.

Frecuentemente nos reuníamos con los becados a almorzar como despedida o bienvenida de algunos, o agasajando a invitados como su amigo el Dr. Kenneth Swaiman.

El Dr. Novoa siempre manifestó su amor por el mar, y más o menos el año 91 se hacen más frecuentes sus comentarios acerca de su deseo de vivir en Valparaíso o Viña oyendo las gaviotas, hasta que finalmente se traslada el año 1993 al Hospital Van Buren de Valparaíso y asume, aparte de su trabajo asistencial, responsabilidad docente en la Universidad de Valparaíso, donde impulsa y concreta un programa de formación de especialistas en Neurología Pediátrica.

Desde Valparaíso mantiene sus nexos en Santiago, aportando en la docencia en el Hospital San Borja Arriarán como Profesor Adjunto de Neurología Pediátrica, en el

Instituto de Neurocirugía donde su asesoría es bienvenida y con todos sus ex alumnos y compañeros de trabajo que siguen considerando su opinión como una de las más calificadas en el ámbito de la Neurología Pediátrica y la medicina como forma de vida.

Entre todas las actividades realizadas por el Dr. Novoa, quizás las que reflejen de manera más cabal su espíritu de entrega y preocupación por los niños son tres. Primero, el Programa de apoyo psicológico y pedagógico al niño hospitalizado, obra impulsada por él y desarrollada en el Hospital Paula Jaraquemada por un equipo bajo su liderazgo, que significó un cambio profundo en la manera de manejar las hospitalizaciones en niños, y que sirvió de modelo para el desarrollo de programas similares en muchos otros centros del país y que son un aporte hasta hoy en día.

En segundo lugar, pero no menos importante, el Dr. Novoa fue fundador y primer Presidente del Comité para prevenir el Maltrato Infantil de la Sociedad Chilena de Pediatría, actuó como coordinador del Grupo de trabajo en Maltrato Infantil del Ministerio de Salud y delegado de la Sociedad Chilena de Pediatría a la Comisión Parlamentaria para perfeccionar el proyecto de ley sobre Maltrato Infantil el año 1992, siendo designado representante de Chile a la reunión sobre Maltrato Infantil organizado por la OPS/OMS en Sao Paulo, Brasil ese mismo año.

Por último, el interés que el Dr. Novoa siempre manifestó en los temas de ética se ha acrecentado y concretado en valiosas contribuciones en seminarios y otras ponencias en cursos y congresos que mantienen vigente este tan importante tema, especialmente relevante para todos los profesionales que trabajamos con niños discapacitados.

El desempeño del Dr. Fernando Novoa, ha contribuido en forma muy significativa al desarrollo de la Neurología Pediátrica en Chile, tanto desde el punto de vista docente, en que muchas generaciones de alumnos se han beneficiado de sus conocimientos y sabiduría, de la investigación, a través de sus publicaciones y ponencias a congresos y cursos pero especialmente desde una perspectiva valórica, ya que ha sido un ejemplo a imitar en el respeto y preocupación que ha mostrado por cada uno de los niños que han requerido de sus servicios, por sus colegas y por todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud.

No puedo dejar de referirme a algunas de las personas importantes en la historia del Dr. Novoa. Su familia y especialmente su madre, Sra. Susana Sotta, su hijo Pablo

y su nieto Martín. Y hay que destacar que la presencia del Dr. Novoa es inseparable de la de su esposa la Dra. Marta Colombo, tan querida y respetada por todos.

Dr. Novoa, creo representar a los aquí presentes y a muchos ausentes al decirle que es un privilegio haberlo

conocido, que es un ejemplo de cómo hay que vivir la medicina. Su excelencia académica, asociada a la honestidad, integridad, humildad que ha mostrado siempre lo hacen merecedor no solo de este y muchos premios, sino de nuestro respeto y admiración.

Gracias.

Dra. M. Angeles Avaria Benapres



Entrega de Galvano Premio "Ricardo Olea Guidemont" 2003 por Dr. Tomás Mesa a Dr. Fernando Novoa.



Entrega de insignia "de SOPNIA a Dr. Fernando Novoa por el Dr. Tomás Mesa.

Palabras de Bienvenida Congreso 2003

La Sociedad de Psiquiatría, Neurología de la Infancia y Adolescencia, (SOPNIA) y la Federación de Sociedades Latinoamericanas de Neurología Infantil (FESLANI) tienen el honor de invitarle a participar en el XXI Congreso Anual y IV Reunión Internacional.

Viña del Mar nos acogerá en el nuevo Centro de Convenciones. El Programa Científico, las actividades sociales y la belleza natural de la ciudad prometen ser otra vez el punto de encuentro.

La jerarquía de nuestros invitados internacionales y la selección de Conferencias y Simposiums constituyen sin duda el mejor lugar de debate y puesta al día de los progresos de nuestro campo.

Damos la bienvenida a todos los participantes de Latinoamérica.

Dra. Isabel López S.
Presidente XXI Congreso



Dra. Isabel López, Presidenta XXI Congreso Anual SOPNIA, Dra. Carmen Quijada, Coordinadora Comité Neurología y Dra. Patricia Cordella, Coordinadora Comité Psiquiatría.



Entrega de ramos de flores a la Presidenta y Coordinadoras del Congreso, de parte del Directorio de SOPNIA, Dra. Marcela Larraguibel y Dr. Tomás Mesa.

Resúmenes Congreso 2003

TRABAJOS DE NEUROLOGIA

PRESENTACIONES POSTER

P1

MORTALIDAD EN NIÑOS CON EPILEPSIA. 1996-2002.

Gianni, R.; Gómez, V.; Devilat, M.

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

Introducción. Las personas con epilepsia tienen un riesgo de mortalidad 2 a 3 veces superior que la población general. La muerte en estos pacientes puede deberse a otras enfermedades, a complicaciones de una crisis, a un estado epiléptico o a una muerte súbita e inesperada (MUSIEP). El objetivo de este estudio fue evaluar las características involucradas en la mortalidad de los niños y determinar la razón de mortalidad estándar (RME) de la población estudiada.

Métodos. Se realizó análisis retrospectivo y descriptivo de la mortalidad, a través de revisión de fichas clínicas y tarjetas de control.

Resultados. El 60% de los fallecidos fueron hombres, la edad promedio de muerte fue de 7,7 años. El 66,7% de las crisis eran generalizadas con un 46,6% de epilepsias generalizadas sintomáticas. El 86,7% de los casos correspondían a una epilepsia activa y de estos el 73,3% eran epilepsias resistentes, en el 86,7% existía en el último EEG actividad específica para epilepsia. La causa más frecuente de muerte fue por bronconeumonía (53,3%), seguido por MUSIEP en un 33,3% de los casos. El RME general fue de 3,89.

Conclusiones. La RME reveló parámetros similares a los reportados en la escasa literatura disponible en niños. Fallecen en mayor proporción pacientes con mal control de crisis, con epilepsia generalizada sintomática activa y resistente, y con EEGs que persisten con actividad específica. La causa de muerte más frecuente fueron cuadros respiratorios bajos y MUSIEP.

P2

NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA REFERIDOS A CIRUGIA

Wicki, A.; González, J.; Cuadra, L. (1); Gómez, V.; Mena, F.; Devilat, M.

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

(1) Instituto de Neurocirugía Asenjo.

Introducción. La cirugía de la epilepsia es una opción terapéutica efectiva y segura a ofrecer a los pacientes con epilepsia refractaria, que tienen en nuestro medio, alteraciones cerebrales pesquiasadas con RNM.

Objetivos. Mostrar nuestra experiencia con los pacientes con epilepsia refractaria referidos para estudio prequirúrgico y eventual cirugía de epilepsia.

Material y Métodos. Se revisaron los antecedentes de los 14 niños referidos a cirugía entre los años 1993 y 2002. Se excluyeron 3 por no contar con información completa, quedando la muestra constituida por 11 niños.

Resultados. Tres pacientes no fueron operados; 1 por presentar pseudocrisis y dos tenían doble foco eléctrico activo e independiente. Ocho enfermos, 4 mujeres y 4 hombres, fueron operados. La edad promedio de inicio de sus crisis fue 2,7 años y la cirugía se efectuó en promedio a los 10,5 años de edad (3-18). Los pacientes presentaron durante 10 años en promedio epilepsia resistente antes de ser operados y en los 6 meses previos a la intervención tuvieron en promedio 33 crisis mensuales (13-65). El seguimiento promedio postcirugía ha sido de 2,8 años (1-6 años). Cinco pacientes se ubican en el estadio I de Engel (sin crisis); uno en IVA (50-75% de reducción de crisis) y 2 en IVB (sin cambios).

Conclusión. Siendo la cirugía un procedimiento efectivo, se demuestra un retraso importante en tener la oportunidad de acceder a él.

P3**EPILEPSIA FOTOSENSIBLE Y PRIVACION DE SUEÑO. ROL DE LA MELATONINA**

P. Menéndez (1,2), J. L. Castillo (1,2) M. Cáceres (1).

(1) Clínica Avansalud.

(2) Laboratorio Sueño, Clínica Santa María.

La respuesta fotoconvulsiva puede presentarse en epilepsia fotosensible o ser hallazgo de examen. Se atenúa o desaparece en sueño NREM.

Objetivos. Correlacionar privación de sueño y activación de fotosensibilidad y eventual rol de melatonina.

Material: 7 niños de 13, controlados por epilepsia con fotosensibilidad con crisis durante o tras privación de sueño.

Método. Se agrega a anticonvulsivante de base, melatonina, 0.15 mg/kg/ en dosis oral nocturna. Seguimiento clínico, EEG digital repetidos, fotoestímulo en vigilia y sueño, PSG nocturna en 3. Criterios: Crisis fotosensibles demostradas, privación hipócnica mayor a 3 horas en relación a crisis, Resultados. Muestra 5 niñas y dos varones (edad media 9,2) Un caso: epilepsia frontal sintomática por displasia cortical, 2 con epilepsia temporal idiopática, 2 foco bioccipital, una, con quiste aracnoidal silviano. 2 con descargas generalizadas sólo fotosensibles.

Resultados. Melatonina redujo en mediano plazo (5 a 17 meses) frecuencia de crisis en tres pacientes (76%). En 2 la asociación con AC controló episodios aún ante privación de sueño. Controles EEG muestran disminución de respuesta fotoconvulsiva en 4 pacientes. Dos, sin respuesta fótica. Uno, persiste descarga autosostenida y se mantiene privación de sueño.

Conclusión. El sueño organizado parece buen estabilizador de factor fotoconvulsivo. La melatonina, como en otros casos, se plantea como buen coadyuvante para contrarrestar efecto de privación asociada a estímulo fótico.

P4**USO DE DIETA CETOGENICA EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA**

Ferrada, M. J.,; Paredes, M.; Acevedo, K.; Adlerstein, L.; Méndez, G.

Unidad de Neurología Infantil, Hospital Roberto del Río.

Objetivos. Evaluar respuesta y complicaciones de DC de pacientes tratados según protocolo del Hospital John

Hopkins' en el Hospital Roberto del Río entre 1997-2002.

Métodos. Registro prospectivo de características de pacientes, epilepsia, drogas antiepilépticas (DAE). Se incluyeron pacientes con crisis con 6 meses en politerapia o con reacciones adversas a DAE y edad >6 meses. Se definió respuesta como disminución de crisis > 70%.

Resultados. Se trataron 27 pacientes (12 varones), edad promedio 5.75 años (8 meses-20 años), con evolución promedio de 4.5 años (6 meses-20 años). Tipos: 2 generalizadas criptogénicas, 4 S. de West (SW), 3 Lennox Gastaut (LG), 8 mioclónicas, 9 focales sintomáticas y un S. de Otahara. Seguimiento promedio 21 meses (1-72 meses). 19 casos respondieron. 13 abandonaron DC. 50% de crisis generalizadas respondieron, 25% de SW, todos los LG, 63% de mioclónicas y 66% de focales. 5 pacientes quedaron sin crisis. Hubo efectos adversos en 6/27 (22%): hipoproteinemia 1, trastornos hidroelectrolíticos 1, hematuria 1, nefritis 1, litiasis renal 1 y fecaloma 1. Se suspendió la DC por complicaciones en 3/27.

Discusión. La DC fue útil en un 70% de los casos. Todos los tipos de epilepsia tratados pueden responder, pudiendo reducirse número y dosis de DAE, resultados comparables a series extranjeras.

P5**REDUCCION DE CRISIS EPILEPTICA POR EVENTO FARMACOLOGICO EN EPILEPSIA REFRACTARIA**

González, J.; Avila, D.; Wicki, A.; Benavides, R.; Devilat, M.; Gómez, V.

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

Introducción. La epilepsia refractaria es un desafío que supone el empleo de todos los medios disponibles, entre ellos los antiepilépticos, con el objeto de disminuir las crisis.

Objetivo. Describir las características clínicas de 10 pacientes refractarios de los cuales un evento farmacológico originó la remisión o disminución.

Pacientes y método. Se analizaron fichas clínicas de 10 pacientes atendidos en el centro que cumplían los objetivos propuestos.

Resultados. De los 10 pacientes, 3 hombres y 7 mujeres, 8 presentaron crisis parciales complejas y 2 de tipo generalizada, con edades de inicio de epilepsia del periodo de RN a 9 años (promedio 5,5años), con etiología sintomática en 3 niños y 7 criptogénicos. El tiempo de

refractoriedad previo al evento farmacológico fue en promedio de 3,8 años (1-11 años), el promedio de crisis fue de 36,6 al mes. El número de antiepilépticos fluctuó entre 1 a 7 con un promedio de 3,4 fármacos en cada paciente con diferentes combinaciones a través del tiempo. El porcentaje de reducción de crisis fue de hasta 100% con rangos de 65% hasta 100%). Los fármacos que redujeron crisis en estos pacientes fueron lamotrigina en 5 casos, oxcarbazepina un caso, gabapentina un caso, ac. valproico 2 casos y primidona un caso.

Conclusión. Se destaca que la mayoría tenían crisis parciales y criptogénicas, un lapso de refractoriedad previa y la utilidad de los nuevos antiepilépticos.

P6

SINDROME DE WEST

Avila, D.; Erazo, R.; González, J.; Gómez, V.; Devilat, M. Servicio De Neurología Infantil, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Introducción. El Síndrome de West es una de las epilepsias catastróficas de la infancia. Se caracteriza por la tríada de espasmos infantiles, hipsarritmia en el EEG y retraso del desarrollo psicomotor.

Objetivos. Describir la presentación clínica, tratamiento y evolución de un grupo de pacientes portadores de Síndrome de West, controlados en el servicio.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, de una muestra aleatoria de 12 pacientes atendidos entre los años 1986 y 2002. El tiempo de seguimiento fue de 8 a 192 meses. Todos los pacientes fueron estudiados con EEG, TAC, RNM o ecografía cerebral.

Resultados. Nueve pacientes (75%) fueron hombres y 3 (25%) mujeres. La edad de inicio de los espasmos fue de 5 a 15 meses. En 10 pacientes (83.3%) se identificó la etiología del síndrome. En 11 pacientes (91.7%) el EEG mostró hipsarritmia o hipsarritmia modificada. El estudio de imágenes reveló alteraciones en 10 pacientes (83.3%). El esquema de tratamiento inicial incluyó ácido valproico en todos los pacientes, asociado a ACTH, prednisona o betametasona. Hubo 10 pacientes (83.3%) que lograron estar libre de espasmos al año de tratamiento.

Conclusiones. La mayoría de los casos correspondieron a epilepsia sintomática. El tratamiento en todos los casos incluyó ácido valproico, asociado a algún tipo de esteroide. Al año de tratamiento se ha logrado controlar los espasmos en la mayoría de los pacientes.

P7

MALFORMACIONES DEL DESARROLLO CORTICAL CEREBRAL: ASPECTOS CLINICOS, RADIOLOGICOS Y ELECTROENCEFALOGRAFICOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.

Julio, C.; Mesa, T.; Kuester, G.; Santín, J.; Campos, M.; Godoy, J.

Programa de Epilepsia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos. Caracterizar aspectos clínicos, radiológicos y electroencefalográficos en epilepsia intratable asociada a malformaciones del desarrollo cortical (MDC). Evaluar aplicabilidad de la clasificación actualizada de MDC (Barkovich, 2001).

Métodos. Revisamos pacientes de hasta 15 años con epilepsia refractaria y monitoreo video-EEG prolongado realizado en Hospital Clínico Universidad Católica, entre 1998 y 2003. Seleccionamos pacientes con lesión visible en RNM y diagnóstico probable o definitivo de MDC.

Resultados. Se incluyen 18 pacientes, 66% hombres. Promedio de edad 9,5 años. Promedio de inicio de la epilepsia 5,6 años. El síndrome epiléptico más frecuente fue epilepsia focal sintomática, neocortical. Manifestaciones clínicas asociadas incluyeron retardo mental, trastornos de lenguaje, de aprendizaje y de conducta. Se dispuso TAC cerebral en 13 pacientes, siendo anormal, pero no diagnóstico, en cinco. La actividad epileptiforme fue generalmente bifocal, multifocal, hemisférica o generalizada. Las MDC más frecuentes fueron displasia cortical focal, polimicrogiria y neoplásicas.

Discusión. Las MDC son causa de epilepsia refractaria. Generalmente se asocian a otros trastornos neurológicos. La RNM es esencial para el diagnóstico. Las alteraciones EEG son pocas veces unifocales. La clasificación propuesta es fácilmente utilizable, aunque en muchos casos no se dispone de estudio histológico o genético para confirmar el diagnóstico o precisar subtipos de malformaciones.

P8

CRISIS PARCIAL COMPLEJA AUTONOMICA PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

Triviño, D.; Zapata, C.; Burón, V.; Devilat, M.; Acevedo, V.

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

Introducción. Trastornos paroxísticos se deben a múlti-

ples mecanismos. Se debe diferenciar si su naturaleza es epiléptica o no.

Objetivos. Describir paciente con crisis parciales complejas (CPC) autonómicas de difícil diagnóstico.

Caso clínico. Lactante 5 meses con cuadros de apnea con cianosis generalizada, bradicardia de segundos que requieren maniobras de reanimación. Posteriormente palidez, hipotonía, somnolencia de minutos. Ocasionalmente hipertonia extremidades superiores, desviación mirada. Phmetría 24 hr.: normal. Polisomnografía 48 hr.: 8 episodios de bradicardia, hasta 75 latmin. Apneas (-). ECG, Holter normal. EEG repetidos: 1 ocasionales signos agudos regiones posteriores. TAC, RNM cerebral normal. Estudio metabólico (-). Inicia tratamiento con Ac. Valproico, se agrega Fenobarbital. Posteriormente se aumenta Ac. Valproico hasta 70 mg/kg/día, crisis fueron más frecuentes, se agrega Lamotrigina. Video monitoreo EEG-ECG + maniobras vagales: palidez generalizada, cianosis facial, descenso FC hasta 72 min. Apnea (-) convulsión (-) Se plantea diagnóstico crisis vasovagales no epilépticas disminuyendo paulatinamente anticonvulsivantes (AC). Loop ECG en relación a eventos normal, bradicardia, bloqueo (-). Se observa con suspensión AC aumento frecuencia episodios, se restituye Lamotrigina y Fenobarbital, no vuelve a presentar crisis.

Conclusion. Ejemplifica dificultad diagnóstico diferencial entre crisis vasovagales no epilépticas y CPC autonómicas. Destaca importancia Videomonitoreo para diagnóstico epilepsia.

P9

POLIMICROGIRIA BILATERAL PERISILVIANA FAMILIAR Y EPILEPSIA.

*Andrade, L.; Vielma, J.; Novoa F.
Hospital Carlos Van Buren*

Introducción. La polimicrogiria es un desorden del desarrollo con anormal arreglo de las capas celulares como expresión de alteración genética o disrupción tardía de la organización cortical. Los avances en neuroimágenes han permitido diagnosticar formas subclínicas, de amplia heretogeneidad genética.

Objetivo. Presentación caso clínico.

Resultados. Niño de 4,5 años. Antecedente de embarazo y parto normal, crisis TCG a los 8 meses con EEG y ECO cerebral normal. DSM normal. Debuta con crisis parcial compleja y cursa con dos status epiléptico en el primer

mes de inicio. Al examen físico destaca macrocefalia PC 57 +2DS y alteración fonológica del lenguaje. TAC cerebro revela discreta ventrículomegalia con leve atrofia ténporo-frontal. RMI cerebro demuestra polimicrogiria bilateral temporal más foco frontal izquierdo. Video-monitoreo EEG con actividad irritativa frontal, se controla con monoterapia. Padres no consanguíneos. abuela materna epiléptica, madre con retraso del lenguaje.

Discusión. Este caso es un ejemplo de polimicrogiria bilateral temporal sin daño neurológico. Con epilepsia más tardía, lo que es habitual en las malformaciones corticales donde la epilepsia puede no desarrollarse sino hasta la segunda mitad de la primera década. Se ha descrito recientemente síndrome familiar ligado al x que pudiera ser el modo de transmisión de esta familia, por las manifestaciones en la familia materna.

P10

ANALISIS DESCRIPTIVO DE NIÑOS CON CRISIS DE AUSENCIA EN CONTROL EN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Zapata, C.; Triviño, D.; Devilat, M.; Valenzuela, B.

Servicio Neurología Infantil, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Objetivos. Describir las características clínicas más importantes de los niños con diagnóstico de crisis de ausencia en control en el Servicio de Neurología del HLCM.

Material y Método. Se analizaron fichas clínicas del total de niños con diagnóstico de ausencia que se controlan en el Programa de Epilepsia del HLCM (n:77), se excluyeron 14 fichas por falta de datos, se diseñó una base de datos y se definió previamente las variables a analizar.

Resultados. Un 58,7% (37) están en el rango de edad de 5 a 9 años (6,8 años en promedio); el 22,2% tenían antecedentes de epilepsia en familiares de primer grado; el 66,7% (42) presenta ausencias típicas. Destaca la asociación con otras patologías neurológicas (65,1%), en especial SDA (19%); el 100% recibió Acido Valproico y en 5 casos (7,9%) se agregó Etosuximida. En 20 (31,6%) hubo retraso en inicio de la terapia, con 2,1 años de retraso en promedio. El 100% fue estudiado con EEG; 58,7%; un 28,6% con EEG+TAC cerebral y un 20,6% con TAC+EEG+NIV. PLASM. 19 niños (30,2%) presentan rezago escolar, 16 de los cuales (84,2%) presentaba patología neurológica asociada (RM, SDA, Trastornos del Aprendizaje y otras).

Conclusión. La edad de inicio, la presentación clínica y el tratamiento utilizado concuerda con lo descrito en la literatura. Destaca la asociación importante con otras patologías neurológicas (65,1%), especialmente SDA (19%). Existe una importante asociación con rezago escolar (30,2%). En un grupo importante (31,6%) hubo retraso en el inicio de tratamiento (mayor a 1 año).

P11

CONVULSIONES NEONATALES IDIOPATICAS BENIGNAS: PRESENTACION COMO STATUS CONVULSIVO. CASO CLINICO.

Arriaza, M.; Mena, P.; Oviedo, F.

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

Entre los Síndromes Epilépticos Neonatales Idiopáticos, se reconocen 2 entidades bien definidas, las Convulsiones Neonatales Familiares Benignas y las Convulsiones Neonatales Idiopáticas Benignas (CNIB). La frecuencia de presentación es rara pero no excepcional, en algunas series representa alrededor del 5% de los casos de convulsiones neonatales. La mayoría de las veces el diagnóstico es retrospectivo, luego de descartar otras etiologías y por la evolución favorable de los niños.

Se presenta el caso de un RNT 41 sem. AEG, segundo hijo de padres jóvenes, no consanguíneos. Madre hipertensa crónica. Embarazo controlado, fisiológico. Antecedente familiar de epilepsia (+) de inicio en edad escolar.

Parto cesárea, por embarazo en vías de prolongación, L. amniótico claro, APGAR 1min=8, 5 min=9. Período de transición normal. Se traslada con su madre a las 3 hrs. de vida. A las 45 hrs. de vida presenta una crisis de cianosis, es hospitalizado por sospecha de sepsis, descartada posteriormente. Desde el 3 día de vida presenta crisis tónico-clónicas generalizadas y crisis clónicas focales, que aumentan en frecuencia, llegando a un status convulsivo, es controlado con fenobarbital e infusión de midazolam (dosis elevadas), las crisis reaparecen cada vez que se disminuye midazolam. Inicia Ac Valproico (oral), buena respuesta, última crisis a los 30 días de vida. No se identifica etiología con los exámenes realizados (RNM cerebro normal, Perfil bioquímico repetidamente normal, LCR normal, estudio metabólico normal, respuesta nula a piridoxina. El EEG es normal inicialmente (5 día), luego multifocal (día 14) y posteriormente repetida-mente normal (2 exámenes).

Al alta de neonatología destaca hipotonía global y clonus agotable. El control ambulatorio muestra una rápida normalización del tono muscular y un desarrollo psicomotor normal a los 4 meses de vida.

Comentario. En el análisis retrospectivo, este paciente, cumple los criterios de diagnóstico de CNIB sugeridos (Miles and Holmes y Plouin) y nos permite aventurar un pronóstico neurológico favorable, a pesar del difícil manejo de sus convulsiones durante el período neonatal. Destacamos la baja frecuencia de este Síndrome epiléptico neonatal.

P12

PRESENTACION DE UN PACIENTE CON EPILEPSIA FOCAL QUIEN ESTANDO EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA PRESENTA PURPURA TROMBOCITOPENICO (PT) Y LUEGO CON FENOBARBITAL DURANTE TRATAMIENTO SEGUIMIENTO MUESTRA SU RELACION CLINICA ESTRICTA CON FAE.

David, P.; Avendaño, M.; Schnitzler, S.

Unidad de Neurología Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción. El PT como efecto adverso de FAE es muy raro de ver, lo habitual es el PTI. Se presenta el caso dado las dudas diagnósticas y terapéuticas que ha planteado.

Paciente y Método. Paciente de 6 años de sexo masculino sin antecedentes mórbidos personales ni familiares. Presenta 05.06-03 Crisis Convulsiva Afebril al despertar, EEG Actividad epileptiforme Rolándica, examen neurológico y RM normal. Se inicia tratamiento con Carbamazepina (CBZ) en forma habitual. A los 15 días de Tratamiento con presenta equimosis múltiples, epistaxis. Se deriva a hospitalización y hematología y se plantea Síndrome Purpúrico. Obs. Trombocitopénico. Se retira FAE, Plaquetas de 72.000 llegan a valor normal, luego de alta clínica se repite a los 10 días con FBB, manifestaciones clínicas y disminución plaquetaria desaparecen con su retiro, manteniendo mielograma, hemograma y estudio hematológico completo normal post-retiro de FAE.

Se plantea Como RAM, con relación a FAE Y Comenta su Clasificación, Tratamiento Y Evolución.

P13

EPILEPSIA AUSENCIA CON MIOCLONIAS PALPEBRALES (EAMP): PRESENTACION DE TRES PACIENTES FAMILIARES CON SEGUIMIENTO.

David, P.; Quijada, C.; Avendaño, M.

Unidad de Neurología Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Servicio de Neuropsiquiatría San Borja Arriarán.

Introducción. La EAMP se caracteriza por mioclonias palpebrales que son subdiagnosticadas. El diagnóstico se sospecha por su asociación a fotosensibilidad y su gatillo con el cierre ocular en la luz natural con cierre rítmico de

corta duración, escaso compromiso de conciencia y desaparición en la oscuridad. Es más reactiva al cierre ocular que al estímulo fótico y requiere de luminosidad. Se presentan por su baja frecuencia y resistencia terapéutica.

Paciente y Método.

Se presentan tres casos de pacientes de una misma familia con Mioclonías palpebrales de 1 a 4 segundos de duración con descargas de poliespigas generalizadas del EEG simultáneas a temblor de extremidades de presentación múltiple diaria.

Resultados. Las tres pacientes, madre y dos hijas (4 a 39 años) responden satisfactoriamente a Lamotrigina.

Conclusiones. Se describe la evolución con recurrencia de crisis en tres pacientes de sexo femenino de una familia que logran ser controladas con ácido valproico y luego monoterapia con Lamotrigina y medidas generales. Se comenta clasificación, tratamiento y evolución.

P14

EPIDEMIOLOGIA EN EPILEPSIA INFANTIL

Viviana, V.; Beatriz, N.; Francesca, S.; Marcos, M.; Catalina, C.; Eduardo, A.; Dragnic, Y.; Caballero, M. S. Servicio de Neurología Infantil, Hospital San Juan De Dios.

Las nuevas normas del Plan Nacional de Epilepsia en Chile (MINSAL), disponen del "consolidado de ficha clínica" para los pacientes ingresados a programa de epilepsia (PE). El Area Occidente de Santiago tiene una población estimada de 321.313 menores de 15 años, con 32 consultorios de atención primaria reciben atención neurológica en este servicio. El objetivo de este trabajo fue describir la epidemiología de los pacientes ingresados al PE durante el año 2002.

Se completó "ficha" a los ingresos a PE entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2002. Se actualizó información al 31 de Agosto de 2003, y se procesó en Base SPSS.

Del total de pacientes en PE y se analizaron los 217 ingresos del 2002. El 60% fueron varones. Rango de inicio de crisis fue de 1 día y 14 años. Previsión Fonasa A en 60%. Procedencia urbana en 66%. De antecedentes familiares destaca un 50% de epilepsia. En historia personal, 25 casos con encefalopatía hipóxica neonatal y 10 con infección del SNC. Las crisis fueron generalizadas en 93 pacientes, parciales 58 y no clasificables en 4. De 62 casos con convulsiones febriles (CF), 77,4% (48) fueron simples y 12,6% (14) complejas. Los Síndromes Epilépticos fueron parciales en 25%, generalizados 34,7%, no definidos 9,7% y síndromes especiales 30,7%. Se realizó

EEG a 198 pacientes, y fueron anormales 61,6%. De 108 neuroimágenes, 35,8% con anomalías (10 casos de atrofia, 6 leucomalacia ventricular, 3 displasia cortical). En comorbilidad hay 24 casos con trastornos de lenguaje, 21 parálisis cerebral, 16 trastornos de aprendizaje y 7 hemiparesia. De 131 menores de 5 años, 32,1% tenían RDSM y de 86 mayores de 5 años, un 20,9% presentaban retraso mental de grado variable. En CF se indicó FBB (45,9%), AV (32,8%) y DZP intermitente (21,3%). En epilepsias, se indicó principalmente AV (81 casos), FBB (47) y CBZ (29). En la evolución, 200 pacientes cursan con crisis controladas (más de 6 meses sin crisis) y 16 con crisis refractarias. El estado actual de los pacientes es activo en 200, abandono 11, fallecidos 2 y 4 se controlan en otros servicios.

Los programas coordinados con la atención primaria favorecen el seguimiento de los pacientes con epilepsia. En un 45,2% de casos, no se pudo realizar un diagnóstico específico de síndrome. Se proponen talleres prácticos para completar "consolidado de ficha clínica", para definir criterios de inclusión y clasificación sindrómica

P15

CRISIS FEBRILES EN SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL: MANEJO Y EVOLUCION

Hernández, M.; Mesa, T.; Escobar, R.; Cuitiño, C. Departamento de Pediatría. Unidad de Neurología Infantil. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción. Las crisis febriles son comunes y afectan al 5-8% de la población menor de 5 años, está definida como crisis asociada a fiebre mayor de 38° rectal, sin evidencia de infección del sistema nervioso central, sin historia de convulsiones afebriles previas, presentada entre los 3 meses a 5 años de edad en un paciente sin patología neurológica previa.

Objetivos. Frecuencia de consultas de urgencia por crisis febril, características de la población, causas del cuadro febril, tratamiento y recurrencia a 1 año de la consulta.

Material y método. Estudio retrospectivo de pacientes que consultaron en urgencia por convulsión febril entre Agosto 2001 y Julio 2002. Revisión de formularios y entrevistas telefónicas.

Resultados. De 18.304 consultas entre las fechas indicadas 43 fueron por convulsión febril. La edad promedio fue de 22 meses, el 83% presentó una convulsión febril simple. Su estudio en urgencia fue destinado a buscar el foco infeccioso realizándose en el 81% de ellos un screening infeccioso (hemograma,

proteína C reactiva, examen de orina, panel viral y cultivos) y en el 30% una punción lumbar. En el 44% no se pudo determinar el origen de la fiebre. En los pacientes en que se detectó el foco infeccioso el 51% correspondió a una infección viral de vías respiratorias superiores. El 32% de los pacientes se hospitalizaron, y de ellos tres ingresaron a la Unidad de Cuidados intensivos con convulsiones febriles complejas. La mayoría de los pacientes hospitalizados correspondieron a aquellos en los que no fue posible definir foco infeccioso. En un 14% de los pacientes se usó un antiepileptico de acción rápida y sólo en uno se indicó tratamiento profiláctico continuo. En el 65% de los pacientes se detectaron uno o más factores de riesgo de recurrencia y de estos el 44% recurrió dentro del primer año de seguimiento. De los pacientes sin factores de riesgo sólo dos recurrieron.

Conclusión. La convulsión febril no fue una causa de consulta frecuente en el Servicio de Urgencia, llama la atención la alta frecuencia de hospitalización y la alta correlación entre factores de riesgo de recurrencia de crisis y la recurrencia en nuestros pacientes, Por el escaso seguimiento es deseable un trabajo prospectivo y a largo plazo.

P16

CIRUGIA RESECTIVA DE EPILEPSIA DE LOBULO FRONTAL EN NIÑOS PORTADORES DE EPILEPSIA REFRACTARIA.

Cuadra, L.; Zuleta, A.; Aros, P.; Zapata, C.; Triviño, D. Hospital Instituto de Neurocirugía Asenjo. Santiago.

Entre 1994 y 2003 se operan 17 niños con epilepsia refractaria cuya lesión cerebral y foco epileptogénico se encontraba en un lóbulo frontal. De ellos, 7 eran de sexo femenino y 10 masculino. La edad de la primera crisis se presenta en promedio a los 5,03 años (rango 1 día a 13 años) y los años de epilepsia antes de la cirugía fue en promedio de 3,4 años (rango 6 meses a 11 años). Once pacientes tenían 2 o más tipos de crisis, en 13 la frecuencia era diaria (entre 3 crisis al día hasta incontables al día) y sólo en 7 pacientes el tipo de crisis orientaba a localización frontal. Cuatro pacientes presentaron status y 6 requirieron hospitalizarse por su epilepsia. Los 15 pacientes habían recibido 2 o más antiepilepticos (AE) y 11 niños más de 3 AE (hasta 7 AE).

El examen neurológico era normal en 11 pacientes y alterado en 6 pacientes. En el 100% la RNM cerebral mostró lesión frontal (9 lóbulo derecho y 8 lóbulo izquierdo) La edad en la cirugía fue en promedio 8,2 años (rango 6 meses a 16 años) y en el 100% de los casos se realizó cirugía resectiva. La histopatología de la lesión mostró

displasia cortical en 8 pacientes, cavernomas en 2 pacientes, tumor en 2 pacientes (ganglioglioma y astrocitoma), MAV calcificada (1), gliosis (1), cisticercosis (1), encefalitis crónica (1), quiste aracnoideal (1).

Las complicaciones post operatorias se observaron en 6 pacientes (2 colecciones subdurales, 1 hemoventrículo, 2 hemiplejias izq. transitorias). Un paciente como secuela presentó hidrocefalia, la que requirió DVP.

Dos pacientes requirieron una segunda cirugía para complementar la resección inicial. Un paciente falleció 2 años post cirugía por muerte súbita asociada a una crisis. El período de seguimiento es de 6 meses a 9 años, dependiendo de la fecha de cirugía. Destaca que el 87,5% de los pacientes se encuentran en estadio IA de Engel (0 crisis) a los 6 meses post cirugía; a los 2 años 10 de 13 pacientes en IA (76,9%); a los 4 años 8 de 10 pacientes (80%) en etapa IA y a los 8 años de observación, 4 de 5 pacientes (80%) estaban en etapa IA de Engel. Además, en prácticamente todos los pacientes que estaban sin crisis se pudo reducir número de medicamentos y a los 2 años post cirugía el 76% de los pacientes estaban sin medicamentos o en monoterapia. La calidad de vida es calificada por su familia como buena o muy buena en 61,5% de los pacientes a los 2 años de la cirugía. Se concluye que la cirugía de la epilepsia del lóbulo frontal es una buena alternativa para niños portadores de epilepsia refractaria.

P17

CIRUGIA DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA EN EL NIÑO: HEMISFERECTOMIA.

Zuleta, A.; Cuadra, L.; Margarit, C.; Fuentes, A. Servicio de Neurocirugía Pediátrica, Hospital Instituto de Neurocirugía Asenjo (INCA).

El Servicio de Neurocirugía Pediátrica del INCA ha estudiado y operado a 8 niños portadores de epilepsia refractaria a tratamiento médico entre los años 1992 y 2002 (10 años). Estos pacientes tienen un período de seguimiento en promedio de 5,5 años (con un rango entre 1 y 10 años). La distribución por sexo es de 6 hombres y 2 mujeres en el momento de la cirugía. Dentro de los antecedentes mórbidos relacionados con epilepsia destacan: asfixia neonatal (1), Infección por CMV intrauterina (1) y encefalitis de Rasmussen (1). Todos los niños presentaban una calidad de vida muy mala. En los 8 niños se describe retraso del desarrollo psicomotor y todos estaban recibiendo politerapia al momento de la cirugía. El 100% de los pacientes presentaban crisis diarias, en 4 de ellos con el antecedente de status incontables. El tiempo que tuvieron epilepsia antes de la cirugía varió entre 6 meses y 17 años. La descripción de

las crisis correspondió a crisis parciales en los 8 niños. Todos los niños contaban con neuroimagen (Scanner y Resonancia Nuclear Magnética de cerebro). La RNM orientó al diagnóstico etiológico de la epilepsia en 7 niños: Trastorno de migración neuronal (5), Encefalitis de Rasmussen (1), Infarto vascular 2° a infección intrauterina por CMV (1). En 7 había localización del foco epileptogénico en EEG del hemisferio comprometido y en uno un foco lento en lado alterado, con actividad epiléptica en lado opuesto (Rasmussen). En 3 niños se realizó SPECT y este fue ictal. En todos los niños se realizó una hemisferectomía funcional. La neuropatología correspondió a: Panencefalitis (1), gliosis (1), TMN (4) y Atrofia y gliosis (1). Dentro de las complicaciones post quirúrgicas inmediatas destacan: S. febril (2), S. de secreción inapropiada de ADH (2), Diabetes insípida (1), Hematoma extradural (1) y subdural (2), y en 2 niños no se observó ninguna complicación. Al alta, 7 niños estaban libres de crisis y 1 de ellos a los 3 meses también estuvo libre de crisis. Dentro del seguimiento destaca que a los 6 meses los 8 niños estaban en la categoría I A de ENGEL (sin crisis) y que el DSM mejoró en 4 niños. Al año de seguimiento seguían los 8 niños en clase IA. A los 5 y 10 años de seguimiento, había sólo 2 niños, permaneciendo ambos en clase IA, estando 1 en monoterapia y 1 sin AE. La única secuela fue de una hidrocefalia, en un niño con hemimegalencefalia previa, el que mejoró con la instalación de DVP. Se concluye que la cirugía de la epilepsia con técnica de hemisferectomía es una alternativa excelente para los niños con epilepsia refractaria y que cumplen con los requisitos en el evaluó prequirúrgico.

P18

SÍNDROME DE DYKE DAVIDOFF MASSON. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

Benavides, R.; González, J.; Valenzuela, B.; Mena, F.; Devilat, M.

Serv. de Neurología y Psiquiatría. Centro de Epilepsia Infantil Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción. Este síndrome se caracteriza por presentar: asimetría en hemisferios cerebrales con hipoplasia o atrofia de uno de ellos, hipertrofia ósea compensatoria ipsilateral, hiperneumatización de senos paranasales, celdillas mastoideas, hemiplejía contralateral, convulsiones y diversos grados de retardo mental. Afecta ambos sexos y es de etiología desconocida.

Caso clínico. Escolar de 7 años, producto de primer embarazo, sin antecedentes prenatales, padres sanos no consanguíneos. A los 6 meses notan hemiparesia izquierda asociada a signos piramidales y a los 2 años de

edad presenta crisis parciales simples motoras y que en el transcurso de dos años evolucionan a complejas, cursando además con retardo del desarrollo psicomotor. La RNM se informó como atrofia del hemisferio cerebral derecho con "aparente" hipertrofia de hemisferio contralateral e hiperneumatización de celdillas mastoideas. Recibe tratamiento con Carbamazepina hasta los 4 años y luego se agrega Lamotrigina para controlar crisis. Con lo cual ha mantenido un promedio de una crisis por mes. El EEG muestra elementos de compromiso neuronal e irritativo Rolándico parietal derecho.

Conclusión. Se destaca la relevancia de la sospecha clínica para el diagnóstico de esta patología y la importancia de la revisión dirigida de los exámenes neuroimagenológicos asociado a una escasa bibliografía publicada hasta el momento y la etiología aún no precisada.

P19

SÍNDROME DE PRADER WILLI (SPW): SOSPECHA CLINICA Y DIAGNOSTICO PRECOZ.

Moreno, R.(1); Rivera, G.(1); Retamales, N.(2); Retamales, A.(2); Curotto, B.(3); Alliende, A.(3)

(1) Servicio Pediatría Hospital Regional de Temuco.

(2) U. de la Frontera, (3) INTA.

El SPW, se caracteriza por hipotonía neonatal, talla baja, obesidad, hiperfagia, hipogonadismo, manos y pies pequeños. En un estudio chileno la edad promedio diagnóstica fue 78 meses.

Objetivo. Descripción de 2 recién nacidos con SPW. Destacar criterios y pautas de sospecha clínica para diagnóstico precoz.

Método. Se describen 2 pacientes con sospecha clínica SPW antes del mes de edad, solicitándose exámenes moleculares. Se aplican criterios clínicos Consenso (1993) y se comparan con pauta del año 2001 **Caso 1.** RN sexo femenino con hipotonía severa, succión negativa. Eco cerebral y exámenes metabólicos normales. Evaluación genética 18 días de vida se sospecha SPW solicitando Test de Metilación que resulta compatible con diagnóstico y FISH normal **Caso 2.** RN sexo masculino con hipotonía severa, depresión respiratoria, succión escasa. TAC cerebral y exámenes metabólicos normales. Evaluación genética 20 días de vida se sospecha SPW. Vuelve a control al año 11 meses solicitando Test de Metilación y Cariograma, que resultan compatibles con diagnóstico.

Discusión. 17% de casos con diagnóstico molecular para

SPW no cumplen criterios de pauta de Consenso de 1993. El diagnóstico en RN y lactantes menores ha ido en aumento en últimos años, ya que los exámenes moleculares están más disponibles. Los criterios revisados del año 2001 permiten incluir los casos con sospecha clínica a edades más precoces.

P20

LEUCOENCEFALOPATIA CON QUISTES SUBCORTICALES. ASPECTOS CLINICOS E IMAGENOLÓGICOS. PRESENTACION DE UN CASO.

Troncoso, M.(1); Barrios, A.(1-2); Santander, P.(1); Bravo, E(3)

S. *Neurología Infantil H.C.S.B.A.*(1), *H. Rancagua* (2), *Neurorradiología INCA* (3).

Introducción. La leucoencefalopatía con quistes subcorticales o leucoencefalopatía con curso clínico leve discrepante es un desorden autosómico recesivo, producido por mutación del gen MLC1 en el cromosoma 22q. Se caracteriza por regresión del desarrollo psicomotor, macrocefalia adquirida, lento deterioro motor, ataxia, espasticidad. Las neuroimágenes revelan anomalías difusas de sustancia blanca, presencia de quistes subcorticales, especialmente frontal y temporal.

Caso Clínico. Paciente 22 meses, padres no consanguíneos, período perinatal normal, CC 35 cm. Evolucionan con retraso en adquirir hitos del desarrollo desde los 6 meses de vida, hipotonía axial, hipertonia distal e hiperreflexia generalizada, con incremento de circunferencia craneal porcentualmente mayor al de peso y talla. La TAC cerebral y RM evidencian compromiso extenso de sustancia blanca y presencia de un quiste temporal derecho. El estudio genético se encuentra en curso.

Comentario. Es importante considerar entre el diagnóstico diferencial de las leucodistrofias esta forma con quistes subcorticales, su acercamiento diagnóstico es posible con estudio de neuroimágenes y conocer su forma de herencia permite un adecuado consejo genético.

P21

SÍNDROME DE JOUBERT: REPORTE DE TRES CASOS.

Springmüller, D.; Mardones, M.; Mesa, T.; Hernández, M.; Escobar, R.

Servicio de Pediatría y Unidad de Neurología Infantil. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción. El Síndrome de Joubert es un síndrome

malformativo poco frecuente, producido por la agenesia parcial o total del vermis cerebeloso. Su herencia es autosómica recesiva, sin haberse encontrado aún los genes causales. Su fenotipo es muy heterogéneo, lo cual hace muy difícil su diagnóstico clínico. El reconocimiento de hallazgos clínicos y radiológicos característicos permiten realizar su diagnóstico.

Objetivos. Describir la presentación clínica, estudio diagnóstico y evolución de tres pacientes con este síndrome diagnosticados y controlados en nuestra institución.

Pacientes y Método: Revisión retrospectiva de los antecedentes clínicos de estos pacientes hasta Agosto de 2003.

Resultados. 2 pacientes son de sexo masculino, hermanos de padres no consanguíneos y el tercero de sexo femenino. Todos con antecedentes perinatales de ser recién nacidos prematuros (36 a 37 semanas de edad gestacional) y uno con fisura labiopalatina. Ningún paciente tuvo otra malformación asociada. Todos presentan desde período neonatal episodios de hiperpnea alternados con períodos de apneas de duración variable, hipotonía de origen central, alteración de la succión y deglución y alteraciones al examen oftalmológico (2 pacientes con nistagmo y el tercero con ptosis unilateral y anisocoria). Los tres pacientes evolucionan con retardo del desarrollo psicomotor importante (RDSM). En todos se realiza estudio etiológico destacando cariograma, screening para enfermedades metabólicas, Fondo de Ojo, Ecografía abdominal y renal normales. En dos pacientes se realiza Polisomnografía que confirma patrón respiratorio de hiperpnea/apnea. Se realiza estudio radiológico del sistema nervioso central (SNC) (un paciente con Tomografía Axial Computada, uno con Resonancia nuclear Magnética y uno con ambas) que muestra hipoplasia del Vermis Cerebeloso en dos pacientes y agenesia en uno asociada a pedúnculos cerebelosos elongados y fosa interpeduncular profunda conformando en todos la imagen característica del "signo del molar". Actualmente los 3 pacientes (7, 4 y 2 años) presentan grados variables de retardo del desarrollo psicomotor logrando los dos mayores un lenguaje expresivo básico. Todos se encuentran en rehabilitación motora y tienen evaluación psicométrica con coeficientes intelectuales entre normal y normal-límite.

Conclusiones. El diagnóstico de Síndrome de Joubert se puede realizar conociendo los hallazgos característicos al examen clínico, polisomnográfico y estudio radiológico del SNC.

P22**NEUROFIBROMATOSIS TIPO I. SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE 10 AÑOS EN EL S.S. METROPOLITANO SURORIENTE. SANTIAGO DE CHILE. 1992-2002.**

Schlack, L.; Briones, C.; Förster, J.; Carmona, O.; Vicentini, E.; Margarit, C.; Arriaza, M.; Guerrero, A.; Ramos, M.J.; Cunnaza, A.; Díaz, M.

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Dr. Sótero del Río.

Objetivo. Comunicar la experiencia en el seguimiento longitudinal de niños con Neurofibromatosis tipo I (NF I) y delinear un protocolo de seguimiento racional, basado en la edad de aparición de los signos clínicos y complicaciones.

Material y métodos. Revisión de fichas de pacientes con criterios diagnósticos de NF I (National Institute Of Health Consensus Development Conference, 1987) y menores de 5 años con sospecha clínica, que completaron protocolo de estudio ad hoc.

Resultados. Entre el 1-1-1992 y el 31-8-2003 ingresan 46 niños con diagnóstico de NFI, 34 mantienen control y constituyen el universo de este análisis.

Prevalencia: 1:5.386 menores de 15 años.

Edad diagnóstico: 74 % antes de los 5 años, 26 % entre 5-15 años.

Antecedente familiar de NF I: 59%

Sexo: 51% femenino, 49% masculino.

Manchas café con leche: 70% presentes desde RN. 65% con número entre 6-20 manchas. 9% con > de 40 manchas.

Efélides: axilares o inguinales: 53% de los pacientes. 20% presentes desde neonato.

Neurofibromas cutáneos: 70% de los pacientes, aparición a los 10 años promedio.

Neurofibroma plexiforme : 6% presentes desde periodo de recién nacidos.

Nódulos de Lisch: 15% de los pacientes, edad promedio de detección 10 años.

Glioma de vía óptica : 9% de los pacientes. (2 en <2 años y 1 a los 10 años).

Displasia de huesos largos: 6%

Psicometría: (21 pacientes) 80% C:I: normal. 10% C:I: limítrofe. 10% Retardo Mental

Otros: Retraso psicomotor 26%; macrocefalia 18%; talla baja 29,4%; epilepsia 3%.

Comentario. El seguimiento longitudinal de estos pacientes nos sugiere que es factible guiar la solicitud de exámenes complementarios a los hallazgos clínicos y la

edad del paciente, en oposición a un screening indiscriminado en búsqueda de todas las complicaciones descritas en la literatura. Recalamos la necesidad de neuroimagen cuando el diagnóstico de NF I es precoz y no hay colaboración para un examen oftalmológico confiable (< 6 años).

La mejor herramienta de screening es el examen clínico completo seriado, en pesquisa de complicaciones.

P23**SÍNDROME VELOCARDIOFACIAL: CAUSA FRECUENTE DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.**

Varela, X.; Avaria, M. A.; Villaseca, C.; Kleinsteuber, K.; Faúndez, J. C.; Ponce, S.; Rodillo, E.

Unidad de Neurología, Hospital Roberto del Río, Departamento de Pediatría Universidad de Chile, Campus Norte.

Introducción. El Síndrome Velocardiofacial (o síndrome de delección 22q11) constituye el síndrome de delección cromosómica más frecuente en la población general, siendo el segundo en frecuencia del total de los trastornos cromosómicos, después del Síndrome de Down. Comprende un amplio perfil de malformaciones: cardíacas, velopalatinas, dismorfias faciales, retraso global del desarrollo psicomotor, inmunodepresión, aplasia tímica e hipocalcemia, siendo estas 3 últimas, características de la secuencia de DiGeorge.

Objetivos. Revisar una serie de 8 casos, en los que se confirma la amplia variedad clínica y destacar el compromiso del SNC en todos los casos.

Pacientes. Se presentan 8 pacientes, seis con diagnóstico confirmado mediante FISH positivo para delección de cromosoma 22. Los pacientes se presentaron como retraso global del desarrollo psicomotor, de predominio en lenguaje, y 2 de ellos debutan con convulsiones febriles. Otras alteraciones: 5/8 presentan cardiopatía congénita, 5/8 presentan malformación velopalatina, 2/6 presentan neuroimágenes alteradas. En 6 de los niños el diagnóstico se realizó después de los 5 años.

Conclusion. Se confirma la asociación de RDMS y delección del cromosoma 22, no necesariamente asociado a cardiopatía congénita y malformaciones velopalatinas, por lo que es importante considerar el síndrome velocardiofacial dentro del diagnóstico diferencial de retraso del desarrollo.

P24**EVALUACION Y PERCEPCION DE COMPETENCIA EN**

PEDIATRIA DEL DESARROLLO EN ALUMNOS DE POSTGRADO DE PEDIATRIA.

Muñoz, T.(1); Contreras, E.(2); Peralta, S.(2); Avaria M. A. (1)

(1) Servicio de Neuropediatría Hospital Roberto del Río.

(2) Hospital Luis Calvo Mackena.

Objetivos. Evaluar información adquirida relacionada a pediatría del desarrollo, y opinión acerca de pasantía por Neuropediatría y autoevaluación de destrezas en esta área en alumnos de programas de formación en Pediatría.

Introducción. El pediatra se ve enfrentado cotidianamente a problemas del desarrollo que han adquirido relevancia con los cambios en la morbilidad pediátrica, por lo que es necesario incorporar estos tópicos en el currículo. Actualmente la pasantía por Neurología Pediátrica, donde se logran la mayor parte de estos contenidos dura un mes.

Materiales y métodos. Se aplicó cuestionario a 46 alumnos del programa de formación en Pediatría UChile de 2 Hospitales de Santiago.

Se evaluaron conocimientos teóricos y percepción de cantidad y calidad de contenidos logrados.

Resultados. Ningún alumno contestó 100% de preguntas correctas. El 56.6% obtuvo 4-5 respuestas correctas. Los alumnos de primer y tercer año obtuvieron ≥ 5 respuestas correctas en 65% y 37,5% respectivamente. La mayoría opina que contenidos otorgados son insuficientes y considera regular su capacidad en resolución de problemas.

Conclusión. Tanto evaluación objetiva como auto-evaluación subjetiva muestran debilidad en temas de desarrollo. Debe aumentarse el tiempo destinado a pasantía por neurología o desarrollar otras actividades que permitan el logro de conocimientos adecuados en esta área.

P25

REHABILITACION DE TRASTORNOS DE LA DEGLUCION (TD) EN PACIENTES NEUROLOGICOS.

Salinas, L.; Flores, C.; Escobar, R.

Neuro-rehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas. Departamento de Pediatría. P. Universidad Católica de Chile.

Los TD son frecuentes en pacientes neurológicos, siendo su rehabilitación esencial debido a las repercusiones negativas en la salud. Una precisa evaluación clínica y radiológica, debería llevar a una objetivación adecuada

de la funcionalidad, permitiendo un adecuado plan de rehabilitación, y consecuente mejoría de la dishabilidad. Presentamos 17 pacientes neurológicos, edad promedio 11,7 meses (2 a 46), a quienes se les diagnosticó TD a través de la aplicación de pauta de evaluación clínica, que incluyó examen directo del paciente y entrevista a padres, y evaluación radiológica a través de videodeglución. En base al diagnóstico funcional, se efectuó plan de rehabilitación neurológica, que incluyó técnicas de estimulación ad hoc y seguimiento clínico y/o radiológico. Todos los pacientes pudieron ser clasificados en tipos específicos de TD. Tres pacientes fueron dados de alta (18%), su tiempo de tratamiento fue 4,6 meses (1 a 10). Siete abandonaron tratamiento (6 por causa desconocida, 1 por indicación médica). Uno falleció (sin relación a aspiración o desnutrición). Seis se mantienen en tratamiento (35%), observándose mejoría significativa en 2 (disminución de disfuncionalidad e inicio de alimentación). A través de un adecuado diagnóstico funcional, la rehabilitación de TD, en pacientes neurológicos, es factible de objetivar y muestra ser efectiva.

P26

EFFECTIVIDAD DE LA "TERAPIA DE RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO" EN LA REHABILITACION DE HEMIPARESIA BRAQUIAL EN NIÑOS. COMUNICACION PRELIMINAR.

Herrera M. P.(1); Mery, H.(2); Schönstedt, M.(1); Miranda M.(1); Escobar, R.(1).

(1) Neurorehabilitación y Enfermedad Neuromusculares Pediátricas, P. Universidad Católica de Chile.

(2) Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago, Teletón.

La rehabilitación neurológica de la dishabilidad secundaria a un daño neurológico central o periférico, ha llevado al desarrollo de diferentes técnicas terapéuticas, cuya efectividad es preciso demostrar. Diferentes técnicas se han descrito en la rehabilitación de la hemiparesia braquial, secundaria a un daño cortical cerebral contralateral o a un daño del plexo braquial homónimo. La restricción de movimiento (TRM) es una técnica de uso reciente y que aparentemente tiene una alta efectividad en la rehabilitación de este tipo de dishabilidad. Esencialmente esta técnica restringe totalmente la movilidad de la extremidad sana, por un periodo de 21 días, "obligando" al paciente a sólo utilizar su extremidad parética. Esta comunicación preliminar muestra el resultado del uso de TRM, en forma prospectiva, en el tratamiento de hemiparesia braquial en dos niños ingresados a la primera fase de un estudio comparativo entre diferentes técnicas terapéuticas para este tipo de déficit. Los pacientes son uno de 3 años 11 meses de

edad, portador de una hemiparesia facio-braquio-cruval derecha, secundaria a infarto isquémico del territorio ACM derecha, y otro de 2 años de edad, portador de una paresia braquial izquierda, secundaria a una plexopatía braquial homónima (territorio C5-C6). Ambos pacientes fueron videados sin ropa, desde la cintura hacia arriba, mientras realizaban una serie de actividades pre-establecidas con ambas extremidades superiores, por un tiempo de 10 minutos. Las grabaciones fueron efectuadas en plano lateral y frontal, siempre en el mismo espacio físico. Estas fueron efectuadas al inicio de la TRM y al finalizarla. Un mes post término de la TRM se videó de manera de control. Las filmaciones fueron posteriormente analizadas por dos terapeutas, en forma independiente, quienes no conocían los pacientes y en un orden de video al azar. Cada terapeuta evaluador entregó, luego del análisis de cada video, un puntaje de acuerdo a una pauta preestablecida, para la habilidad observada en ambas extremidades. Luego de 3 semanas de aplicar la TRM (21 días), se observó un avance significativo en todas las habilidades evaluadas, en ambos niños. De acuerdo a estos resultados preliminares, es posible plantar la TRM aparenta ser una técnica de rehabilitación neurológica efectiva en el tratamiento de la paresia braquial.

P27

POLISOMNOGRAFIA EN UN SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

Concha, M.C.; Hernández, A.; Rojas, C.; Troncoso, M.; Troncoso, L.

Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Objetivo. Mostrar la experiencia del hospital Clínico San Borja Arriarán en 40 casos de polisomnografía y/o poligrafía.

Material y método. Entre Abril y Septiembre del 2003, se realizan 40 exámenes de polisomnografía y poligrafía en equipo Cadwell con protocolo de sueño y en sala acondicionada. Poligrafía de 6 horas en menores de 2 años y polisomnografía de 12 horas en los mayores. Phmetría y ventilación no invasiva en casos necesarios.

Resultados. El rango de edad fue entre 1 mes y 22 años. Los diagnósticos fueron: apnea del sueño en 23 casos (18 lactantes); 5 roncoadores nocturnos asociados a trastornos del sueño y 6 miopatías congénitas. En 2 pacientes se registró con Phmetría por sospecha de Reflujo Gastroesofágico asociado a apnea y en un paciente con BIPAP. Se obtuvo una eficiencia de sueño mayor al 85% en el 55% de los pacientes. Se confirmó la

sospecha diagnóstica en el 34% de los casos y 11 polisomnografía resultaron normales.

Conclusión: La polisomnografía en un servicio público de neurología infantil es factible y de gran utilidad, permitiendo un diagnóstico oportuno y conducta adecuada en más de la mitad de los pacientes. La eficiencia del examen fue regular, dado que se trata de pacientes pediátricos, por lo que se considerará realizar poligrafía diurna sólo en los menores de 6 meses.

P28

CORRELACION ENTRE EDAD GESTACIONAL Y PARAMETROS ANATOMICOS EN UNA ECOGRAFIA CEREBRAL.

Villegas, V.(1); Contreras, J.(2)

(1) Unidad de Neonatología, H.C.V.B., Valpo.

(2) Unidad de Neuropsiquiatría Infantil H.C.V.B. Valparaíso.

Introducción. La ecografía cerebral (EC) en los últimos años se ha convertido en un examen fundamental en la constatación de patologías a nivel neonatal.

Objetivo. Determinar los parámetros anatómicos presentes en una EC que se relacionan con una edad gestacional (EG) determinada.

Metodología. Del total de EC realizadas entre Enero y Junio del 2003 en la unidad de neonatología del HCVB se seleccionaron al azar un total de 260 EC normales pertenecientes a RN de distintas EG. Se evaluó la longitud del cuerpo caloso (CC), cavidad craneana (CCR) y fosa posterior (FP) en los planos sagitales, mientras que en el plano coronal se evaluó la longitud y el ancho de la cisura lateral (CL). Los resultados fueron promediados y ordenados por EG.

Resultados. En general la longitud del CC es de hasta 3.2 cm en < de 30 semanas de EG, hasta 3.7 cm entre 30-38 semanas y hasta 4.9 cm sobre 38 semanas. La longitud CCR hasta 8cm en < de 30 semanas, hasta 11 cm entre 30-38 semanas y hasta 13cm en > 38 semanas. La longitud FP para < 30 semanas hasta 2.2 cm, hasta 2.8 cm entre 30-38 semanas y hasta 4.5 cm en > 38 semanas. Finalmente el ancho de la CL varía entre 0.1-0.3 cm en toda EG, mientras que su longitud para < 30 semanas fue hasta 0.5 cm, hasta 1.1 cm entre 30-38 semanas y hasta 2 cm en > 38 semanas.

Conclusión: La longitud CC, CCR y FP en plano sagital aumenta progresivamente a mayor EG. La longitud de CL

es un parámetro más confiable que su ancho en cada EG evaluada.

P29

CEFALEAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

Mardones, M.; Hernández, M.; Mesa, T.; Escobar, R.
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción. La cefalea es un síntoma común en la práctica pediátrica y motivo de consulta principal en Neurología Infantil. Se pueden dividir en 5 patrones temporales (agudo, agudo recurrente, crónico no progresivo, crónico progresivo y mixto). En los SU Infantil uno de los objetivos principales es pesquisar signos de patología orgánica intracraneana, identificando el patrón crónico progresivo y signos de alarma (ubicación occipital, incapacidad de describir dolor y examen neurológico alterado), que serían indicadores de estudio complementario. En los estudios de cefalea en SU, la causa principal de estos ha sido patología infecciosa no encefálica.

Objetivos. Describir patrones temporales y aproximación etiológica de consultas por cefalea en servicio de urgencia, junto a la presencia de signos de patología orgánica, estudio y tratamiento indicados en estos pacientes.

Pacientes y Método. Se realizó estudio retrospectivo de fichas de urgencia pacientes que consultaron por cefalea en el SU pediátrico del Hospital Clínico de la PUC desde Mayo 2001 hasta Junio 2002.

Resultados. Se revisaron 173 fichas de consulta por cefalea en SU. La edad promedio fue 8.9 años, y 54.3% eran hombres. De los patrones temporales, un 77.4% presentó cefalea aguda, de ellas 53.0% secundarias a infecciones no encefálicas. De las agudas recurrentes (15.6%) un 92.6% eran migrañas y de las crónicas no progresivas (5.8%) en 6 no fue posible llegar a diagnóstico. Dos pacientes con cefaleas crónicas progresivas (1.2%) correspondieron a hematoma subdural y tumor cerebral. En 32.4% de las consultas no se pudo aproximar diagnóstico con los datos disponibles y un patrón temporal dado. Un 5.8% de los pacientes presentaron un examen neurológico alterado y 6 ubicación occipital. Se solicitó neuroimagen en 30.6% de los pacientes con 7 alteradas. De estos últimos, todos tenían un examen físico alterado y ninguno presentaba cefalea occipital. En un 49,7% de los pacientes se indicó tratamiento sintomático, con 105 indicaciones de medicamentos, siendo AINES lo más frecuente (70.5%), solos o asociados con antieméticos o

corticoides. Se hospitalizó 8.7% de los pacientes.

Conclusiones. Concordando con la literatura la causa más frecuente de consulta por cefalea en urgencia son las infecciones no encefálicas. La evaluación clínica en un servicio de urgencia permite una aproximación diagnóstica identificando el patrón temporal de la cefalea. Este último y un examen neurológico alterado son los elementos más útiles en la identificación de patología orgánica subyacente.

P30

CEFALEA Y ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) EN NIÑOS

Solarí, F.; Vásquez, J.; Nuñez, B.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hosp. San Juan de Dios y Hosp. Dr. Félix Bulnes C.(HFB).

La cefalea en niños es una causa frecuente de consulta en nuestro policlínico y produce una alta demanda de exámenes de electroencefalograma. Por ello se decidió analizar la cantidad de exámenes solicitados por primera vez, durante un año calendario, por estudio de cefalea, su rendimiento y apoyo diagnóstico.

Método. Se tomaron todos los exámenes realizados durante Agosto de 2002 a Julio 2003, enviados con diagnóstico de cefalea, se analizó resultado EEG y revisión de los casos clínicos cuando la conclusión no era normal.

Resultados. Durante este período se realizaron 814 EEG pediátricos del área HFB, de los cuales 138 (16,9%) fueron por cefalea; 74 (54,4%) varones y 63 niñas (45,6%). La edad promedio fue de 9 años, con un rango entre 3 y 15 años. Se usó en el trabajo, el diagnóstico de cefalea al momento de la primera derivación a examen, dividiéndose como crónicas 129 (93,5%), agudas 6 (4,3%) y crónicas progresivas o reagudizadas 3 (2,2%). Las crónicas se subdividieron según la derivación inicial en: en estudio 95, migraña 28 y mixta 6. Los EEG informados como normales fueron 125 (90,6%) y alterados 13 (9,4%). Dentro de las cefaleas crónicas sólo el 6,5% tuvo un EEG alterado, contra el 66,6% de las agudas. Se analizaron otros síntomas neurológicos asociados al momento de la consulta (epilepsia, tanto sospecha como haber presentado antes, síncope, déficit motor y síndrome vertiginoso). En las cefaleas crónicas se asoció en 8/125, y 5 de estos tuvieron EEG alterado (5 de 9;55,5%) y en las agudas en 2/6. Dentro de los EEG alterados 6 registraron actividad específica epiléptica y uno de ellos ictal. Se inicia tratamiento antiepiléptico en dos pacientes.

Discusión: La población analizada de 138 EEG/niños posee una distribución por edad, sexo y tipo de cefalea, acorde a lo descrito en la literatura. En cuanto a la positividad del EEG en niños, como parte del estudio de cefalea, es muy baja en general (<10% en este estudio), pero cuando a la cefalea se asocian factores de riesgo como inicio agudo y otros síntomas y signos neurológicos, principalmente epilepsia, la positividad aumenta a un 66,6% y 60% respectivamente. Por esto recomendamos solicitar dicho examen no de rutina, sino cuando a la clínica de cefalea se asocien otros síntomas o patologías y con ello la utilidad del trazado.

P31

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV) ISQUEMICOS EN NIÑOS: PRESENTACION CLINICA, RADIOLOGIA Y ESTUDIO ETIOLOGICO.

Quitral, M.; Sanz, H.; Grossmann, I.; Contreras, J.; Cabello, J.F.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción. Los ACV isquémicos en niños son infrecuentes, incidencia de 1.2/100000/año. Las etiologías son diferentes a las del adulto requiriendo para su diagnóstico, estudio adecuado para tratamiento óptimo.

Objetivos. Describir forma de presentación, hallazgos radiológicos y etiología. Discutir enfrentamiento del estudio etiológico y tratamiento.

Materiales y Métodos. Revisión retrospectiva de ACV isquémicos en niños de 1 a 15 años hospitalizados en Pediatría entre 1996 y 2003. Estudio etiológico mediante: ecocardiograma transtorácico, TAC cerebral, estudio de trombofilia, RM, Angioresonancia.

Resultados. 4 casos, edades entre 1 año 6 m y 14 años, 2 hombres y 2 mujeres, 3 se presentan como hemiparesia contralateral a la lesión y uno como crisis convulsiva parcial compleja. Todos presentaban imágenes radiológicas que explicaban el cuadro clínico. Se pesquió 1 hipercolesterolemia y 1 trombocitosis, los otros 2 pacientes permanecen sin etiología. Todos los pacientes se encuentran en terapia profiláctica con Ac. Acetil salicílico. 3 pacientes sin secuelas y uno con temblor grueso en hemicuerpo derecho.

Discusión. A pesar de lo poco frecuente de esta patología en los niños, es un diagnóstico para considerar y resulta perentorio realizar el estudio adecuado para definir etiología, dada la importancia de una terapéutica adecuada para su prevención. Es discutible el tipo de profilaxis ya

que los tratamientos en adultos no se encuentran suficientemente validados en niños.

P32

FISTULA ARTERIOVENOSA CEREBRAL (FAVC): PRESENTACION CLINICA Y TRATAMIENTO.

Rivera, G.(1); Toledo, M.I.(1); Molina, J.; Badilla, L.(2); Triviño, D.(3)

(1) Neurólogo Infantil Cardiólogo Infantil. Hospital Regional Temuco.

(2) Neuro-radiólogo. INCA.

(3) Bec. Neurología Infantil HLCM.

Introducción. Las FAVC son lesiones congénitas poco frecuentes, son de interés por sus implicancias clínicas y avances en el tratamiento. El objetivo es comunicar un caso de FAVC diagnosticada por ICC y tratada exitosamente por embolización.

Caso Clínico. Paciente sexo femenino, evaluada a los 12 días de vida, por soplo cardíaco sistólico. A los 20 días ecocardiografía no demostró defectos estructurales. Por leve dilatación del VI se cita a control a los 3 meses. A esta edad presenta en radiografía de tórax leve cardiomegalia, en ecocardiografía mayor dilatación VI. Reevaluación clínica demuestra soplo continuo en fontanela. Se deriva a centro neuroquirúrgico. TAC cerebral y doppler carotídeo normales. Angiografía muestra gran fístula dural arteriovenosa yugular derecha alta del golfo, aferentada por gruesa rama de arteria occipital. Se realiza embolización con coils GDC-18 con oclusión prácticamente completa de esta. Al control sin soplo en fontanela. Ecocardiografía control con regresión de dilatación de VI.

Conclusiones. Las FAVC son poco frecuentes pero deben considerarse como causas de ICC. Es posible su detección precoz, con auscultación de rutina de la fontanela en el recién nacido. La incorporación de nuevas técnicas intervencionales hace posible la resolución de esta patología con una menor morbimortalidad y resultados exitosos, como se demuestra en esta paciente.

P33

MALFORMACIONES VASCULARES CEREBRALES EN NIÑOS

Troncoso, M.(1); Velásquez, A.(1); Troncoso, L.(1); Guerra, P. (2); Nilo, K.(3); Bravo, E.(4); Badilla, L. (4)

(1) Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. HCSBA.

(2) Hospital de Puerto Montt.

(3) Hospital de Copiapó.

(4) Instituto de Neurocirugía.

Introducción. Los accidentes cerebro vasculares (ACV) en la infancia afectan a 2,7 por 100.000 niños. Dentro sus causas están las malformaciones vasculares cerebrales (MVC) que constituyen un grupo heterogéneo de anomalías estructurales de la vasculatura cerebral.

Objetivos. Exponer nuestra experiencia en relación a estas alteraciones como productores de ACV en pediatría.

Material y métodos. Se revisaron los antecedentes clínicos de todos los pacientes en control en nuestro centro con el diagnóstico de ACV y se analizaron los que presentaron como etiología alguna MVC.

Resultados. De un total de 73 pacientes con ACV estudiados en nuestro centro encontramos que en 19 de ellos (28,7 %) presentó MVC. Cavernoma (6/21), MAV (8/21), aneurisma (1/21), secundario a patología sistémica (5/21), angioma venoso (1/21). El debut en estos pacientes fue con cuadros convulsivos 38% que motivaron el estudio por neuroimágenes. Con menor frecuencia se presentaron como déficit focal 19% o cefalea 9%. La evolución fue satisfactoria tanto en los pacientes que fueron sometidos a cirugía como en los que recibieron tratamiento médico.

Conclusiones. La frecuencia con la cual se presentan las MVC como etiología de ACV en la infancia nos obliga a realizar un completo estudio imagenológico para lograr el diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno.

P34

HIPERTENSION ENDOCRANEANA SECUNDARIA A TROMBOSIS DE SENOS.

*Dreessen, J.; Prelo, M.; Rojas, V.; Andrade, L.; Gutiérrez, E.; Rodríguez, J.
Hospital Naval Almirante Nef, Hospital Gustavo Fricke.*

Introducción. La trombosis de senos venosos cerebrales asociado a síndrome nefrótico ha sido reportada infrecuentemente en la literatura.

Objetivo. Presentar un caso de trombosis de seno sagital en paciente nefrótico, clínica, tratamiento y evolución.

Caso Clínico. Paciente nefrótico córtico sensible, con función renal preservada, diagnosticado a los 18 meses de vida. A los 14 años consultó por tos, fiebre, cefalea. Se constata recaída de su Síndrome nefrótico, evolucionó con compromiso superficial y fluctuante de conciencia, edema de papila. Angio-RM evidenció trombosis de seno longitudinal superior, sin otras alteraciones. LCR: citoquímico normal, presión: 44 cms de H₂O. Estudios de

coagulación, repetidos durante la evolución, se revelaron normales: anticoagulante lúpico, proteína S, C, antitrombina III, tiempo de protrombina, TTPK, productos de degradación de fibrinógeno, homocistina plasmática. Un aumento progresivo de títulos de anticuerpos IgM anticardiolipinas fue demostrado en el tercer mes de evolución, determinando el inicio de terapia anticoagulante permanente. El edema de papila regresó a partir del tercer mes de evolución. El paciente se encuentra actualmente asintomático.

Comentario. Como este cuadro es muy infrecuente, se debe tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

P35

PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE CAROTIDA INTERNA TRATADO CON STENT, EN ESCOLAR.

Bravo, E.;(1); Rauch, E.(2); De Mola, J.(1); Erazo, R.(2); Muñoz, J.(2)

*(1) S. Neuro-radiología. Instituto de Neuro-cirugía Asenjo.
(2) S. Neurología-Psiquiatría H. Luis Calvo Mackenna.*

Introducción. La interrupción completa de la pared arterial origina pseudoaneurisma (PsA) cuando el hematoma queda comunicado al flujo sanguíneo formando un saco aneurismático. Ocurre por trauma cerrado o penetrante. PsA traumático de carótida extracraneal es raro, más aún en niños. El stent permite ocluir parcialmente la brecha traumática, desviar el flujo, favorecer la trombosis del PsA.

Objetivo. Presentar el caso de un niño con PsA del segmento cervical de carótida interna (CI), por trauma cerrado y su manejo con stent carotídeo.

Caso clínico. Escolar de 12 años, sufre trauma craneal izqdo. al caer desde altura. Sin fracturas ni complicaciones en 48 hrs. de obs. Al mes aparece otalgia, tinitus, aumento de volumen retroauricular pulsátil, parálisis facial periférica, hipoestesia facial baja. ECO-Doppler y TAC cervical muestran PsA carotídeo. Angiografía cerebral confirma PsA en CI cervical izqda., proyectándose hacia espacio parafaríngeo (26 mm eje mayor). Por vía femoral se coloca stent endovascular (Carotid Wallstent Monorail 8 por 29 mm) exitosamente. Queda con terapia antiagregante, Ac. Acetilsalicílico y Clopidogrel por 45 días. Al mes, TAC cervical muestra importante reducción de volumen. Estudio radiológico en 3 meses decidirá uso de coil.

Conclusión. El tto. endovascular con stent puede ser un procedimiento alternativo a la cirugía, menos invasivo, adecuado al reparar una lesión traumática de carótida cervical alta, factible de realizar en niños.

P36**MIXOMA AURICULAR MANIFESTADO POR TIA Y FALLECIMIENTO.**

Méndez, F.; Kleinstauber, K.; Veloso, L.; Montecinos, O. Hospital Roberto del Río.

Objetivo. Presentar un caso de mixoma auricular que se manifestó como accidentes isquémicos transitorios con fallecimiento en pocas horas.

Historia. V.B.M. 7años. Único antecedente CIV diagnosticada en período neonatal con alta luego de 1 año con control cardiológico.

Previamente sana a las 08:45 presenta bruscamente cefalea, náuseas, vómitos seguidos de compromiso de conciencia y relajación esfinteriana. Posteriormente recuperación parcial, somnolienta, quejumbrosa, no moviliza extremidades derechas, movimientos de extensión en brazo izquierdo.

09:40 (SAPU): Taquicárdica, hipotensa e hipotérmica. Glasgow: 10, desviación de la mirada y hemiparesia izquierda. Diagnóstico: AVE, encefalitis y traslado.

10:32 (Urgencia) Hipotérmica, pálida, fría, deshidratada, somnolienta, quejumbrosa, crépitos en base derecha. Se diagnosticó: Sepsis, se aportó volumen y se trasladó.

12: 30 (UCI). Glasgow: 6, Pupilas mióticas, ROT asimétricos, plantar asimétrico.

Se conectó a ventilación mecánica.

13:45 Bradicardia y luego paro cardiorrespiratorio, no se recupera.

14:00 Fallece. Autopsia: Lesiones isquémicas cerebrales antiguas. Mixoma Auricular embolizante que obstruye aurícula izquierda.

Conclusión. Si bien las causas cardiogénicas son poco frecuentes en la etiología de las crisis isquémicas transitorias, deben considerarse como posibles en paciente con síntomas neurológicos episódicos.

P37**CASO CLINICO: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN RECIEN NACIDO DE PRE-TERMINO (RNPT).**

Solari, F.; Cortés, E.; Heredia, M.L.; Zamora, M.; Darrichon, M.; Guevara, A.; Agurto, P.

Servicio de Neurología Infantil y Neonatología, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

La trombosis venosa en RN es una patología poco frecuente, generalmente de mal pronóstico y de tratamiento controversial. Por ello se presenta el caso de un recién nacido de nuestro Servicio, RNPT 34 s., grande para la edad gestacional, primer hijo de madre

adolescente, parto desencadenado por una ruptura prematura de membranas, distócico (fórceps). Niño al nacer cursa con una asfixia severa, hipotónico, lesiones erosivas y equimosis faciales, hematoma cervical y plejía de extremidad superior derecha. A las 48 horas de vida presenta episodio convulsivo, clónico de hemicuerpo izquierdo, cediendo al uso de Fenobarbital 20 mgr/kg EEG de sueño quieto con una asimetrías posterior derecha y TAC con una trombosis parcial de seno sagital, sin daño parenquimatoso evidente. Ecografía doppler muestra flujo venoso en senos. Se realiza estudio de coagulación básico, proteína C, proteína S, antitrombina III y estudio cardiológico que resultan normales. Se decide no tratar con anticoagulantes (heparina de bajo peso molecular) por ser parcial. El niño evoluciona con mejoría de su estado de conciencia en forma progresiva, sin nuevas crisis epilépticas, persistiendo una hipotonía axial y su plejía de extremidad derecha. Se confirma por Resonancia Nuclear Magnética cervical y de plexo, más electromiografía, una sección completa del plexo braquial derecho.

Conclusión y discusión. Creemos importante compartir este caso, ya que en la literatura existe controversia sobre el tratamiento de este tipo de patología, si se debe ser expectante, o agresivo con anticoagulantes; más aún, por la escasa frecuencia es difícil de realizar un estudio controlado, randomizado y con un n significativo. Dado la causa traumática de la trombosis en este niño, habiendo descartado una coagulabilidad patológica y siendo parcial la obstrucción, planteamos la conducta conservadora. Esta conducta nosotros la apoyamos en todo RN con una causa no persistente de base y con obstrucción parcial del seno venoso que no produzca ectasia venosa.

P38**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A CRISIS HIPERTENSIVA.**

Birke, M.L.; Soto, G.; Mansilla, V.

UCIP-Hospital Regional de Antofagasta.

Los AVE en niños tienen una incidencia de 6/100.000 y el 5% de todas las hemorragias subaracnoideas (HSA) se presentan en niños. Las malformaciones arteriovenosas y los aneurismas son la causa más frecuente de HSA en niños. También son consecuencia de coagulopatías, trombosis de senos venosos, traumatismos e ingesta de drogas. La hipertensión arterial como factor predisponente es excepcional en niños.

Caso Clínico. Escolar de 6 años, sano, con antecedente de infección urinaria a los 3 meses de vida y reflujo vesicoureteral grado I izquierdo Cintigrama Renal normal.

Abandona controles a los 3 años de vida, evolucionando asintomático. Abuelo paterno con hipertensión arterial.

En Mayo de 2003 ingresa por cuadro brusco de cefalea, dolor precordial, mareos y náuseas. Al examen: Glasgow 14, PA de 227/195 mmHg, nistagmus multidireccional, signos meníngeos positivos, hemiparesia braquiocrural izquierda, dismetría y ataxia. HSA grado III NFNS.

Exámenes. TAC de encéfalo muestra HSA con compromiso de cisternas crurales. Angioresonancia normal, con senos venosos libres. Fondo de ojo con ingurgitación retinal por HTA de instalación aguda. Función renal y tiroidea, ECG y Ecocardiograma normales. Se descarta feocromocitoma con TAC toracoabdominal, MIBG y ac. Vanillilmandélico normales. Se pesquisa hiperreninemia secundaria a RVU, descartándose estenosis de arteria renal como etiología de HTA. Se maneja con diuréticos y antihipertensivos combinados, con control de HTA.

Actualmente con propranolol, evoluciona con hemiparesia BC izquierda leve Y PA normal.

Presentamos este caso, debido a que la hipertensión arterial como causa de HSA es excepcional, lo que nos obliga a descartar causas más frecuentes de HSA en niños y a ser exhaustivos en precisar la etiología de la hipertensión.

P39

MIOPATIAS NEONATALES: DIAGNOSTICO PRECOZ Y PRONOSTICO.

Erazo, R.(1); Las Heras, J.(2); González, S.(3); Henríquez, A.(1); Schulz, M.(3); DiMauro, S.(4)

(1) S. Neurología H. L. C. Mackenna

(2) A. Patológica, Hosp. San Borja Arriarán

(3) Clínica Alemana

(4) Columbia University NY.

Introducción. Las miopatías hereditarias pueden producir cuadros severos en el recién nacido(RN).

Objetivos. Presentar clínica de miopatías neonatales, demostrar factibilidad del diagnóstico precoz y establecer pronóstico.

Método. Se describe 15 RN (9 varones y 6 mujeres) con miopatía, diagnosticados mediante biopsia muscular por punción entre la 1ª semana y el año de vida, desde 1996 al 2003, Hospital L. C. Mackenna.

Resultados: Antecedentes prenatales: Movimientos fetales escasos: 6 RN, polihidramnios materno: 5 RN. Consanguinidad paterna: 0 RN ant. familiares miopatía:

2. Pretérmino: 7 RN. Apgar bajo 6 a 10': 5 RN. Signos clínicos: Hipotonía severa, diparesia facial y t. Alimentarios (15), t. Respiratorios (11), oftalmoplejia externa (6), luxación caderas: 6, fractura huesos largos 4 y macrocefalia (4). Estudio histopatológico: Miopatías congénitas (12): miotubular-X (3), centronuclear (3), desproporción fibras (4), nemalínica (1), cambios mínimos (1). Miopatías mitocondriales 3: 2 déficit de COX y 1 déf. I, III y IV. Mortalidad: 5 (2 mitocondriales, 2 miotubulares y 1 centronuclear).

Conclusiones. 1. El diagnóstico de miopatía tiene alta efectividad en el período neonatal mediante biopsia muscular por punción. 2. Los factores de mal pronóstico son: Apgar bajo 6 a los 10', pobreza de motilidad durante 1º mes y permanencia en VM por más de 5 semanas. 3. Se enfatiza la importancia de establecer diagnóstico preciso de miopatía en el primer mes de vida, por las implicancias pronósticas y de consejo genético.

P40

SINDROME DE GUILLAIN BARRE: REACCION ANAFILACTOIDE AL USO DE INMUNOGLOBULINA.

Avendaño, L.; Avendaño, M.; Schnitzler, S.

Hospital de Carabineros.

Es reconocido el efecto benéfico del uso de Inmunoglobulina en forma precoz, en el Sd. de Guillain Barré. Sin embargo, se deben tener en cuenta las reacciones adversas a este preparado; éstas se clasifican en: Anafilactoides, anafilácticas, hemólisis, nefrotoxicidad y raciones idiosincráticas. La reacción anafilactoide se describe en relación a la velocidad de infusión de la Inmunoglobulina ev., es la más frecuente de las reacciones a este preparado y se caracteriza signos de tipo catarral (Flu-like). Se presentan dos pacientes de sexo femenino, quienes presentaron un cuadro de AIDP. Se usó, 2grs de Inmunoglobulina/kg peso a administrar en tres días sucesivos. Al segundo día ambas presentaron, cefalea intensa alza térmica, vómitos malestar general, una de ellas presentó además rinitis y epistaxis, debiendo suspenderse la administración de inmunoglobulina, por la intensidad de los síntomas. Ambas pacientes evolucionaron bien pediátrica y neurológicamente. Se recomienda administrar la Inmunoglobulina en un plazo mínimo de 5 días sucesivos.

P41

SINDROME DE WERDNIIG-HOFFMANN. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO CON ACCESO A ESTUDIO MOLECULAR.

Cabello, J.F.; Sanz, H.; Contreras, J.; Quitral, M.; Colombo,

M.; Novoa, F.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos Van Buren.

El Síndrome de Werdnig-Hoffmann se caracteriza por una degeneración progresiva y pérdida de las células del asta anterior de la médula. Nuestro objetivo es mostrar las características clínicas y de laboratorio de un paciente, destacando la importancia de la certeza diagnóstica. DVM es producto de un embarazo y parto normal. Evoluciona con hipotonía severa, sin compromiso respiratorio o de la deglución. El examen físico al 4° día de vida destacaba apertura ocular espontánea, hipomimia facial, fasciculaciones en lengua, llanto débil, succión normal, fuerza 1/5 distal, 0/5 proximal. Reflejos osteotendíneos abolidos. Hipotonía axial y de extremidades. Sensibilidad algésica conservada. El estudio metabólico, la ecografía cerebral y la radiografía cervical fueron normales. La electromiografía mostró signos de denervación. La biopsia muscular evidenció atrofia de fibras musculares. El análisis de mutaciones (Unidad de Neurogenética, NYU, NY) mostró delección homocigota del exon 8 en el gen SMN. El paciente evoluciona con progresión de síntomas descritos y fallece el segundo mes de vida producto de complicaciones respiratorias. DVM no fue conectado a ventilación mecánica. Se presentan las características clínicas y de laboratorio de un paciente con un Síndrome de Werdnig-Hoffmann. La certeza diagnóstica en estos pacientes es fundamental para definir pronóstico, colaborar en la toma de decisiones terapéuticas proporcionales y realizar un adecuado consejo genético.

P42

DISTROFIA MUSCULAR DE EMERY-DREIFUSS: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Erazo, R.; Avila, D.; Schulz, M.
Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción. La distrofia muscular de Emery-Dreifuss es una miopatía degenerativa ligada al X. Se produce por mutaciones en el gen de una proteína de la membrana nuclear, la Emerina.

Método. Describimos un caso de un niño portador de una distrofia muscular compatible con Emery-Dreifuss.

Caso clínico. Paciente de sexo masculino que debuta a los 4 años con caídas frecuentes, por lo que consulta a los 7 años. Al examen destacaba debilidad muscular de cinturas, fuerzas distales normales, arreflexia rotuliana, reflejos aquilianos normales, Gowers presente y marcha en punta de pies bilateral. Se realizó electromiografía de

aspecto miopático. La biopsia muscular mostró cambios miopáticos consistentes con distrofia de cinturas. La creatinquinasa fue de 1065 U/ml. Evoluciona con dificultad en la marcha lentamente progresiva. Al examen neurológico no se han objetivado cambios en fuerza muscular. A los 11 años se agrega pie cavo y equino bilateral y a los 14 años contracturas en codos y tobillos. A los 14 se conoce antecedente de dos primos maternos portadores de un cuadro similar y se plantea diagnóstico de Emery-Dreifuss.

Conclusión. Presentamos un niño que presenta una distrofia muscular ligada al X de inicio en la niñez, con debilidad muscular de cinturas, contracturas en codos y sin hipertrofia muscular, todas ellas manifestaciones propias del Emery Dreifuss.

P43

NEUROPATIA CRÓNICA POR TALIO.

Castiglioni, C.; Troncoso, L.; Troncoso, M.; López, C.
Servicio de Neurología Infantil. Hospital San Borja Arriarán.

Objetivo. Caso de Intoxicación crónica por Talio.

Método. Evaluación clínica y estudio de varón de 19 años de edad, con cuadro de 13 años de evolución, con polineuropatía sensitivo motora de evolución progresiva, compromiso cutáneo, mucoso y desnutrición.

Resultado. Antecedentes de embarazo, parto y desarrollo psicomotor normal. Su cuadro se inicia a los 7 años con marcha estepada que llegó a una artrodesis de tobillo izquierdo, dolores plantares agudos, a los 9 años inicia lesiones hiperqueratósicas plantares, zonas de piel descamativa, con compromiso mucoso (queilosis, queilitis, gingivitis, fisuras palpebrales) y alopecia difusa asociado a desnutrición. En su examen destaca ánimo depresivo, bradipsíquico, alopecia difusa, placa de folículos pilosos negros en región cervical, piel descamática, hiperqueratosis plantar con una úlcera plantar izquierda, polineuropatía e hipertensión arterial. Se obtienen niveles tóxicos de talio en orina (63.8 microgramos/24 hrs) y en plasma (24 nanogramos/ml). Se maneja con Azul de Prusia asociado a Carbón activado durante 15 días, niveles post tratamiento resultan negativos, evidenciándose durante sus 60 días de hospitalización un cambio en su estado mental, normalización de cifras tensionales, mejoría de lesiones cutáneas y resolución de su alopecia.

Conclusión. Considerar la posibilidad etiológica de intoxicación por Talio en un paciente con clínica descrita.

P44**ALTERACIONES SENSITIVAS EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS 1.**

Méndez, F.; Kleinsteuber, K.; Avaria, M.A.; Ordenes, N.; Araya, F.

Hospital Roberto del Río.

Antecedentes. La neuropatía es la complicación microvascular de la diabetes menos estudiada. Se manifiesta clínicamente por una neuropatía cuyos elementos clínicos centrales son una alteración en la sensibilidad vibratoria y arreflexia aquiliana.

Objetivo. Evaluar sensibilidad vibratoria y reflejo aquiliano en adolescentes con Diabetes Mellitus 1 y su relación con control de la enfermedad.

Método. Evaluamos sensibilidad vibratoria en orjejo mayor con diapasón de 128 Hz y reflejo aquiliano en 35 adolescentes diabéticos tipo 1 de policlínico endocrinológico. Consignamos umbral vibratorio y reflejo aquiliano. Cualquier variación se consideró anormal. Luego correlacionamos con grado de control de la diabetes (según hemoglobina glicosilada).

Resultados. De los pacientes con adecuado control (88 %) un 20% con sensibilidad alterada. De los pacientes con inadecuado control (12%) un 75% presentó alteraciones de sensibilidad.

Conclusión. Se constata que existe una asociación entre examen neurológico alterado y control deficiente que aunque sin significancia estadística. Presenta una clara tendencia. Sugerimos controlar clínicamente a los adolescentes diabéticos para sospechar neuropatía e inadecuado control.

P45**TIMECTOMIA TORACOSCOPICA EN PACIENTES PEDIATRICOS PORTADORES DE MIASTENIA GRAVIS.**

Blanco, A.; Godoy, J.; Boye, F.; Reyes, D.; Correa, R.; Eraso, R.; Kleinsteuber, K.

Unidades de Cirugía y Neurología, Hospital Luis Calvo Mackenna y Clínica las Condes.

Introducción. El abordaje toracoscópico es una alternativa a la técnica tradicional por Esternotomía para los pacientes con Miastenia Gravis.

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia con esta técnica.

Material y Método. Este es un estudio descriptivo; se

presentan cinco pacientes pediátricos timectomizados toracoscópicamente (Junio de 2002 - Septiembre de 2003). Se describe la técnica quirúrgica.

Resultados. Tres mujeres y dos hombres con Miastenia Gravis fueron sometidos a timectomía toracoscópica. La histopatología mostró Hiperplasia Tímica en 4 casos y tejido Tímico normal en otro. No hubo mortalidad perioperatoria y todos los procedimientos concluyeron exitosamente, ningún paciente requirió esternotomía.

Ningún paciente necesitó asistencia ventilatoria post operatoria.

Un paciente evolucionó con daño del nervio frénico contralateral al abordaje quirúrgico, requiriendo una plastía diafragmática meses después.

Dos pacientes recuperaron función neurológica completa, en uno los síntomas disminuyeron considerablemente, y los últimos dos pacientes operados hace unas semanas, presentan evidentes signos de mejoría.

Conclusión. La Timectomía Toracoscópica resultó ser en nuestros pacientes una técnica adecuada para la extirpación de la glándula, sin mortalidad. Una mayor casuística nos permitirá disminuir las complicaciones operatorias.

P46**SINDROMES MIASTENICOS CONGENITOS: PRIMERA SERIE CHILENA.**

Kleinsteuber, K. (1); Castiglioni, C. (1,3); Avaria, M.A. (1); Bonifati D. (5); Beeson, D. (5); Stuardo, A. (4); Cea, G. (2,4); Novoa, F. (6).

Departamento de (1) Pediatría y (2) Ciencias Neurológicas, Fac. de Medicina U. de Chile. (3) Hosp. San Borja Arriarán y (4) Hosp. Salvador. (5) Neurosciences Group, Weatherall Institute of Molecular Medicine, The John Radcliffe, Oxford, UK. (6) Hospital Van Buren, Valparaíso.

Los Síndromes Miasténicos Congénitos (SMC) son un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios poco frecuentes que afectan la unión neuromuscular (UNM).

Objetivos. 1. Dar a conocer la primera serie de pacientes chilenos con esta afección. 2. Revisar formas de presentación, elementos clínicos y de laboratorio que aportan al diagnóstico. 3. Analizar la utilidad del análisis genético en su clasificación. 4. Evaluar respuesta a anticolinesterásicos.

Pacientes y Métodos. 7 pacientes chilenos estudiados en nuestros centros fueron evaluados, analizando síntomas, hallazgos de laboratorio y respuesta a

anticolinesterásicos. Todos fueron reevaluados periódicamente y sometidos a análisis genético molecular buscando defectos en la UNM.

Resultados: Los 7 pacientes (5 mujeres) iniciaron sus síntomas entre los 7 días y 2 años de vida. Sus síntomas fueron principalmente oculares (5/7), debilidad de cinturas y escoliosis (1/7) y apnea (1/7). Todos manifestaron fatigabilidad fluctuante y compromiso bulbar en el curso de su evolución. La estimulación repetitiva mostró decremento en 6/7, y la S-EMG un jitter aumentado en los 3 pacientes sometidos al examen. En todos los anticuerpos anti receptor de ACh (RACH) fueron negativos. Mutaciones en el gen de la subunidad ϵ del RACH, e70insG y eP245L se encontraron en 5. En los otros dos pacientes se plantea un déficit de colinesterasa y un defecto presináptico, y están aún en estudio. 5 pacientes respondieron a tratamiento y en uno los síntomas se agravaron dramáticamente con él.

Conclusiones. 1. Esta primera serie chilena muestra una alta prevalencia de la mutación 70insG lo que sugiere un posible efecto fundador. 2. El diagnóstico debe plantearse frente a síntomas oculares y fatigabilidad fluctuante aún en niños mayores, y la distribución de la debilidad, presencia de escoliosis y/o apneas, orientan al mecanismo involucrado en la alteración de la transmisión neuromuscular. 3. El estudio neurofisiológico de la UNM no es siempre positivo, siendo el análisis genético molecular clave en el diagnóstico. 4. Los anticolinesterásicos deben ser utilizados cuidadosamente y a bajas dosis por el riesgo de exacerbación de los síntomas.

P47

PRONOSTICO OMINOSO EN MIASTENIA GRAVIS JUVENIL DE INICIO BULBAR .

Avaria, M. A. (1),; Kleinsteuber, K. (1); Castiglioni, C. (1,2),; Novoa, F. (3).

(1) Depto. de Pediatría y Cirugía infantil, Facultad de Medicina Universidad de Chile

(2) Serv. de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Borja Arriarán.

(3) Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción. La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad potencialmente grave que requiere control y seguimiento especializado.

Objetivos. Evaluar severidad del compromiso clínico, ocurrencia de crisis miasténica, respuesta a tratamiento y evolución de un grupo de niños con MG con compromiso bulbar inicial (MGB) versus aquellos casos sin compromiso

bulbar en su inicio (MGNB).

Pacientes y método. Revisión de registros clínicos de 40 pacientes con MG juvenil diagnosticados y controlados entre 1968 y 2003. Análisis de forma de presentación, ocurrencia de síntomas bulbares iniciales, edades, estudios, tratamientos y evolución.

Resultados. Del grupo total de pacientes, 14 (35%) presentaron síntomas bulbares al inicio (MGB), sin diferencias significativas en edad de inicio o precocidad del diagnóstico entre ambos grupos. Los niños con MGB presentaron más crisis miasténicas 5/14 (35, 7%) versus 4/26 (15%) del grupo MGNB y mayor mortalidad (21% vs 0). Aunque 14 de los 26 pacientes sin síntomas bulbares al inicio, los desarrollaron en su evolución, ello no se asoció a mayor frecuencia de complicaciones ni a menor respuesta a tratamiento.

Conclusiones. Compromiso bulbar inicial en MG en niños se asocia a mayor severidad de síntomas, mayor probabilidad de crisis miasténica y mayor mortalidad, constituyéndose en un índice de mal pronóstico y que exige control cercano y riguroso a fin de ofrecer mejores opciones de control y tratamiento especializado.

P48

CONGENITAL MUSCULAR DYSTROPHY WITH ULLRICH PHENOTYPE: CLINICAL AND GENETIC HETEROGENEITY

Umbertina Conti Reed, Lucio Gobbo Ferreira, Maria Bernardete Dutra Resende, Mary Souza Carvalho, Milberto Scaff, Suely Kazue Marie.

Department of Neurology, School of Medicine, São Paulo University, Brazil.

Ullrich phenotype of congenital muscular dystrophy (CMD), associated to recessive mutations in collagen VI genes (COL6A2; COL6A3), includes congenital hypotonia, severe weakness, proximal contractures, distal hyperlaxity, and progressive course. Occasionally, milder involvement or normal collagen VI unit are described, demonstrating clinical heterogeneity. Among 60 CMD patients, clinically, immunohistochemically and histopathologically evaluated, we found two without collagen VI immunoreactivity (Hybridoma Bank antibody, code 5C6,1/100). Both have marked distal hyperlaxity, and moderate histopathological dystrophic pattern, but clinical involvement was essentially different: the first (7 years of follow-up) never acquired walking and depends on intermittent ventilatory support; the second (2 years of follow-up) acquired independent walking and has mild difficulty for running and climbing,

apparently stable. A molecular study of both patients is being performed by Dr. Bonnemann at the Thomas Jefferson University: preliminary results indicate in both a deletion of COL6A1 gene, previously associated to Bethlem myopathy. If confirmed, these findings, will demonstrate that clinical heterogeneity of CMD with distal joint hyperlaxity probably results from marked genetic heterogeneity.

P49

SÍNDROME DE OPSOCLONUS MIOCLONUS ASOCIADO A ENTEROVIRUS

Wicki, A.; Erazo, R.; Verónica, B.; Carrasco, X.; González, J.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción. En 1962 Kinsbourne describe un proceso que denominó "encefalopatía mioclónica del lactante", caracterizado por movimientos incoordinados, irregulares y variables (extremidades y tronco), mioclonías y movimientos caóticos oculares. Se asocia a neuroblastoma toraco abdominal y a enterovirus.

Caso Clínico. Lactante de 1 año 6 meses de edad, sano previamente. En lapso de 5 días instala cuadro de irritabilidad, pérdida de la marcha, movimientos caóticos oculares, mioclonías palpebrales y temblor generalizado. Sospechándose Síndrome de Opsoclonus Mioclonus se realiza ecografía abdominal normal, TAC de cerebro con y sin contraste normal, cintigrama MIBG normal, RNM de cerebro normal, LCR transparente, Proteínas 8 mg/dl, Pandy (-), glucosa 101 mg/dl, leucocitos 52 x mm³, 96% mononucleares, Detección genoma de múltiples virus positivo para enterovirus. Se maneja con Synacten 1 ampolla IM/día por 8 días y luego día por medio por 6 semanas más con muy buena respuesta, regresión de mioclonías, temblor y opsoclonus y reinicio de marcha.

Comentario. En el presente caso clínico de Síndrome de Opsoclonus Mioclonus asociado a enterovirus destaca la muy buena respuesta a synacten en un lapso corto de tiempo (7 semanas) en lugar de lo habitualmente recomendado por varios meses.

P50

LEPTOMENINGITIS POR CANDIDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Hernández, A.; Ortíz, V.; Troncoso, M.; Troncoso, L.

Servicio Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Objetivo. Dar a conocer paciente inmuno-competente con leptomeningitis causada por agente atípico.

Caso clínico. Paciente 9 años de edad, previamente sano, ingresa por fiebre, vómitos y dolor abdominal de 3 días de evolución. Al examen físico destaca dolor lumbar a la palpación. En los exámenes de laboratorio destaca PCR 107, sedimento de orina, urocultivo, ecografía abdominal, Rx Tórax y cintigrafía ósea normales. Por persistir con dolor lumbar y fiebre se realiza RNM columna lumbar: Polirradiculitis. Evaluado por neurología, se pesquisa signología meníngea y piramidal, se realiza PL: Celularidad y proteínas aumentadas con hipoglucorraquia, y cultivo negativo. Se repite en 3 oportunidades, al no obtenerse patógeno en LCR y persistiendo 20 días febril se inicia tratamiento antiTBC asociado a Prednisona. A los 13 días de terapia el paciente se compromete cualitativamente de conciencia, se realiza 4° PL: 2 colonias de *Cándida Albicans*. Se inicia tratamiento con Anfotericina B, presentándose afebril y mejorando conciencia al 8° día. Completó 52 días de tratamiento. Su estudio inmunológico resultó normal, evolucionó con moderada hidrocefalia cuadriventricular y disminución de las imágenes leptomeníngeas.

Conclusión. Se hace necesario tener presente la posibilidad etiológica por agentes inusuales en niños en que pese a no tener factores de riesgos presenten un cuadro meníngeo-febril prolongado asociado, para un tratamiento oportuno.

P51

MENINGOENCEFALOMIELITIS POR BALAMUTIA MANDRILLARIS

González, J.; Wicki, A.; Erazo, R.; Burón, V.; Smoje, G.; Latorre, J.

Servicio de Neurología, Servicio Dermatología, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción. Las amebas de vida libre se describen cada vez con mayor frecuencia en niños de Latinoamérica, entre estas destaca *B. Mandrillaris* cuya mayor casuística está en Perú.

Objetivo. Describir un caso clínico de meningoencefalomielitis por *B. Mandrillaris*.

Caso Clínico. Escolar de 6 años proveniente de Antofagasta, previamente sana, que consulta en octubre de 2002, por lesión granulomatosa centropacial de 4 meses de evolución. El estudio inicial destacó, Biopsia de Piel: proceso granulomatoso crónico, VHS:104mm/hr, Rx de

tórax normal, PCR micobacterium (+), se inicia terapia anti-TBC, completando esquema. Evolucionan sin cambios cutáneos, al 9° mes de evolución presenta parálisis del 6° par derecho que regresa espontáneamente, TAC normal. Se reevalúa, planteándose Sarcoidosis, iniciando corticoterapia, con mejoría de lesiones cutáneas, se agrega metrotexato. Al 10° mes aparece cefalea, ataxia, diplopia y vértigo, TAC normal, LCR compatible con Meningitis TBC, iniciando tratamiento. Evolucionan con mayor compromiso neurológico, RNM compatible con encefalomiелitis diseminada aguda, se agrega metilprednisolona y ciclosporina, se realiza biopsia cerebral, se profundiza daño neurológico, y fallece a los 13 meses de evolución. Necropsia informa B. Mandrillaris.

Conclusión. Se da a conocer cuadro clínico por B. Mandrillaris, destacando elementos clínicos que permitirían un diagnóstico y terapéutica precoz.

P52

SINDROME HIPOTONICO COMO MANIFESTACION INICIAL DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Rojas, V.; Schuffeneger, P.

Servicio de Pediatría, Hospital Gustavo Fricke.

Introducción. La enfermedad neurológica causada por el HIV es un síndrome clínico complejo de manifestaciones muy diversas y el pronóstico depende de un diagnóstico oportuno.

Objetivo. Presentar paciente que debuta como síndrome hipotónico.

Caso Clínico. Lactante 15 meses, hospitalizado inicialmente a los 3 meses por síndrome hipotónico severo detectado al mes de vida con hepatoesplenomegalia gigante. EMG: elementos miopáticos difusos con signos denervatorios en algunos músculos. Se inicia estudio de enfermedad metabólica. A los pocos días compromiso respiratorio, Rx tórax: infiltrados micronodulares difusos, se conecta a ventilación mecánica por 32 días, grave. CMV (+), 11 millones. A los 78 días, al (pneumocistis carinii (+), HIV (+), carga viral estar más estable se inicia tratamiento antiretroviral con lo que se inicia mejoría neurológica. En la actualidad en muy buenas condiciones generales, con carga viral de 2.500 y desarrollo psicomotor normal.

Comentario. La infección por HIV del lactante puede manifestarse en forma de síndrome hipotónico y el estudio viral debe ser considerado precozmente en estos casos.

P53

ENCEFALITIS VIRAL AGUDA ASOCIADA A DIABETES INSIPIDA CENTRAL.

Díaz A.; Rojas V.; Dreesen J.; Rodríguez J.

Unidad Neurología Infantil Hospital Gustavo Fricke.

Introducción. Diabetes insípida central, es la insuficiencia hipotálamo-hipofisiaria para sintetizar o liberar cantidades suficientes de hormona antidiurética. Su etiología es variada.

Objetivo. Presentar caso de encefalitis viral muy probablemente herpética que determinó destrucción hipocámpica y diabetes central, condición que a nuestro conocimiento ha sido solo previamente reportada en adultos.

Caso Clínico. Varón, 11 años previamente sano. En Diciembre 2001 ingresó por cuadro de encefalitis viral, probablemente herpética por clínica, tratándose con aciclovir 8 días hasta obtener PCR herpes virus 1, 2 y enterovirus negativos. TAC: edema temporal subcortical derecho. EEG: foco lento de amplio voltaje temporal derecho. Alta con secuelas cognitivas. Luego de 10 meses se rehospitaliza para estudio por persistencia de crisis TCG y polidipsia de instalación progresiva con poliuria hora de 12cc/ Kg./ hora (glicemia, T3, T4, TSH normales). TAC: quiste hipodenso hipocámpico derecho Densidad urinaria 1005, osmolaridad urinaria: 93 mOsm/lt, hiperosmolaridad plasmática. Desmopresina intranasal normalizó rápidamente diuresis y osmolaridad en plasma y orina.

Comentario. Las características clínicas de nuestro paciente son sugerentes de una encefalitis herpética, a pesar, de haber tenido una PCR (-). El mecanismo por el cual el virus provocaría una disfunción del lóbulo posterior es discutido.

P54

ABSCESO CEREBELOSO SECUNDARIO

Ponce de León, S.; Erazo, R.; Valenzuela, B.

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción. El absceso cerebeloso es un proceso supurativo localizado dentro del parénquima cerebeloso y puede ser secundario a infección vecina como una otitis.

Objetivo. Descripción de un caso clínico de absceso cerebeloso y su evolución.

Caso clínico. Paciente de 13 años, que inicia supuración

de oído derecho y posteriormente meningitis secundaria. Evolucionó con absceso cerebeloso derecho y trombosis del seno venoso lateral. Se maneja con antibióticos y cirugía radical de oído y un segundo tiempo punción drenaje del absceso.

Discusión. El absceso cerebeloso puede presentarse como complicación de OMC y este debe tratarse en forma precoz. Debe sospecharse complicación cuando no hay respuesta en plazo prudente a los antibióticos y la cirugía en momento adecuado mejora el pronóstico una vez instalada la complicación.

P55

ENCEFALOPATÍA POR ESTREPTOCOCCO GRUPO B: PRESENTACION DE INICIO INTRAUTERINO.

Erazo, R.; Devaud, C.; Devaud, N.; Torres, J.P.; Valenzuela, B.; Cienfuegos, G.
Servicio de Neurología Infantil y Unidad de Recién Nacidos Hospital Luis Calvo Mackenna.

El estreptococo grupo B es el agente etiológico de 48,5% de las meningitis neonatal y es responsable de una elevada morbimortalidad en este grupo etario. Existen formas de transmisión vertical y nosocomial, correspondiendo la primera a una infección cercana al parto por un conducto infectado, dando origen a la enfermedad de origen temprano, con síntomas en las primeras 48 hrs. de manifestaciones sistémicas (sepsis, falla respiratoria). Las lesiones encefálicas son diversas y se clasifican en lesiones de fase aguda versus de largo plazo. Presentamos un caso de encefalopatía por estreptococo grupo B de presentación atípica: Recién nacido de término AEG, parto vaginal, Apgar 9/9. Nace con hemiparesia braquiocrural izquierda, agregándose a los 10 días de vida crisis epilépticas frecuentes caracterizadas por fijación vertical de la mirada, apnea y cianosis. TAC cerebral revela hidrocefalia cuatriventricular más edema subependimario. Estudio de LCR muestra: proteínas 384 mg/dl, glucosa 1 mg/dl, leucocitos 1525 con 83% de PMN. Cocáceas gram (+) y cultivo positivo para estreptococo grupo B. Estudio de TORCH (-). Es manejado con cefotaxima y DVP, con buena respuesta infectológica, persistiendo al alta paresia braquial izquierda de menor cuantía. Se presenta este caso por tratarse de una meningitis por estreptococo grupo B cuya forma y momento de transmisión, así como su presentación clínica, difieren de las formas clásicas de "enfermedad temprana y tardía".

P56

ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA VARIEDAD ATÍPICA: MULTIFÁSICA.

Erazo, R.; Triviño, D.; Rivera, G.; Valenzuela, M.; Zapata, C.; Casals, M.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción. Encefalomiелitis diseminada aguda es una mielino patía autoinmune de curso habitualmente monofásico, 5-10% curso multifásico (EMDM).

Caso Clínico. Escolar de 6 años con cuadro de debilidad hemicuerpo derecho a repetición.

TAC cerebral 1 día: normal.

Examen: Glasgow 15, hemiparesia faciobraquiocrural derecha, hiperreflexia, Clonus, Babinski derecho.

RNM cerebral 6° día: hipointensidad T1 hiperintensidad T2 cápsulotalámico lenticular izquierda, lentículo capsular derecha.

Estudio inmunológico (-), trombofilia (-) Ecocardiografía, EEG normal

Evoluciona con recuperación hemiparesia. A los 2 meses del inicio repite cuadro.

TAC cerebral: hipodensidad frontoparietal derecha y cápsulotalámico lenticular izquierda.

Examen: igual a episodio previo. Angiografía cerebral normal

15 días después hemiparesia bilateral mayor izquierda.

Examen: hemianopsia izquierda homónima, hemiparesia faciobraquiocrural bilateral mayor izquierda. Hiperreflexia global. Clonus, babinski bilateral. Dismetría, temblor a derecha RNM cerebral: hiperintensidad T2 frontotemporal, tálamo derecho, parietooccipital izquierda y cápsula interna bilateral.

Se inicia Metilprednisolona 30 mg/kg/día en dos dosis. 48 hr mejoría progresiva: síndrome piramidal en regresión, a los 5 días mejoría sostenida pese a disminución progresiva dosis de corticoides.

LCR normal. Bandas oligoclonales (-). Ac láctico sangre y LCR normal.

Biopsia muscular: fibras rojas rasgadas (-)

Etiología infecciosa (-)

Espectroscopía RNM: leve aumento Ac láctico, disminución n-acetilaspartato.

RNM cerebral (5 meses evolución): regresión parcial lesiones.

Conclusiones. Ejemplifica caso difícil diagnóstico EMDM con buena respuesta a corticoides.

Es importante destacar que la evolución permitirá diferenciar de Esclerosis Múltiple.

P57

COMPROMISO NEUROLOGICO EN EL SINDROME

HEMOLITICO UREMICO, DIAGNOSTICO Y CONTROVERSIAS EN SU MANEJO

Andrade, L.; Rojas, V.; Lillo, R.; Aroca, S.

Hospital Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke.

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) presenta falla renal aguda, anemia hemolítica angioepática y trombocitopenia luego de un pródromo diarreico. La afección neurológica se presenta en 30- 40% determinando la mortalidad y secuelas.

Objetivo. Reportar serie de casos de SHU con compromiso neurológico y enfatizar las convulsiones en su manifestación.

Método. Revisión de ingresos UCIP con manifestación neurológica en SHU, hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke, 1997 - 2003, caracterización clínica, manejo y condiciones alta.

Resultados. Cuatro niñas y dos varones de 22 a 69 meses, SHU característico, manejado con peritoneo diálisis / hemofiltración desde inicio, en 4 con diuresis conservada, todos intensa actividad hemolítica. Tres presentan convulsiones primeras 48 horas, el resto en fase recuperación urémica. Otras alteraciones son conductuales, déficit motor, compromiso conciencia, rigidez descerebración. EEG en 4 con actividad irritativa o encefalopatía metabólica. TAC cerebro multiinfartos y atrofia cerebral. Secuela neurológica en dos niños al alta.

Discusión. Falta evidencia de ensayos clínicos que permitan recomendar el uso de terapias específicas como la plasmaféresis en el compromiso neurológico especialmente tardío. Creemos recomendable evaluación neurológica rigurosa y electroncefalográfica para identificar esta complicación precozmente abriendo la discusión neurointensiva para evitar el daño cerebral.

P58**EMPIEMA SUBDURAL DORSAL Y ESPONDILITIS MULTIPLE POR BARTONELLA HENSELAE.**

Siebert, A.; Pizarro, L.; Troncoso, L.

Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Se describe presentación clínica de una paciente inmunocompetente de 9 años de edad, que evoluciona por quince días con fiebre, compromiso del estado general, esplenomegalia microquística y dorso lumbalgia progresiva, con rigidez dorsal y déficit neurológico motor a nivel de L5. Se realiza estudio serológico que comprueba la etiología, posteriormente cintigrama óseo y RNM de

columna total que demuestran compromiso multisegmentario a nivel vertebral y costal, empiema subdural a nivel de T7 con compresión medular. Se revisan tratamientos disponibles, casos descritos y la indicación de tratamiento quirúrgico v/s médico.

P59**EMPIEMA SUBDURAL EN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MENINGITIS ASEPTICA**

Weitzman, M.; Avaria, M.A.; Ferrada, M.J.; Kleinstauber, K.

Hospital Roberto Del Rio.

Introducción. El diagnóstico de meningoencefalitis viral es relativamente frecuente; pocas veces etiología confirmada. Evolución generalmente benigna, no se suele realizar neuroimágenes.

Objetivo. Presentar caso compatible con meningoencefalitis viral en que laboratorio llevó a realizar RNM cerebral.

Caso Clínico. Escolar, 10 años, femenino, sana. Consulta por convulsión parcial con generalización. Previamente cuadro compatible con exantema viral tratamiento Aciclovir, luego interpretado como escarlatina (PNC benzatina) Ingreso: TAC cerebral, sin lesiones evidentes, PL compatible con meningitis viral, Hgma: anemia, leucocitosis, VHS: 141. Evoluciona con CEG, mejoría en 48 hrs, examen neurológico normal. Control: aumento proteínas LCR. Se solicita RNM cerebral: empiema subdural (laminar), cerebritis, pansinusitis. Se inicia tratamiento antibiótico. Evaluación por ORL no muestra rinosinusitis aguda. Evolución favorable, laboratorio en regresión.

Discusión. Causa viral es la más frecuente dentro de las etiologías de meningitis a líquido claro; hay que incorporar otros diagnósticos diferenciales. En este caso no había elementos clínicos para sospechar colección intracraneana, sin embargo progresión de parámetros inflamatorios fue clave para solicitar RNM que permitió diagnóstico en etapa precoz; eventualmente habría presentado complicaciones mayores o necesitado drenaje quirúrgico.

P60**TETRAPLEJIA FLACIDA POR HERNIACION DE LAS AMIGDALAS CEREBELOSAS SECUNDARIA A MENINGITIS PNEUMOCOCICA O ¿PUNCION LUMBAR COMPLICADA?**

Peralta, S.; Wicki, A.; Valenzuela, B.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Objetivo. Difundir el caso, poco común, de una paciente que evoluciona a una tetraplejia flácida (TF) en el curso de una meningitis bacteriana (MB). Discernir las posibilidades de su TF entre una complicación de MB o una punción lumbar (PL) complicada. Recordar las contraindicaciones de la PL.

Desarrollo. Paciente femenino de 12 años, que evoluciona progresivamente durante 4 días con otalgia, cefalea, fiebre y vómitos. En un hospital de su localidad se sugiere MB y se realiza PL con Glasgow 13. Tres horas después se hace imperativa la ventilación mecánica. Cuatro días más tarde se evidencia TF. RMN: infarto de las amígdalas cerebelosas con descenso y compresión del tronco cerebral, infartos cerebrales, otitis izquierda. Cultivo de LCR: *S. Pneumoniae*.

Discusión. 2-5% de las MB pueden desencadenar la herniación de las tonsilas cerebelosas, incluso ante la ausencia de una PL previa. Existe además, la posibilidad poco común también, de herniación fundamentada en una PL contraindicada por un nivel de conciencia disminuido (Glasgow 13) y la rapidez con la que se presenta el enclavamiento.

Conclusión. La PL es de gran utilidad en MB para su diagnóstico y tratamiento, siempre que se revisen y descarten las contraindicaciones del procedimiento.

P61

ENFERMEDADES MITOCONDRIALES EN EL NIÑO: ESPECTRO CLINICO Y DIAGNOSTICO: ANALISIS DE 14 CASOS

Erazo, R.(1); Shanike, S.(2); Di Mauro, S.(2); Mabe, P.(3); Harun, A.(1); Las Heras, J.(4); Vu, T.(2); Taratuto, A.(5);
 (1) *S. Neurología H.L.C. Mackenna-Clinica Alemana*
 (2) *Columbia University NY*
 (3) *INTA*
 (4) *A.Patológica Hospital Clínico San Borja Arriarán*
 (5) *Neuropatología FLENI, Bs. As.*

Introducción. Las enfermedades mitocondriales son defectos en la cadena respiratoria que provocan déficit de energía a nivel celular. Se expresan como miopatía, encefalopatía, miocardiopatía y afección ocasional de otros órganos. Existen diversas entidades clínicas identificables: MERRF, SKS, MELAS, S. Leigh y otras.

Objetivos. Describir diferentes formas de presentación

de las mitocondriopatías en niños y definir claves diagnósticas.

Pacientes y Método. Describimos 14 pacientes estudiados entre los años 1996 y 2003 en el Hospital Luis Calvo Mackenna y Clínica Alemana. Distribución por sexo: 7 varones y 7 mujeres. Edades: 0-12 años. X:2.5 a. Antecedentes familiares (-), consanguinidad (+) 2 pacientes.

Resultados. Forma presentación: encefalopatía: 6, encefalomiopatía: 6 y miopatía: 2. Signos principales: hipotonía (9), retraso psicomotor (8), debilidad muscular (7), talla baja (6) ataxia (4), neuropatía (4), hipoacusia (3), oftalmoplejia (3), movimientos anormales (3). Exámenes: Hiperlactatemia (10), hiperpiruvemia (4), aumento CPK (3), RNM cerebral alterada: (8), aumento SDH: (7), RRF (3). Evolución progresiva: (14). Mortalidad: (3). El diagnóstico se confirmó mediante estudio de cadena respiratoria en 11 niños y por análisis de ADN mt en 3 (2 deleciones y 1 depleción).

Conclusiones. Las mitocondriopatías se presentan con mayor frecuencia en el primer año de vida, generalmente como encefalopatía o encefalomiopatía de curso progresivo. El diagnóstico se efectúa por estudio de cadena respiratoria y/o ADN mt.

P62

ACIDURIAS ORGANICAS: CORRELACION ENTRE CLINICA Y LABORATORIO.

Grossmann, I.; Cabello, J.; Contreras, J.; Colombo, M.; Quiral, M.; Sanz, H.
Unidad de Neuropsiq. Infantil Hosp. Carlos Van Buren.

Introducción. Las acidurias orgánicas (AO) son anomalías en catabolismo aminoácidos de cadena ramificada. La clínica es inespecífica, aunque algunas manifestaciones orientan al déficit enzimático característico.

Objetivos. Describir AO destacando discordancia clínico bioquímica.

Material y Método. 3 casos de AO (2 Acidurias Metilmalónicas e 1 Isovalérica).

Resultados. Caso 1: 3 años femenino, 5 meses con movimientos coreoatetósicos, convulsiones y atrofia frontotemporal. Los ácidos orgánicos en orina diagnostican Aciduria Metilmalónica. Evoluciona con retraso desarrollo psicomotor tetraparesia espástica, recibe tratamiento dietético + suplementación. **Caso 2:** Varón de 6 años. 6

meses con coma y acidosis metabólica postinfecciosa se diagnostica Enfermedad de orina con olor a Jarabe de Arce, evoluciona con hipotonía, retraso desarrollo psicomotor e insuficiencia renal. Ácidos orgánicos en orina diagnostican Aciduria metilmalónica. Se deja dieta + suplementación. **Caso 3:** Masculino 2 meses. Con convulsiones mioclónicas generalizadas, hipoglicemia severa sin cetosis y acidosis, ácidos orgánicos en orina confirman aciduria isovalérica, se inicia restricción proteica y suplementación sin nuevas crisis convulsivas.

Conclusión. La clínica de las AO es variada, tienen síntomas comunes entre ellas, siendo fundamental diagnóstico laboratorial para etiología. Su sospecha y búsqueda permiten un diagnóstico precoz, tratamiento y consejo genético adecuado.

P63

ENCEFALOPATIA HIPERGLICINEMICA. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

Cabello, J.F.; Ahumada, E.; Novoa, F.; Valiente, A.; Raimann, E.; Colombo, M.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil y Neonatología, Hospital Carlos Van Buren. INTA, Universidad de Chile.

La Encefalopatía Hiperglicínémica es un trastorno del metabolismo de la glicina causado por un defecto en su complejo de clivaje. El objetivo de este trabajo es presentar las características de un paciente que se manifestó como un síndrome hipotónico. MG es el primer hijo de padres consanguíneos, que se presenta desde el día 1 de vida con un síndrome hipotónico. Presenta apneas desde las 72 horas de vida, y se conecta a ventilación mecánica por 19 días. El día 7 día de vida presenta mioclonías de extremidades. La ecografía cerebral mostró adelgazamiento del cuerpo caloso. El EEG evidenció un patrón de estallido supresión que evolucionó a una actividad epiléptica multifocal independiente. La cuantificación de aminoácidos mostró niveles de glicina en plasma de 601 uM/L (232-740) y en líquido cefalorraquídeo de 115 uM/L (4.8-8.6), con una relación de glicina en LCR/plasma de 0.19. El paciente inicia tratamiento con benzoato de sodio a dosis de 250 mg/kg/día y fenobarbital a dosis de 4 mg/kg/día. MG evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta el día 37 de vida. Actualmente persisten crisis epilépticas frecuentes. Se presenta un caso con las características clínicas de una encefalopatía hiperglicínémica. La presencia de hipotonía, apneas y convulsiones asociado al antecedente de consanguinidad, la presencia de un cuerpo caloso delgado y la determinación oportuna de aminoácidos en plasma y LCR, permitieron un diagnóstico precoz.

P64

EVOLUCION ATIPICA DE ENFERMEDAD DE ORINA CON OLORES A JARABE DE ARCE NEONATAL (EOJA) DIAGNOSTICADA Y TRATADA PRECOZMENTE.

Contreras, J.; Cabello, J.; Sanz H.; Quiral, M.; Colombo, M.

Unidad de Neuropsiquiatría Hospital Van Buren (HCVB).

Introducción. La EOJA es una aminoacidopatía producida por un defecto en la descarboxilación oxidativa de los aminoácidos de cadena ramificada, lo cual provoca daño neurológico permanente al no ser detectada y tratada precozmente. La forma clásica tratada oportunamente ofrece una evolución y pronóstico favorable.

Objetivo. Analizar evolución clínica de un caso de EOJA forma clásica, diagnosticado en HCVB.

Material y Método. Se describe un RN, sexo femenino, ingresado a la UCI neonatal por compromiso de conciencia.

Resultados. Lactante de 9 días de vida, con antecedentes de RN de término sano hasta el quinto día de vida, donde presenta rechazo alimentación y compromiso de conciencia. De los exámenes practicados destaca el aumento de leucina de hasta 1.500 uM/L. Se trató en base a restricción proteica, suplementación con Ketonex-1, aminoácidos de cadena ramificada, tiamina y carnitina, logrando un buen control metabólico de leucina a los 15 días de vida. Posteriormente evoluciona con hipotonía generalizada, amaurosis y trastorno de la deglución. RNM mostró degeneración de sustancia blanca cerebral y regiones ventrales-ponto-mesencefálicas.

Conclusión. Se destaca una evolución clínica no concordante con la respuesta habitual de la forma clásica de EOJA detectada y tratada precozmente. La presencia de Leucodistrofia puede ser consecuencia de la misma patología o sugerente de una forma variante.

P65

SINDROME DE LEIGH: CASO CLINICO DE PRESENTACION ENCEFALOPATICA.

Barrientos, A.; Bobadilla, V.; Devaud, N.; Devaud, C.; Erazo, R.; Mabe, P.

Departamento de Pediatría Hospital FACH. Servicio de Neurología Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna. Unidad de Enfermedades Meta.

El Síndrome de Leigh es una enfermedad neurodegenerativa severa debido a mutaciones en genes que

codifican el complejo IV de la cadena respiratoria. La clínica más frecuente es la encefalopatía, que observamos en el siguiente caso: lactante masculino, padres consanguíneos, dos hermanos sanos, sin antecedentes perinatales. Hospitalizado a los 32 días de vida por ictericia, bajo peso y succión débil. Estudio inicial revela acidosis metabólica con anion gap aumentado, hepatomegalia e hiperbilirrubinemia con demás pruebas hepáticas y otras funciones normales. A los 43 días cae en ventilación mecánica por falla respiratoria y hemodinámica, con acidosis metabólica severa, leve aumento de glicina y alanina, acilcarnitina en límite inferior; anememia, lactacidemia, espectrometría de masa normales. Se suplementaron vitaminas, carnitina y bicarbonato, pese a lo cual presenta paro cardiorrespiratorio y crisis tónico-clónica generalizada. Requiere ventilación mecánica por 38 días, traqueostomía y gastrostomía. La RNM encefálica mostró hipoplasia de cuerpo calloso e hiperintensidad en ganglios basales en T2. La biopsia muscular reveló deficiencia de complejo IV con 0,54% de actividad (V.N: 2,8+/- 0,52). Actualmente de 5 meses de vida, presenta escasa fijación de mirada, cefaloparesia, síndrome piramidal bilateral y síndrome pseudobulbar. Se presenta este caso por la importancia de la biopsia muscular en pacientes encefalopáticos cuyos exámenes metabólicos no revelan etiología.

P66**LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CEROIDEA: PRESENTACION DE 14 CASOS.**

Troncoso, L.; Erazo, R.; Troncoso, M.; Witting, S.; Quijada, C.; Mena, F.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja de Arriarán, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Objetivo. Presentar 14 pacientes con Lipofuscinosis neuronal ceroida.

Pacientes. Forma infantil: 1 Inicio al año, crisis mioclónicas, regresión desarrollo, microcefalia, atrofia óptica. PEV: Normales. RNM cerebral: Calcificaciones periventriculares, subcorticales. Biopsia cerebral: Lisosomas: pattern curvilíneo. Forma Infantil Tardía: 9 Inicio 18 - 36 meses. Crisis mioclónicas 5/9, ataxia 9/9, coreoatetosis 3/9 Amaurosis 7/9, microcefalia 7/9, fondo ojo alterado 6/9. Regresión DSM 9/9 PEV: alterados 2. RNM cerebral: atrofia cerebello: 9/9. Diagnóstico: Necropsia 4, biopsia cerebral 2, biopsia piel 3. Lisosomas: cuerpos curvilíneos. Variante Infantil Tardía: 2 Inicio 4 años con crisis generalizadas, parciales complejas, fotosensibles. Ataxia, diskinesias bucolinguales (1). Regresión DSM, Sd. Piramidal (2). Fondo ojo normal (1). RNM

cerebral: Atrofia córtico subcortical. Diagnóstico: Biopsia cerebral: 2. Lisosomas: cuerpos curvilíneos. Forma Juvenil: 2 Inicio 6 - 9 años con epilepsia parcial, crisis atónicas (1). Deterioro, ataxia (1). Fondo ojo normal 2/2. PEV alterado (1) RNM cerebral: Atrofia córtico subcortical 1/1 Atrofia cerebello 2/2. Diagnóstico: Biopsia piel: 1 biopsia cerebral: 1. Lisosomas: pattern huella digital.

Comentario. La forma prevalente fue la Infantil. La biopsia cerebral fue utilizada en años previos para el diagnóstico; actualmente se utiliza biopsia de piel y estudio genético.

P67**MUCOPOLISACARIDOSIS: TRASTORNOS DEL SUEÑO.**

David, P; Avendaño, M.

Unidad de Neurología Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción. Las mucopolisacaridosis son trastornos de almacenamiento lisosomal con alteraciones esqueléticas, respiratorias, oculares y otras. Se caracterizan por acumulación de glicoaminoglicano en la vía aérea alta y Apneas Obstructivas del Sueño (OSA). Se presenta un caso pediátrico con trastorno del sueño son Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño (SOAS-H).

Paciente y Método. Se presenta el caso de un paciente de 10 años con síndrome de Hunter.

Conclusiones. Latencias Prolongadas, Alteración de Arquitectura del Sueño NREM, Síndrome de SOAS-H y discute compromiso cognitivo y terapia.

P68**DEFECTOS NEURODEGENERATIVOS LISOSOMALES. TRES CASOS CLINICOS**

Durán, G.(1); Hernández, M.(1); Margarit, C.(2); Arriaza, M.(2).

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Pediatría.

(2) Hospital Dr. Sótero del Río, Unidad de Neurología.

Los defectos neurodegenerativos se presentan en cualquier época de la vida, siendo más frecuente la presentación infantil. Clínicamente, se caracterizan por la pérdida progresiva de funciones nerviosas, asociado a la aparición y progresión de signos neurológicos y no neurológicos. Los defectos lisosomales son una de las etiologías más frecuentes. En éstos, la acumulación de substratos incompletamente degradados, altera la función celular. La superposición de manifestaciones clínicas hace

difícil el diagnóstico basado sólo en síntomas, por lo que las neuroimágenes, el estudio del LCR y la evaluación neurooftalmológica son herramientas fundamentales en la orientación diagnóstica. Nosotros reportamos tres casos clínicos de diferente etiología con clínica similar: Enfermedad de Krabbe, Tay-Sachs y Defecto de Activador GM2.

Caso 1: Segunda hija de padres sanos no consanguíneos, sin historia perinatal. Desde las primeras semanas de vida, destaca intensa irritabilidad y respuesta anormal a sonidos. Al 7° mes presenta pérdida de habilidades adquiridas, cambio progresivo del tono hasta intensa rigidez y pérdida del contacto visual. El estudio demostró desmielinización, hiperproteinorraquia (0.9 g/L) y evaluación neurooftalmológica normal. La determinación enzimática confirmó la Enfermedad de Krabbe. **Caso 2:** Primera hija de padres sanos, no consanguíneos, sin morbilidad perinatal. Presenta leve retardo motor. Al 9° mes, inicia mioclonías, pérdida de habilidades adquiridas, desconexión progresiva del medio y respuesta exagerada al ruido. El estudio realizado a los 20 meses mostró macrocefalia, desmielinización, proteinorraquia normal y mancha rojo cereza. El diagnóstico de Enfermedad de Tay-Sachs fue confirmado a través de la determinación enzimática. **Caso 3:** primer hijo de padres sanos consanguíneos, sin historia de patología perinatal. Evoluciona normal hasta los 8 meses de vida cuando presenta pérdida de habilidades adquiridas y progresiva desconexión del medio. La evaluación realizada a los 2 años de vida demostró desmielinización, leve hiperproteinorraquia e intensa mancha rojo cereza. El estudio enzimático resultó normal, lo que hizo plantear la posibilidad de un defecto de activador GM2, diagnóstico que fue confirmado por la demostración de gangliosidos GM2 en LCR.

Conclusiones. El estudio sistemático y la utilización de tres herramientas diagnósticas, sumado a una detallada historia y examen físico-neurológico, permite una buena aproximación al diagnóstico final.

P69

DEFECTO DE COBALAMINA G. UN CASO DE PRESENTACION NEONATAL.

Durán, G., Kattan, J., Toso, P., Escobar, R.

Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Pediatría.

Los defectos de remetilación o deficiencia de metionina sintetasa (MS) son errores innatos del metabolismo de herencia autosómico recesiva, caracterizados por hipometioninemia, hiperhomocisteinemia y aciduria metilmalónica. Reportamos un paciente con deficiencia funcional de MS o deficiencia de cobalamina G.

Caso clínico. Primer hijo de padres jóvenes, sanos, no consanguíneos. Al nacimiento presenta estridor laríngeo por laringomalacia leve. A los 18 días inicia apneas, convulsiones generalizadas, hipotonía marcada y compromiso de conciencia. A esto se agrega hipo-reactividad, mal incremento ponderal y luego hipertensión. Evoluciona con severo retardo del desarrollo psicomotor y trastorno de deglución. A los 3 meses de edad se pesquiza leve aumento de la excreción de AMM en orina (10 ug/mg de creatinina), vitamina B12 en sangre normal, hipometioninemia (4 umol/l) e hiperhomocisteinemia (113 umol/l). Se inicia tratamiento con hidroxocobalamina (1 mg im diario) y L-carnitina (100 mg/k/día), sin mejoría clínica ni de laboratorio (homocisteinemia 201 umol/l). Se agrega hipoventilación central e infiltrado pulmonar inespecífico que motiva conexión a ventilación mecánica, pesquisándose hidrocefalia triventricular. Inicia aporte de Betaina (200 mg/k/día) y ácido fólico (5 mg/día), recuperando la conciencia al 5° día con mejoría progresiva y disminución de niveles de homocisteína (47 umol/l). El estudio sobre fibroblastos confirma el defecto de Cbl G. Meses más tarde, la suspensión de la Betaina, reprodujo todo el cuadro clínico anterior.

Conclusión. El diagnóstico precoz y una adecuada y mantenida terapia mejora el pronóstico de este defecto. La determinación de homocisteína en plasma debería incluirse en el estudio de todo paciente con compromiso neurológico sin causa conocida.

P70

HIPERGLICINEMIA NO CETOSICA: PRESENTACION NEONATAL Y TARDIA.

Hernández, M., Mesa, T., Durán, G., Escobar, R.

Departamento de Pediatría. Unidad de Neurología Infantil y Enfermedades Metabólicas. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción. La hiperglicinemia no cetósica es un error congénito de la degradación de la glicina, que lleva a daño neurológico grave y retraso desarrollo psicomotor profundo. La glicina es un neurotransmisor excitatorio que actúa en los receptores NMDA de la corteza cerebral causando crisis epilépticas de difícil manejo. La presentación más típica es la neonatal, la presentación tardía es mucho menos frecuente.

Objetivo. Presentar dos casos clínicos de hiperglicinemia no cetósica: forma neonatal y forma tardía.

Casos clínicos. Caso 1. Recién nacido de término, sin antecedentes relevantes, quien inicia a los 7 días de vida,

crisis mioclónicas frecuentes de difícil manejo, asociadas a apneas, hipo y coma. Su EEG informa una hipsarritmia atípica. Sus neuroimágenes son normales en el periodo perinatal (TAC y RNM) y más tarde informan atrofia cerebral. **Caso 2.** Lactante de 6 meses de edad, previamente sano y con desarrollo psicomotor normal, quien en el curso de infección respiratoria inicia convulsiones de difícil manejo cayendo posteriormente en coma. Su EEG informa trazado hipsarrítmico. Neuroimágenes normales (TAC y RNM), excepto espectroscopía por RNM, durante el periodo agudo y atrofia cerebral en los controles ulteriores.

Resultados. El estudio de glicina en líquido cefalorraquídeo informan niveles mayores de 130uM/ml. Espectroscopía por RNM en el segundo paciente revela peak de glicina a 3,6 ppm en las secuencias de TE largo. Ambos pacientes se tratan con benzoato de sodio. El primer paciente evoluciona con una encefalopatía severa y muerte a la edad de 2 años. El segundo paciente evoluciona bien con el tratamiento. Actualmente con retraso de desarrollo psicomotor severo, sin antiepilépticos y sin crisis, nueva espectroscopía y niveles de glicina en LCR muestran una franca disminución de éstos (70uM/ml).

Conclusión. En pacientes que inician una encefalopatía epiléptica debe realizarse cuantificación de aminoácidos en LCR ya que la hiperglicinemia no cetósica es un diagnóstico diferencial a excluir.

P71

MUCOLIPIDOSIS TIPO IV EN DOS PACIENTES. UNA FORMA INFRECUENTE DE ENFERMEDAD LISOSOMAL.

Hernández, M., Escobar, R., Durán, G., Mesa, T., González, S.

Departamento de Pediatría, Unidad de Neurología Infantil y Enfermedades Metabólicas. Departamento Anatomía Patológica Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción. Las enfermedades lisosomales constituyen un grupo extenso y heterogéneo de enfermedades que afectan al ser humano desde el estado fetal a la adultez, con una incidencia de 1 x 5.000 a 8.000 recién nacidos. El estudio requiere una alto grado de sospecha clínica. La mucopolipidosis tipo IV es una enfermedad de depósito lisosomal recientemente descrita (en 1974 se describió el primer paciente afectado), cuya clínica está dada por un cuadro de encefalopatía aparentemente estática con lenta adquisición de habilidades cognitivas y motoras hasta una edad de desarrollo de 12 a 15 meses, para luego iniciar

curso lentamente regresivo, alcanzando una sobrevida hasta la tercera década. Su clasificación está basada en la observación de la microscopía electrónica, la cual es fundamental para su diagnóstico.

Objetivo. Presentación de dos casos de mucopolipidosis tipo IV.

Casos clínicos. Caso 1: Niña de 9 años, con antecedentes de retraso de desarrollo psicomotor desde período recién nacido, quien adquiere habilidades hasta la edad de 4 años, logrando marcha independiente y lenguaje de 20 palabras, iniciando desde allí una lenta regresión de desarrollo psicomotor, asociada a espasticidad, hiperreflexia, distonía y compromiso neurooftalmológico caracterizado por atrofia óptica y retinopatía. Sus neuroimágenes informan desmielinización inespecífica progresiva y disminución de volumen del cuerpo caloso. **Caso 2:** Lactante de 3 meses, que inicia encefalopatía progresiva la edad de 1 mes, con ausencia de adquisición de habilidades cognitivas y motoras y aparición de alteraciones oftalmológicas y cardiomegalia. Su examen neurológico detecta espasticidad grave, mioclonías no epilépticas y atrofia óptica. Sus neuroimágenes informan atrofia cerebral importante con gran compromiso de cuerpo caloso.

Resultados. Se realiza en ambas estudio ultramicroscópico de tejidos extracerebrales encontrándose en ambos casos depósitos de mucolípidos.

Conclusiones. Las mucopolipidosis son enfermedades lisosomales poco frecuentes, cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y su certificación la da el estudio ultramicroscópico de tejidos extracerebrales. Este diagnóstico debe tenerse en cuenta ante cuadros involutivos asociados a alteraciones neurooftalmológicas y compromiso de cuerpo caloso. Estos son los primeros casos descritos en Chile.

P72

USO DE MODAFINILO EN SINDROME DE RETARDO DE FASE DEL SUEÑO Y DEFICIT ATENCIONAL

Menéndez, P.(1,2); Castillo, J.L.(1,2); Cáceres, M.(2).

(1) Unidad E. Sueño Cl. Avansalud

(2) Clínica Santa María

Objetivo. Ensayar eficacia del modafinilo en escolares con S. Retardo de Fase (SRFS) y relación con SDA.

Método. 4 varones, 10 a 16 años, con criterios de SRFS y sin tratamiento previo, bajo rendimiento escolar,

irritabilidad y signos de SDA. Se usó Escala de Epworth de Somnolencia, Conners, examen neurológico y Test de Latencias Múltiples (TLMS) antes y al completar 30 días de tratamiento. Bajo consentimiento informado, los pacientes, libres de otro trastorno del sueño y/o patología neurológica, recibieron esquema de modafinilo oral, al desayuno con dosis crecientes de 50, 100 y 150 mg, incrementadas al día 8 y 15. El TLMS de control, entre día 29 y 30.

Resultados. Buena adherencia en 4, efectos secundarios: caso 2: cefalea frontal y decaimiento inicial, días 3 y 4; Reducción importante de irritabilidad y somnolencia diurna en 4, incremento de rendimiento en 2 disminución de Conners en 37% en los 4. Epworth mejora en 3 probandos (media 56.3) con normalización de sueño nocturno y del TLMS en 83% de las siestas.

Conclusión. El modafinilo, es usado para hipersomnias diurnas asociadas a narcolepsia, apneas y distrofia miotónica. Los resultados preelminares de este ensayo sugieren un potencial en el tratamiento de este cuadro asociado a SDA.

P73

GENETICA EN EL SINDROME DEFICIT ATENCIONAL (SDA): DIFERENCIAS SEGUN ETNICIDAD EN LA DISTRIBUCION DE PUNTAJES DEL TEST DE CONNERS EN ESCOLARES RAPA NUI.

Rothhammer, P., Carrasco, X., Romanque, P., Andrade, C., Henríquez, H., Aboitiz, F., Rothhammer, F.

Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Entre los factores etiológicos del SDA, han sido invocados genes de expresión en sistemas de neurotransmisores. De ellos, el alelo de 7 repeticiones del receptor dopaminérgico tipo (DRD4-7R) ha mostrado una asociación positiva con el SDA-H y exhibe amplias variaciones de frecuencia en distintas etnias, habiéndose reportado una mayor prevalencia en la población aborigen de Sudamérica. En base a la hipótesis de que la incidencia del SDA-H debería mostrar diferencias según etnicidad, fueron estudiados los niños de la escuela municipal de Rapa Nui. Se solicitó a los profesores de la escuela que respondieran el test de Conners en relación a todos sus alumnos. Fueron evaluados 811 alumnos, entre 4 y 20 años de edad. Los escolares fueron clasificados étnicamente según sus apellidos en 3 grupos: 0 apellidos Rapa Nui (grupo 0), 1 apellido Rapa Nui (grupo 1) y 2 apellidos Rapa Nui (Grupo 2). Se obtuvieron diferencias

estadísticamente significativas entre estos tres grupos en los puntajes relacionados con ítems de hiperactividad/impulsividad, inatención y en el puntaje total, obteniéndose en los tres casos menores puntajes en el grupo 0, puntajes intermedios en el grupo 1 y puntajes mayores en el grupo 2. Considerando que todos estos niños se encuentran dentro de un mismo entorno sociocultural, las diferencias encontradas apuntarían hacia una base genética. Se discuten estos resultados como la etapa preliminar de un estudio genético-clínico de mayor envergadura. Instituto Millennium CBB.

P74

PRESENCIA DEL ALELO 7R DEL RECEPTOR DOPAMINERGICO TIPO 4 (DRD4/7R) EN NIÑOS PORTADORES DE SINDROME DEFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (SDAH).

Carrasco, X.(1), Rothhammer, P. (2), Castillo, S.(1), Fernández, F., García, R., Henríquez, H.(1), Moraga, M.(1), Rothhammer, F.,(1).

(1) Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (2) Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica.

En la etiología multifactorial del SDAH, se han involucrado genes codificadores de proteínas participantes en el sistema dopaminérgico, entre ellos el DRD4, cuyo alelo de 7 repeticiones (7R), ha sido asociado positivamente a SDAH. Planteamos que en los pacientes portadores de SDAH el DRD4-7R tiene una frecuencia mayor que la encontrada en el grupo de hermanos de los mismos pacientes, no afectados por SDAH y que existe una asociación positiva entre la transmisión genética del alelo DRD4-7R y la transmisión del rasgo fenotípico "SDAH". 24 niños de la Región Metropolitana, con diagnóstico certero de SDAH según criterios del DSM-IV y CI normal según WISC-R, se sometieron, previa firma de consentimiento informado, a una entrevista para obtener detalles de su historia y antecedentes clínicos. Se extrajo DNA genómico de linfocitos del paciente índice y sus familiares directos; se amplificaron las regiones polimórficas VNTR del gen codificante del DRD4 mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR). Se encontró el alelo DRD4-7R en 11 de los 24 sujetos, siendo más frecuente en el subgrupo en el que la historia clínica era sugerente de un trastorno heredado. La frecuencia del alelo DRD4-7R mostró una tendencia a ser mayor en el grupo de pacientes afectados en relación a sus hermanos sanos, sin alcanzar significación estadística. Se discute la relación genotipo-fenotipo y la interpretación de estos resultados.

P75

VALOR DE LA EVALUACION PRECOZ DEL LENGUAJE EN PREMATUROS DE MENOS DE 1500 GRS.*Arriaza, M., Briones C., Díaz, M., Förster, J., Guerrero, M., Margarith, C., Ramos, M., Schlack, L.**Unidad de Neurología Infantil, Hospital Dr. Sótero del Río.*

Siendo el Lenguaje un sensible indicador del estado del Desarrollo, habitualmente, en nuestro medio, no se aprovecha la información que éste puede aportar. En grupos de alto riesgo como en los Prematuros, se ha ido considerando gradualmente como un elemento valioso de pesquisa. El presente trabajo revisó en un pequeño grupo de pacientes, que se controlan en la actualidad en la Unidad de Neurología Infantil y que cursan con diferentes dificultades del Desarrollo, como fueron los resultados de las primeras evaluaciones de Lenguaje (E.L.M.-2), de Desarrollo (Bayley) y Neurológicas, con la apreciación a cerca de los 4 años de vida sobre todo con test de Inteligencia (WIPSI) y el Diagnóstico a tal edad, evidenciándose que efectivamente el Lenguaje en las primeras evaluaciones se apreció alterado, pero a través del tiempo se vieron variadas evoluciones. Se establece preliminarmente, lo variados que pueden llegar a ser los pronósticos en este grupo, así como la importancia del seguimiento y de un enfoque multiprofesional, que debe ayudar a determinar tanto los tratamientos requeridos como los diagnósticos más definitivos.

P76

TALLER DE TEATRO PARA NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL Y RIESGO SOCIAL.*Campos, A., Astete, M., Fernández, F., Ferreira, M.**Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.*

Objetivos. Desarrollar un taller de teatro para niños con diagnóstico de SDA y determinar si la participación en este taller produce cambios en autoestima y conducta general.

Método y material. Se formó un grupo de 7 niños, con diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Déficit Atencional, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre los 7 y los 10 años. En su mayoría eran niños institucionalizados en diversos centros.

Todos recibían similar tratamiento farmacológico y no tuvieron otras intervenciones psicoterapéuticas mientras duró el taller. Se realizó evaluación pre y post, utilizando la Escala de Autoestima de Piers-Harris, Conners ampliado para padres y profesores, y Escala de Comportamiento Escolar. Todos los niños asistieron semanalmente durante 3 meses a sesiones de teatro, cuya metodología utiliza el cuerpo como medio de expresión, estimula la improvisación, de acuerdo al interés colectivo, y la creación de máscaras.

Resultados. La evaluación establece que se producen cambios positivos moderados en conducta, tanto en el colegio como en el hogar, manteniéndose estable la autoestima de los niños, algunas de las cuales se encontraban en rangos inferiores al promedio. Para todos los participantes resultó una experiencia positiva, que les ayudó a conocerse, desarrollar habilidades (especialmente físicas) e integrarse en un grupo.

Discusión. Este estudio preexperimental aporta una nueva estrategia para rehabilitación de niños con diagnóstico de SDA y carencias sociales significativas. A pesar de sus buenos resultados, confirma la necesidad de establecer un enfoque amplio e integrador, que involucre a todo el entorno del niño (familia, colegio).

INDICE DE AUTORES DE POSTER

| NEUROLOGIA | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------|--|
| AUTOR | N° TRABAJO | | |
| Aboitiz, F. | P73 | Concha, M. C. | P27 |
| Acevedo, K. | P4 | Conti Reed, U. | P48 |
| Acevedo, V. | P8 | Contreras, E. | P24 |
| Adlerstein, L. | P4 | Contreras, J. | P28, P31, P41, P62, P64 |
| Aguirre, E. | P14 | Correa, R. | P45 |
| Agurto, P. | P37 | Cortés, E. | P37 |
| Ahumada, E. | P63 | Cuadra, L. | P2, P16, P17 |
| Alliende, M. A. | P19 | Cuitiño, C. | P15 |
| Andrade, C. | P73 | Culcay, C. | P14 |
| Andrade, L. | P9, P34, P57 | Cunnaza, A. | P22 |
| Araya, F. | P44 | Curotto, B. | P19 |
| Aroca, S. | P57 | Darrichon, M. | P37 |
| Aros, P. | P16 | David, P. | P12, P13, P67 |
| Arriaza, M. | P11, P22, P68, P75 | De Mola, J. | P35 |
| Astete, M. | P76 | Devaud, C. | P55, P65 |
| Avaria, M. A. | P23, P24, P44, P46, P47, P59 | Devaud, N. | P55, P65 |
| Avendaño, L. | P40 | Devilat, M. | P1, P2, P5, P6, P8, P10, P18 |
| Avendaño, M. | P12, P13, P40, P67 | Di Mauro, S. | P39, P61 |
| Avila, D. | P5, P6, P42 | Díaz, A. | P53 |
| Badilla, L. | P32, P33 | Díaz, M. | P22, P75 |
| Barrientos, A. | P65 | Dragnic, Y. | P14 |
| Barrios, A. | P20 | Dreessen, J. | P34, P53 |
| Beeson, D. | P46 | Durán, G. | P68, P69, P70, P71 |
| Benavides, R. | P5, P18 | Dutra Resende, M. | P48 |
| Birke, M. E. | P38 | Erazo, R. | P6, P35, P39, P42, P45, P49, P51, P54, P55, P56, P61, P65, P66 |
| Blanco, A. | P45 | Escobar, R. | P15, P21, P25, P26, P29, P69, P70, P71 |
| Bobadilla, V. | P65 | Faúndez, J. C. | P23 |
| Bonifati, D. | P46 | Fernández, F. | P74, P76 |
| Boye, F. | P45 | Ferrada, M. J. | P4, P59 |
| Bravo, E. | P20, P33, P35 | Ferreira, M. | P76 |
| Briones, C. | P22, P75 | Flores, C. | P25 |
| Burón, V. | P8, P49, P51 | Förster, J. | P22, P75 |
| Caballero, M. S. | P14 | Fuentes, A. | P17 |
| Cabello, J. F. | P31, P41, P62, P63, P64 | García, R. | P74 |
| Cáceres, M. | P3, P72 | Gobbo Ferreira, L. | P48 |
| Campos, A. | P76 | Godoy, J. | P7, P45 |
| Campos, M. | P7 | Gómez, V. | P1, P2, P5, P6 |
| Carmona, O. | P22 | González, J. | P2, P5, P6, P18, P49, P51 |
| Carrasco, X. | P49, P73, P74 | González, S. | P39, P71 |
| Casals, M. | P56 | Grossmann, I. | P31, P62 |
| Castiglioni, C. | P43, P46, P47 | Guerra, P. | P33 |
| Castillo, J. L. | P3, P72 | Guerrero, A. | P22 |
| Castillo, S. | P74 | Guerrero, M. | P75 |
| Cea, G. | P46 | Guevara, A. | P37 |
| Cienfuegos, G. | P55 | Gutiérrez, E. | P34 |
| Colombo, M. | P41, P62, P63, P64 | Harun, A. | P61 |
| | | Henríquez, A. | P39 |
| | | Henríquez, H. | P73, P74 |
| | | Heredia, M. L. | P37 |
| | | Hernández, A. | P27, P50 |

| | | | |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Hernández, M. | P15, P21, P29, P68, P70, P71 | Rodillo, E. | P23 |
| Herrera, M. P. | P26 | Rodríguez, J. | P34, P53 |
| Julio, C. | P7 | Rojas, C. | P27 |
| Kattan, J. | P69 | Rojas, V. | P34, P52, P53, P57 |
| Kazue Marie, S. | P48 | Romanque, P. | P73 |
| Kleinstauber, K. | P23, P36, P44, P45, P46, P47, P59 | Rothhammer, F. | P73, P74 |
| Kuester, G. | P7 | Rothhammer, P. | P73, P74 |
| Las Heras, J. | P39, P61 | Salinas, L. | P25 |
| Latorre, J. | P51 | Santander, P. | P20 |
| Lillo, R. | P57 | Santín, J. | P7 |
| López, C. | P43 | Sanz, H. | P31, P41, P62, P64 |
| Mabe, P. | P61, P65 | Scaff, M. | P48 |
| Manríquez, M. | P14 | Schlack, L. | P22, P75 |
| Mansilla, V. | P38 | Schnitzler, S. | P12, P40 |
| Mardones, M. | P21, P29 | Schonstedt, M. | P26 |
| Margarit, C. | P17, P22, P68, P75 | Schuffeneger, P. | P52 |
| Mena, F. | P2, P18, P66 | Schulz, M. | P39, P42 |
| Mena, P. | P11 | Shanske, S. | P61 |
| Méndez, F. | P36, P44 | Siebert, A. | P58 |
| Méndez, G. | P4 | Smoje, G. | P51 |
| Menéndez, P. | P3, P72 | Solari, F. | P14, P30, P37 |
| Mery, H. | P26 | Soto, G. | P38 |
| Mesa, T. | P7, P15, P21, P29, P70, P71 | Souza Carval., M. | P48 |
| Miranda, M. | P26 | Springmüller, D. | P21 |
| Molina, J. | P32 | Stuardo, A. | P46 |
| Montecinos, O. | P36 | Taratuto, A. | P61 |
| Moraga, M. | P74 | Toledo, M. I. | P32 |
| Moreno, R. | P19 | Torres, J. P. | P55 |
| Muñoz, J. | P35 | Toso, P. | P69 |
| Muñoz, T. | P24 | Triviño, D. | P8, P10, P16, P32, P56 |
| Nilo, K. | P33 | Troncoso, L. | P27, P33, P43, P50, P58, P66 |
| Novoa, F. | P9, P41, P47, P63 | Troncoso, M. | P20, P27, P33, P43, P50, P66 |
| Nuñez, B. | P14, P30 | Valenzuela, B. | P10, P18, P54, P55, P60 |
| Ordenes, N. | P44 | Valenzuela, M. | P56 |
| Ortíz, V. | P50 | Valiente, A. | P63 |
| Oviedo, F. | P11 | Varela, X. | P23 |
| Paredes, M. | P4 | Vásquez, J. | P30 |
| Peralta, S. | P24, P60 | Velásquez, A. | P33 |
| Pizarro, L. | P58 | Veloso, L. | P36 |
| Ponce de León, S. | P54 | Venegas, V. | P14 |
| Ponce, S. | P23 | Vicentini, E. | P22 |
| Prelo, M. | P34 | Vielma, J. | P9 |
| Quijada, C. | P13, P66 | Villaseca, C. | P23 |
| Quitral, M. | P31, P41, P62, P64 | Villegas, V. | P28 |
| Raimann, E. | P63 | Vu, T. | P61 |
| Ramos, M. J. | P22, P75 | Weitzman, M. | P59 |
| Rauch, E. | P35 | Wicki, A. | P2, P5, P49, P51, P60 |
| Retamales, A. | P19 | Witting, S. | P66 |
| Retamales, N. | P19 | Zamora, M. | P37 |
| Reyes, D. | P45 | Zapata, C. | P8, P10, P16, P56 |
| Rivera, G. | P1, P19, P32, P56 | Zuleta, A. | P16, P17 |

TRABAJOS DE PSIQUIATRIA

COMUNICACIONES ORALES PSIQUIATRIA

CO1

USO DE LAMOTRIGINA EN HIPOMANIA INDUCIDA POR PAROXETINA

González, C.; Martínez, J.C.

Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

Introducción. Los antidepresivos se han asociado a viraje desde depresión a hipomanía o manía. Clínicamente no se ha logrado distinguir con claridad una depresión unipolar de una depresión bipolar. Una forma de poder distinguirlas, es observando la presencia de viraje desde depresión a hipomanía, manía, estados mixtos o ciclos rápidos. Akiskal les denomina a estos pacientes "pseudounipolares", englobándolos dentro del espectro bipolar como "bipolares tipo III".

Objetivo. Se presenta el reporte de un estudio abierto usando lamotrigina en un caso de bipolaridad tipo III.

Método. Se presenta el caso clínico de una menor de 10 años que debuta con una depresión mayor con síntomas atípicos, de comienzo agudo, que al cabo de dos semanas de tratamiento con paroxetina 20 mgs/día, hace viraje a hipomanía, respondiendo favorablemente a la suspensión de la paroxetina y al uso de lamotrigina en dosis de 75 mgs / día.

Conclusión. La lamotrigina demostró ser eficaz en el tratamiento de una paciente bipolar III, controlando los síntomas depresivos de la enfermedad, estabilizando el ánimo y permitiendo una reinserción adecuada, con buena tolerancia y adherencia al tratamiento.

CO2

DERMATOTILOMANIA

Martínez, J.C.; González, C.

Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

Introducción. La dermatotilomanía, rascado cutáneo compulsivo (compulsive skin picking), excoiación neurótica; son sinónimos para un trastorno que comparte características con el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno del control del impulso. Pese a corresponder al 2% de la consulta dermatológica y al 4% de la población estudiantil, es un cuadro no diagnosticado y sin consenso respecto a la clasificación de las enfermedades mentales,

no siendo incluido en el DSM-IV ni en el CIE-10.

Objetivos. Demostrar que la dermatotilomanía, al igual que otros trastornos del control del impulso, responden al uso de antidepresivos ISRS.

Método. Se presentan cuatro casos clínicos de rascado cutáneo compulsivo, que responden al uso de fluoxetina en dosis variable. Tres de estos casos corresponden a un mismo grupo familiar; y el cuarto caso se asocia a masturbación compulsiva y a trastorno por atracón.

Conclusión. La fluoxetina es efectiva en el control del rascado cutáneo compulsivo. Se ha encontrado asociación hereditaria y relación con otras patologías del descontrol del impulso.

CO3

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO EN LA INFANCIA. UNA AYUDA O UN ENTRAMPE EN LA FAMILIA. MIRADA DESDE EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.

Vilches, O. Facultad de Medicina. Universidad de Chile en Unidad de Terapia Familiar. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Con esta ponencia se pretende revisar los puntos fundamentales del Construccinismo Social a la base del trabajo terapéutico realizado con familias en un Hospital infantil como es el Hospital Luis Calvo Mackenna.

Después de 10 años de experiencia nuestro trabajo está centrado en los temas que aquejan a aquellas familias cuyos niños presentan sintomatología que ha permitido a los profesionales diagnosticar depresión, ansiedad, trastornos emocionales, conductuales, de identidad, síndrome de déficit atencional o cuadros de bases orgánica como enuresis, encopresis, leucemia, diabetes, patologías cardio vasculares, renales, etc.

La repercusión en la dinámica familiar cuando un hijo ha sido diagnosticado e identificado como el paciente que tiene un problema lleva a cambiar los roles tanto parentales, fraternos o filiales.

El trabajo terapéutico se focaliza en las percepciones de mundo de los diferentes miembros del grupo consultante las cuales son trasmitidas a través de su propio lenguaje lleno de significados y que han guiado su accionar cotidiano. Las familias a través de un diálogo colaborativo van exponiendo sus historias llenas de dudas, temores que los han entrampado en el fluir de su relación. Con preguntas en secuencia el terapeuta va curioseando y con él los consultantes van indagando en aquellos elementos o trozos que no han formado parte del discurso presente y van co-construyendo una nueva historia llena de

posibilidades que les permite cambiar no sólo la narración sino la postura ante la vida.

Se ilustrará mediante trozos de video y viñetas de sesiones terapéuticas

CO4

EVALUACION DE HABILIDADES PARENTALES EN MADRES ENCARCELADAS CON LACTANTE IMPLICADAS EN DELITO QUE INVOLUCRA EL ROL MATERNO. ANALISIS DE UN CASO.

Inzunza, C; Alvarez, C.

Unidad de Maltrato Infantil. Servicio Médico Legal. Santiago, Chile.

Introducción. Se analiza la relación de apego madre hijo en la prisión. Estas madres son cuestionadas en su rol por estar implicadas en delitos que implican daño a sus hijos. Las leyes cambian según el enfoque del maltrato infantil en cada cultura.

Material y método. Caso clínico: Menor de 7 meses derivada por servicio judicial para evaluar las capacidades de maternaje de la madre. Madre: mujer, 22 años con antecedente de 4 embarazos previos, productos de violación. Neonatos habrían sido muertos por el padrastro al momento del parto. La madre está siendo juzgada por la eventual complicidad en estos hechos. Se aplica evaluación vincular. Revisión bibliográfica.

Discusión. En otros países se impide a la madre permanecer junto a su hijo luego de producido un delito que involucre el mal ejercicio del rol materno. Parece evidente evitar este contacto madre hijo. Desde nuestra perspectiva esto sería cuestionable por lo dinámico y específico de cada una de estas relaciones.

Conclusiones. A la luz del caso y los resultados del estudio, parece necesario evaluar habilidades parentales en cada caso de madre encarcelada por delitos que cuestionen su rol.

CO5

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO.

Zalaquett, D.; Vergara, MA; Moyano A; Adasme J. L.; Martínez A; Mesa T.

Departamentos Psiquiatría y Pediatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen. El objetivo del trabajo es mostrar un modelo de abordaje interdisciplinario con niños que presentan

trastornos profundos del desarrollo, atendidos en un sistema de salud privado y ambulatorio de Santiago. Por medio de 6 casos clínicos se ejemplifica el modelo de trabajo paralelo con el niño y sus padres, a través de distintos profesionales. Este modelo se flexibiliza según las necesidades de los consultantes con el objeto de lograr adherencia a tratamiento. En el marco teórico se toman elementos de la psicología evolutiva y del enfoque familiar. La muestra está compuesta mayoritariamente por varones, entre 2 y 10 años, que viven con su familia nuclear y la mitad presenta antecedentes psiquiátricos familiares. Del trabajo parental se escogen tres variables: expectativas de los padres al consultar, imagen del hijo y proceso de duelo. Con el niño se trabaja con el modelo de Terapia Intensiva Basada en la Relación (Greenspan, 1998) El análisis de los resultados muestra las ventajas del trabajo interdisciplinario en focos paralelos. La alianza terapéutica se facilita por el trabajo de contención de las ansiedades parentales, el acompañamiento en el proceso de duelo y el acento en el logro de las tareas del desarrollo del niño.

CO6

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN EL DESARROLLO NORMAL Y PATOLOGICO: UN PUNTO DE VISTA RELACIONAL DE CAUSALIDAD.

Moneta, M.E., Hanse Wissenschaft Kollege, Delmenhorst-Alemania.

El entendimiento de los fenómenos del desarrollo requiere un concepto de causalidad entre niveles a diferencia de la presunción de que un factor particular puede actuar aisladamente.

Los niveles genético, neural, comportamental y ambiental (entendiendo por éste los aspectos culturales sociales y físicos del ambiente de un organismo) co-actúan para determinar el curso que seguirá el organismo en desarrollo. En este trabajo se presenta una visión de los factores psicobiológicos que interactúan en forma causal para el desarrollo de fenotipos psicológicos de desarrollo normal o anormal con evidencias tomadas de modelos animales y humanos. Un gran número de estudios han demostrado la asociación entre stress postnatal o temprano y patología, en particular desórdenes del ánimo y ansiedad. El efecto de la separación temprana de la madre con su cría en humanos y otras especies ha demostrado modificar en forma permanente la actividad del eje hipotálamo-hipófisis y su respuesta al stress ambiental. Este trabajo revisará las evidencias experimentales de la coacción de múltiples factores en el desarrollo y los patrones similares que ilustran efectos opuestos de experiencias ambientales, en particular en la respuesta al stress.

CO7**SEGUIMIENTO A PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Cordella, P., Figueroa, D., Urrejola, P., Hodgson, M.I., San Martín, C., Unger, C., Lizana, P., Pique, V., Cáriz, V., Reyman, J.

Centro de Salud Mental Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos. Describir la percepción de las familias y pacientes respecto a la utilidad del tratamiento y las razones para su continuación o abandono.

Material y métodos. Se aplicó una encuesta telefónica a un total de 73 familias de pacientes atendidas por equipo multidisciplinario (Septiembre 1997-Enero 2003) de la PUC, siendo un 46,6% respondidas por las madres, 47,9%

por las propias pacientes y un 2,7% por el padre.

Resultados. Estado general de las pacientes al momento del estudio: 19,2% muy bien, 47,9% bien, 26,0% regular y 2,7% mal. Continúan en tratamiento con equipo PUC 41,9 % de las pacientes, y 2,7 % se declara en "receso" (controles esporádicos). 12,2 % continúa tratándose con otros profesionales. No se encuentran actualmente en tratamiento el 44,6%. De estas últimas, 21,2 % había sido dada de alta, 18,2% lo atribuye a decisión de la paciente, 18,2% a falta de recursos económicos, 15,2 % a solución de motivo de consulta y 6,1 % a insatisfacción con el tratamiento.

En términos de utilidad del tratamiento 17,8% opina que hubo un cambio en el paciente, 13,7% que se pudieron abordar problemáticas familiares, 13,7% reporta progreso en general y un 12,3% considera que no hubo utilidad.

**INDICE DE AUTORES COMUNICACIONES ORALES DE
PSIQUIATRIA**

| AUTOR | N° COMUNIC. ORAL | | |
|----------------|------------------|------------------|----------|
| Adasme, J. L. | CO5 | Martínez, A. | CO5 |
| Alvarez, C. | CO4 | Martínez, J. C. | CO1, CO2 |
| Cáriz, V. | CO7 | Mesa, T. | CO5 |
| Cordella, P. | CO7 | Moneta, M. E. | CO6 |
| Figueroa, D. | CO7 | Moyano, A. | CO5 |
| González, C. | CO1, CO2 | Pique, V. | CO7 |
| Hodgson, M. I. | CO7 | Reyman, J. | CO7 |
| Inzunza, C. | CO4 | San Martín, C. | CO7 |
| Lizana, P. | CO7 | Unger, C. | CO7 |
| | | Urrejola, P. | CO7 |
| | | Vergara, M. A. | CO5 |
| | | Vilches, O. | CO3 |
| | | Wissenschaft, H. | CO6 |
| | | Zalaquett, D. | CO5 |

PRESENTACIONES POSTER

P1

MENOR PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILICITAS EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Fernández, D., Martínez, A., Codner, E.

IDIMI, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción. En pacientes con DM1 el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas pueden producir complicaciones agudas y crónicas. Además las exigencias del tratamiento de la DM1 podrían alterar la actitud de estos adolescentes hacia el consumo de drogas.

Métodos. El gobierno de Chile realizó un estudio nacional de prevalencia del uso de drogas en escolares de 8º básico a 4º año de enseñanza media (n= 58,871) con una encuesta de 92 preguntas validada internacionalmente (www.conace.cl). Se aplicó este cuestionario, en forma anónima y voluntaria a 114 niños y adolescentes con DM1, que asistieron a campamentos de diabéticos durante el verano del 2003. Se presentan los resultados como prevalencia-vida (alguna vez en la vida), prevalencia-año (durante el último año) o prevalencia-mes (del último mes) para los consumos de tabaco, alcohol, marihuana y drogas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína). Las prevalencias fueron comparadas usando chi-cuadrado. La asociación entre el uso excesivo de la droga en HbA1c se estudió usando regresión logística binaria.

Resultados. El grupo con DM1 tenía una edad promedio de 14,7 ±1.6 años y una duración de enfermedad de 5.7±4.2 años. El grupo nacional tenía una edad similar. No se asociaron el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas con la HbA1c.

Las prevalencias se presentan en la tabla:

| | Tabaco | | Alcohol | |
|---------------|----------|---------|----------|--------|
| | Nacional | DM | Nacional | DM |
| Prev-vida (%) | 76,1 | 66,7* | 75,9 | 60,9** |
| Prev-año (%) | 55,7 | 29,8** | 61,7 | 51* |
| Prev-mes (%) | 41,8 | 26,9*** | 39,2 | 27,9* |

| | Marihuana | | Drogas Ilícitas | |
|---------------|-----------|--------|-----------------|---------|
| | Nacional | DM | Nacional | DM |
| Prev-vida (%) | 23,0 | 9,3*** | 23,8 | 10,2*** |
| Prev-año (%) | 14,8 | 7,6 | 15,5 | 8,6 |
| Prev-mes (%) | 7,9 | 6,7 | 8,5 | 6,7 |

*p<0.05, ***p<0.001, **p<0.001.

Conclusiones. En Chile, los niños y adolescentes con DM1 en edad escolar que asisten a “Campamentos de Verano para Diabéticos”, consumen menos tabaco, alcohol y drogas ilícitas que la población en general, sugiriendo que están en conocimiento que estas drogas pueden complicar la DM. Creemos que se debe mejorar la prevención del tabaquismo ya que un 27% de los adolescentes fuma habitualmente.

P2

CONDUCTA ALIMENTARIA ANORMAL Y OMISION DE INSULINA EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1). RELACION CON CONTROL GLICEMICO E INDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Fernández, D., Martínez, A., Mook-Kanamori, D., Codner, E.

IDIMI, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción. El tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) requiere de una preocupación constante por la alimentación, que se asocia a un aumento en los “Trastornos de Conductas Alimentarias” (TCA). Los pacientes con DM1 pueden utilizar la omisión de insulina y la hiperglicemia como herramientas para perder peso, factores que complican el manejo de la DM1.

Objetivo. Evaluar elementos sugerentes de TCA en adolescentes con DM1 y su asociación con el control metabólico (HbA1C) y con el Índice de Masa Corporal (IMC).

Material y métodos. Se encuestó a 123 adolescentes con DM1, 62 hombres y 61 mujeres, entre 11 y 26 años (15.2 ± 2.4 años) durante los “Campamentos de Verano para Diabéticos” en el año 2003. Se aplicó “Diabetes Eating Problem Survey, 2001”(DEPS), que evalúa la presencia de TCA y de manipulación del tratamiento de la DM1 con el objetivo de bajar de peso. Esta tiene 30 preguntas con una escala de tipo Likert de 0 a 5 puntos. La presencia de un puntaje >40 puntos es sugerente de TCA.

Resultados. Un 17.1% de los sujetos con DM1 presenta un puntaje >40 puntos. La mediana del puntaje fue 23 ± 17.8 puntos. Cincuenta y un por ciento de los pacientes realizan cambios en la dosis de insulina con el objeto de disminuir peso y 16.4% se mantienen en hiperglicemias con el mismo fin. Un 17.1% se sienten gordo(as) cuando se inyectan las dosis de insulina que necesitan. Se inducen vómitos un 9.7%. Existió una correlación entre el puntaje de la encuesta con: HbA1C (R=0.446, R²=0.191, p<0.001); IMC (R=0.422, R²=0.178, p<0.001) y la edad

($R=0.189$, $R^2=0.03$, $p=0.038$).

Conclusiones. Los adolescentes y adultos jóvenes con DM1, presentan con alta frecuencia conductas alimentarias alteradas u omisión de insulina que se relacionan con un deterioro en las glicemias y un mayor IMC.

P3

PERCEPCION DE MADRES, HIJOS Y PROFESORES DE LA SEPARACION PARENTAL

Donoso, T.

Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

En este trabajo se realiza un análisis comparativo de la percepción que tienen las madres, sus hijos y sus educadores, respecto del impacto que tiene la separación de los padres en los niños preescolares en el período inicial de la separación de sus padres. La muestra estuvo constituida por 15 niños de familias separadas, 24 madres de familias separadas y 23 educadoras de familias separadas.

Se describen las consecuencias de la separación parental en los hijos y las características familiares que influyen en el desarrollo de comportamientos mal adaptativos en los hijos.

Se discute la visión de la experiencia emocional que tienen los niños frente a la separación de sus padres, a partir de un análisis comparativo de la perspectiva de las madres, las educadoras y los propios niños. Se abordan las siguientes consecuencias socioemocionales en los niños: imágenes familiares, relaciones interpersonales, emociones, síntomas de ansiedad y reacciones preponderantes en el hogar y establecimiento educacional. Por último se proponen estrategias de prevención e intervención temprana con los padres, hijos y sistema educacional, señalando objetivos y métodos.

P4

EL DOLOR DE LOS NIÑOS VARONES: LAS VICTIMAS OLVIDADAS DEL ABUSO SEXUAL

Martínez, J., Valdés, A., López de Lérida, S.

Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.

Pese a que el avance en el conocimiento del fenómeno del abuso sexual ha implicado reconocer que se trata de una problemática que afecta a niños de ambos sexos, las conceptualizaciones teóricas y clínicas sobre los efectos del abuso se basan, en su mayoría, en el estudio de poblaciones femeninas. La llamada "feminización de la victimización" torna invisible el sufrimiento de los niños varones, quienes pasan a ser las víctimas olvidadas del

abuso sexual.

El presente trabajo tiene por objetivo presentar un estado del arte sobre el impacto particular que el abuso sexual tiene sobre los niños hombres, profundizando en la comprensión del rol que juegan las diferencias evolutivas con las niñas mujeres y el especial peso que tiene la socialización de género en la moderación del impacto traumático de una experiencia de esta índole.

En base a lo anterior, se proponen lineamientos psicoterapéuticos sensibles a la variable género, tomando para ello el marco referencial de los nuevos paradigmas sobre la masculinidad.

P5

SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL: ¿DISMINUCION DE LA ATENCION O DISTRIBUCION ALTERNATIVA DE RECURSOS ATENCIONALES?

López, V. (1,2); López, J. (1,2); Ortega, R. (1); Kreither, J. (3); Rosas, R. (2) y Aboitiz, F. (1,2)

(1) Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) Escuela de Psicología, PUC.

(3) Escuela de Psicología, U. San Sebastián, Osorno.

Participaron en el estudio 10 niños (9-14 años) con diagnóstico de Déficit Atencional y 10 niños sanos pareados por edad, todos diestros.

Objetivo. Caracterizar la distribución espacial de la atención en niños con diagnóstico de Síndrome de Déficit Atencional.

Método. Se diseñó un paradigma con una tarea tipo "oddball" presentada en el centro de la pantalla de un monitor a la que el sujeto debía atender. Los mismos estímulos eran presentados aleatoriamente en tres órbitas concéntricas alrededor del área preferencial de atención conformando un oddball secundario desplazado en el espacio. Se registró el EEG utilizando un sistema de adquisición Geodesic de 64 canales y se obtuvieron Potenciales relacionados a Eventos (ERPs).

Resultados. En ambos grupos se observó una disminución de amplitud de P1-N1 a los estímulos presentados en la periferia, sin embargo en el grupo de niños con déficit atencional se observa P300 también frente a estímulos infrecuentes del oddball periférico.

Discusión. A pesar de la supresión atencional temprana de estímulos periféricos, existe una distribución diferente de recursos de atención en niños con Déficit Atencional. Más que una disminución de atención se trata de una

forma diferente de atender.

P6

CARACTERIZACION DE INTENTOS DE SUCIDIO EN MENORES EN EDAD PEDIATRICA.

Valdivia, M., Ebner, D., Codeza, M.I., Cifuentes, M., Vicente, B., Llorente, C., Torres, S., Zúñiga, M.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Objetivo. Conocer las características de los intentos de suicidio en un grupo de menores en edad pediátrica (hasta 15 años de edad).

Material y Métodos. Se estudia las características de los intentos de 103 menores hospitalizados en pediatría del Hospital Clínico de Concepción por intento de suicidio en el período de octubre 1995 a septiembre 2002.

Resultado. 77,7% de los intentos ocurre en la casa del menor; en un 58,3% había una clara idea de muerte; el método más utilizado fue la sobredosis de medicamentos (76,7%), y los psicofármacos fueron los más utilizados. Un 54,4% fue sin planificación previa; la finalidad del intento fue terminar con la vida en 39,8%, los conflictos o peleas con los padres fueron el principal desencadenante y solo 19,4% presento indicadores biomédicos de gravedad.

Conclusiones. La mayoría de los intentos son impulsivos, con psicofármacos y de baja letalidad; la adecuada caracterización de los intentos permitirá orientar acciones de prevención y manejo precoz de la suicidalidad.

P7

FAMILIA E HIJO UNICO: CREENCIA, TEORIA, REALIDAD Y PERSPECTIVA.

Mena, C.

Introducción. Existe la creencia popular que ser hijo único en una familia tendría desventajas. Varios trabajos publicados han revisado e investigado el tema.

Objetivo. Revisar la literatura disponible respecto de la condición de hijo único y describir sus principales resultados.

Método. Revisión de la literatura registrada en MEDLINE entre 1986 y 2003. Consulta de textos que abordan el tema.

Resultados. La creencia de que la condición de hijo único es desventajosa para el desarrollo personal, no concuerda con lo que la investigación científica ha descrito. Ser hijo único no confiere desventajas en las áreas de socialización, logros adaptación o inteligencia del sujeto.

La relación padre-hijo es central al momento de evaluar las características del hijo único. Esta no difiere de la observada en primogénitos o hijos de familias pequeñas y sería beneficiosa al proteger de patología psiquiátrica y favorecer logros cognitivos iniciales. Sin embargo, esta relación podría dificultar tareas del proceso de individuación-separación en la etapa de adolescencia.

La investigación muestra que cambios demográficos estarían determinando un aumento de la frecuencia de familias de hijo único. China, con su política de control de natalidad basada en familias con un solo hijo, es fuente importante de investigación de este tema.

P8

PERFIL CLINICO DE LOS MENORES QUE CONSULTAN POR ABUSO SEXUAL

Herrera, M.S., Gutiérrez, A., Herrera, C.

Servicio de Psiquiatría Infantil, CDT Hospital Barros Luco

Objetivos. Determinar las características de la demanda de atención de los menores que consultan por "Observación Abuso Sexual" en el Servicio de Psiquiatría Infantil del CDT del HBLT.

Material y Método: Selección de 120 fichas de niños que han consultado entre Junio 2001 y Diciembre 2002 en el CDT HBLT por Observación Abuso Sexual. Revisión de los antecedentes, evaluaciones y diagnósticos comórbidos mediante planilla excel.

Resultados. La mayoría de la población consultante corresponde a mujeres en edad escolar provenientes de los consultorios del Área Metropolitana Sur y un porcentaje menor provenientes de Juzgado, realizándose en estos últimos atención tipo peritaje. Se observó que a menor edad de inicio del abuso, mayor es su gravedad y duración.

Discusión. Llama la atención la alta proporción de abandonos al sistema hospitalario cuyas razones varían de un caso a otro. En niños menores de 6 años, el tipo de abuso es de mayor gravedad, tanto en las lesiones físicas como en la prolongación del abuso, factores que ensombrecen el pronóstico, lo que nos obliga a tomar medidas de protección en especial que involucren a los niños preescolares y a sus familias ya que impresionan como abandonados en el problema psicosocial.

P9**ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES DE CRIANZA EN FAMILIAS BIPARENTALES Y MONOPARENTALES***Donoso, T.; Durán, C.**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.*

Esta investigación tuvo por objetivo describir y comparar las características de funcionamiento parental en familias chilenas de la Región Metropolitana, con estructuras familiares biparentales (FB) y monoparentales (FM), considerando el nivel socioeconómico de pertenencia.

Se trabajó con una muestra de 614 familias, 470 biparentales y 144 monoparentales, de estrato económico medio-alto y bajo. Las variables evaluadas con la Escala de Funcionamiento Parental (Donoso, T. & Wilson; JE., 1999), fueron: a) imagen del hijo, b) satisfacción en la relación con el hijo, c) entrega de afecto, d) respuesta a las emociones de rabia, miedo y pena del hijo, e) actividades compartidas con el hijo y f) métodos disciplinarios paternos.

Se realizó un análisis descriptivo y de significación para cada variable estudiada. Se exponen los resultados obtenidos en cada variable analizada y las diferencias significativas encontradas entre ambas estructuras familiares y en relación con el nivel socioeconómico.

P10**FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CALAMA.***Haquin, C., Larraguibel, M., Cabezas, J.**Hospital de Calama, Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.*

Objetivo. Determinar la realidad psicosocial de la población infante juvenil perteneciente a la educación municipalizada de la ciudad de Calama.

Material y método. Se estudió una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada de la ciudad de Calama (n=1.069, 543 hombres y 526 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, Cuestionario psicopatológico para adolescentes, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y Cuestionario de ideación e intento de suicidio.

Resultados. Los factores de riesgo predominantes son destrezas sociales, pertenencia a grupo, autoconcepto/autoestima y situación familiar. Los factores protectores

más frecuentes son expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, alcohol y drogas y sexuales y ausencia de maltrato. El 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzan puntajes iguales o mayores al corte respectivo en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes versus el 22,2% de los hombres consultados (121 casos). Los factores de riesgo predominantes en el grupo con psicopatología son las variables pertenencia a grupo y autoconcepto/autoestima. La ideación suicida va entre el 6,4% al 14,6% de acuerdo a como se postule la pregunta. El 18% de los entrevistados había cometido un o más intento de suicidio. En los 247 sujetos con ideación suicida declarada todos ellos presentan puntajes igual o superior al corte respectivo en el CDI. Además, todos los sujetos que declaran tener uno o más intentos de suicidio (n=192) presentan puntajes superiores o iguales al corte respectivo en el CDI.

Conclusión. Tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este grupo etario estudiado puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo de estos jóvenes.

P11**HOSPITALIZACION JUVENIL EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA: Revisión de 7 años.***Solís, J.; Alvarez, C.; Ruiz, C.; García, R.; Arancibia, P.; Risco, L.**Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (CPUCH).*

Objetivo. Describir características de la población juvenil hospitalizada en período 1996 a 2002 en CPUCH.

Material y Método. Se revisaron registros estadísticos de pacientes hospitalizados en CPUCH de hasta 25 años, entre 1996 y 2002. Se analizaron variables demográficas, diagnósticos de egreso y tendencias trimestrales.

Resultados. Población de 1016 pacientes, hombres 44.6% y mujeres 55.4%, divididas en grupo 1 (14-19 años) y 2 (20-25 años). En ambos sexos predomina grupo 2. El 55.1% de los pacientes tienen un diagnóstico, 38.5% tiene dos y 6.2% tiene tres. En evolución trimestral desde 1996 al 2002 se observa una tendencia negativa en número de pacientes masculinos y una tendencia positiva en pacientes femeninos. Todos los años los pacientes aumentan en trimestres III y IV. Según primer diagnóstico, en hombres los más frecuentes fueron alcohol y drogas, seguidos por trastornos bipolares y esquizofrenia; en mujeres, en el grupo 1 predominan Trastornos de

Personalidad, seguidos por Trastornos de Alimentación y Trastornos Depresivos, en el grupo 2 predominan Trastornos de Personalidad, seguidos por Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares. Según segundo diagnóstico, del 38.5%, un 44% corresponde a Trastornos de Personalidad. Destaca aumento en el número de hospitalizaciones en ambos grupos etarios, pero que es relevante en el grupo 1, dado principalmente por el sexo femenino.

Conclusiones. La hospitalización juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria muestra predominio del sexo femenino, que ha aumentado en el tiempo, especialmente de 14 a 19 años. Los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada corresponderían a trastornos relacionados con alcohol y drogas, trastornos bipolares y esquizofrenia en hombres; en mujeres predominarían los trastornos de personalidad y los trastornos depresivos, sin embargo en la población de 14 a 19 años además destacan los Trastornos de alimentación, a diferencia del grupo entre 20 y 25 años donde este lugar lo ocupan los Trastornos Bipolares.

P12

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 103 MENORES HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO Y SUS FAMILIAS.

Valdivia, M.; Ebner, D.; Codeza, M.I.; Cifuentes, M.; Vicente, B.; Llorente, C.; Torres, S.; Zúñiga, M.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Objetivo. Conocer las características biodemográficas y familiares de 103 menores hospitalizados en los servicios pediátricos por intento de suicidio.

Material y Métodos. Se estudia el total de ingresos a los servicios pediátricos del Hospital Regional de Concepción por intento de suicidio entre el 1 de octubre 1995 y el 30 septiembre 2002, describiendo características biodemográficas relevantes de los intentadores y sus familias.

Resultados. 85,4% de los ingresos son de sexo femenino, 70,9% en el rango etario de 13 y 14 años, sobre 70% proviene del Concepción urbano; 43,7% reside con ambos padres 54,4% con antecedentes de VIF y/o maltrato infantil; 58,3% con antecedentes de patología psiquiátrica en la familia, 56,3% producto de embarazos deseados, 31,1% con antecedentes de intento de suicidio previo y la gran mayoría presenta patología psiquiátrica al momento del intento.

Conclusiones. Las características biodemográficas y familiares de los intentadores son semejantes a las descritas en la literatura, su conocimiento permite seleccionar grupos de riesgo para orientar acciones preventivas específicas.

P13

MODELO COMUNITARIO EN TALLERES PSICO-EDUCATIVOS PARA ADOLESCENTES EN HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

Pedrero, I.

Clínica Los Tiempos.

En la práctica profesional nos encontramos con la necesidad de los jóvenes hospitalizados de entender sus diagnósticos, y las consecuencias que estos tienen en sus vidas personales y familiares. Frente a esta necesidad se decidió aplicar el modelo de intervención comunitario, en la modalidad de talleres durante la hospitalización. Para ello se efectúan talleres diarios de dos hora de duración. En ellos participan todos los pacientes de la clínica. La temática de las sesiones se van estructurando de acuerdo a las necesidades que los pacientes van expresando.

Resultados inmediatos:

- Facilita la catarsis individual y grupal.
- Disminuye el sentimiento de minusvalía y soledad ("esto me ocurre solo a mí").

Resultados mediatos:

- El conocimiento de la enfermedad facilita el entendimiento de la sintomatología propia.
- Disminuye la ansiedad y facilita el proceso de pedir ayuda.
- Despierta o aumenta la conciencia de enfermedad.
- Facilita la re-estructuración del adolescente frente a su proyecto vital.
- Estimula el autocuidado.
- Estimula al adolescente a hacerse cargo de si mismo.
- Mejora la adherencia al tratamiento.
- Mejora el aprovechamiento del tiempo en la consulta con el psiquiatra.
- Permite entrenar habilidades sociales (respetar turnos, tolerar opiniones, críticas, etc.).

P14

PREVALENCIA DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE DIA SOTERO DEL RIO

González, A.; Mena, C.; Fuentes, X.; Chea, C.; Manzo, J.; Ahumada, L.

Hospital de Día. Hospital Sótero del Río. Santiago, Chile.

Existe escasa literatura que analice la patología psiquiátrica de adolescentes en Hospitales de Día y sus resultados terapéuticos.

Objetivo. Analizar la patología psiquiátrica de los adolescentes ingresados al Hospital de Día Sótero del Río.

Métodos. Se analizaron datos de 84 adolescentes entre 12 y 19 años, durante julio/1999-julio/2003.

Resultados. Un 46.8% fueron mujeres y 53.2% hombres. Promedio de hospitalización: 53 días. 72.7% tenían más de 16 años. Al ingreso, 62% tuvo 2 o más diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos principales fueron: depresión mayor (34.2 %), esquizofrenia (20.3 %), trastorno de alimentación (10.1 %), trastorno esquizoafectivo (8.9 %), trastorno bipolar (6.3%), psicosis por drogas (5.1 %). Un 25.4% tuvo trastornos del desarrollo de la personalidad como comorbilidad y un 30% de los adolescentes requirió un test psicodiagnóstico (Rorschach) para completar su evaluación. Durante la hospitalización, un 72.3% de los pacientes usó 2 o más fármacos; al alta este grupo disminuyó a 49.4 %. La hospitalización fue abandonada, sin alta médica, por 21.5%.

Discusión. El Hospital de Día es una alternativa para el manejo ambulatorio de patología psiquiátrica grave en adolescentes. Es necesario observar la prevalencia de la patología psiquiátrica en este grupo etario para una mejor intervención diagnóstica y terapéutica.

P15

EVALUACION DE LA UTILIDAD DIAGNOSTICA DEL GRUPO DE OBSERVACION DE NIÑOS SDAH DEL CDT/ BARROS LUCO/USACH.

Mosca, J.A.; González, C.; Gómez, J.; Meza, D; Quintanilla, M.E.

Introducción. El grupo de observación existente en el CDT del Hospital Barros Luco ha sido utilizado como apoyo en el diagnóstico de SDAH. A él ingresan pacientes con probable diagnóstico de SDAH, derivados desde los consultorios de la zona sur. Cada grupo se constituye por edad. La conducta de cada niño es observada a través de un espejo por un equipo multidisciplinario durante 4 sesiones. A los menores que impresionan con diagnóstico de SDAH, se les administra una prueba terapéutica y se evalúa respuesta. Paralelamente se desarrolla una escuela de padres.

Objetivo. Determinar la sensibilidad y especificidad

diagnóstica del grupo de observación.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyó una muestra de 79 pacientes atendidos en el CDT del HBLT que asistieron a grupo de observación entre Marzo y Julio de 2003. Una vez que el grupo sugirió el diagnóstico de SDAH, los pacientes fueron reevaluados en entrevistas psiquiátricas individuales y en base a criterios ya establecidos se definió un diagnóstico final.

Resultados. El Grupo de Observación encontró suficiente evidencia para realizar el diagnóstico de SDAH en un 52% de los pacientes. Al ser éstos reevaluados, se determinó la existencia de 8.69% de falsos positivos (alta especificidad) y de 4% de falsos negativos (alta sensibilidad).

Discusión. Se sugiere seleccionar a los pacientes que ingresen al grupo de observación según: Motivo de derivación concordante con SDAH; Evaluación previa en entrevista de policlínico de choque. Los pacientes diagnosticados con SDAH, sin comorbilidad, en el grupo de observación deberían ser derivados a consultorio con indicación farmacológica, mientras que aquellos que no impresionan con SDAH, deber ser reevaluados en entrevistas individuales para descartar SDAH y patología psiquiátrica concomitante.

Conclusión. El grupo de observación es una herramienta que ayuda a apoyar el diagnóstico de déficit atencional y mejora su confiabilidad diagnóstica (especificidad y sensibilidad) si los pacientes ingresados tienen criterios de derivación concordantes con SDAH, o si son evaluados por clínicos entrenados previamente.

P16

UTILIDAD DIAGNOSTICA DEL TEST DE CONNERS PARA PROFESORES ABREVIADO EN EL DIAGNOSTICO DEI SDAH EN EL CDT/ BARROS LUCO/ USACH

Mosca, J.A.; Meza, D.; Quintanilla, M.E., González, C., Gómez, J.

Introducción. El Test de Conners para profesores abreviado es una herramienta de evaluación infantil ampliamente difundida que se utiliza para lograr obtener antecedentes de la conducta del niño en el colegio observado por los profesores, en algunos casos ha sido utilizado como apoyo en el diagnóstico de SDAH. El Test de Conners para profesores abreviado consta de 10 ítems con un puntaje máximo de 30 puntos y se considera índice de hiperactividad cuando el puntaje es mayor de 12 puntos.

Objetivo. Determinar la sensibilidad y especificidad diagnóstica del test de Connors para profesores abreviado.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyó una muestra de 79 pacientes atendidos en el CDT del HBLT que ingresaron al servicio de psiquiatría infantil entre Marzo y Julio de 2003. Una vez obtenido el test de Connors para profesores abreviado los pacientes fueron evaluados en entrevistas psiquiátricas individuales y en base a criterios ya establecidos se definió un diagnóstico final.

Resultados. La muestra presentó puntajes del Test de Connors para profesores abreviado menor 12 puntos en un 24% de los pacientes. Al ser los pacientes evaluados clínicamente, se determinó la existencia de 44% de falsos positivos (nula especificidad) y de 45% de falsos negativos (nula sensibilidad), luego se evaluaron otros puntos de corte diagnósticos no encontrándose nunca una sensibilidad ni especificidad mayor del 55 %.

Discusión. El test de Connors para profesores abreviado no logra suficiente sensibilidad ni especificidad para ser utilizado en el diagnóstico del SDAH. Los pacientes diagnosticados con SDAH pueden utilizar el test de Connors para controlar la respuesta a tratamiento, considerando que la variación entre observadores es importante se sugiere que sea el mismo profesor el que vuelva a informar el mismo test.

Conclusión. Se sugiere no considerar el puntaje obtenido por el test de Connors para profesores ni para apoyar el diagnóstico de SDAH ni para descartarlo. Sólo tiene utilidad para controlar la evolución de los síntomas observada por un mismo profesor.

P17

CENTRO DE RECUPERACION DE PRACTICAS SOCIALES RENOVAL, UNA EXPERIENCIA INTEGRADORA.

Barraza, C.

El centro Renoval surge como respuesta a la necesidad de contar con un espacio terapéutico que contribuya al desarrollo de habilidades y destrezas, donde el sujeto se incorpore como miembro de una colectividad superando el estado de "paciente" aprendiendo a compartir derechos y responsabilidades. Se propone mostrar una experiencia de trabajo orientada a personas afectadas de cuadros psiquiátricos que presentan un quiebre en su proceso de desarrollo, manifestado por la desvinculación de su

sistema educacional, laboral y social. La misión de Renoval es la recuperación de prácticas sociales y roles significativos a través de la reinserción escolar, laboral y comunitaria de los participantes.

El Centro cuenta con dos programas generales: Atención domiciliaria y Atención en el centro de rehabilitación. Ambos programas cuentan con un equipo compuesto por terapeutas ocupacionales, psicólogos, psicopedagogos, educadores y monitores en coordinación con el médico tratante, estructurándose en base a cuatro líneas de acción correspondientes al programa individual de apoyo terapéutico por medio del modelo de gestión de casos, el programa de talleres terapéuticos exploratorios (arte, música y expresión corporal), programa de apoyo al rol escolar y programa de desarrollo de habilidades sociales.

P18

CONSTRUCTIVISMO SOCIAL: APLICACION CLINICA Y EN INVESTIGACION.

Donoso, T.; Piqué, V.

Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

El objetivo de este trabajo consiste en validar la aplicación del enfoque teórico del constructivismo social, utilizando una metodología de grupo de discusión con un estilo de equipo reflexivo, como herramienta en la intervención clínica, investigación científica y prevención en salud mental. Esta metodología permite potenciar los recursos en cada una de las personas que conforman un grupo clínico o de estudio, en la medida que cada uno integra, en la propia construcción de significados, las nuevas ideas que son introducidas por los demás en el trabajo grupal. De hecho, más que la integración de otras experiencias, ocurre una re-elaboración de la propia experiencia e incorporación de nuevos lenguajes que son adaptados a la experiencia preexistente en la conversación y en la reflexión. Se muestra un trabajo descriptivo exploratorio, cualitativo de tipo fenomenológico, con un grupo de discusión de seis madres con hijos entre 5 y 8 años de edad. En este tipo de estudio no se parte con hipótesis preconcebidas ni interesa probarlas, pero sí ayuda a construirlas. El objetivo fue conocer la definición de parentalidad y las competencias en términos recursos y debilidades en la crianza de los hijos, considerando las variables: imagen y relación con el hijo, y métodos disciplinarios. Se observó cómo las madres incorporan y aplican sus vivencias personales de su historia de vida, las influencias de su contexto social y su conocimiento en su actual experiencia de crianza de sus hijos, y su validación de este tipo de intervención.

P19

ABORDAJE TERAPEUTICO CON FAMILIAS ENSAMBLADAS*Donoso, T.; Miethe, K.**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.*

Este trabajo muestra una revisión y análisis bibliográfico actualizado de las características de las familias ensambladas en la sociedad post-moderna. Los principales autores revisados son: Fasser, C.; Loyácono, L.; Rodríguez, N.; Kreuss, A.; Navarro, J. & Pereira, J., y otros. Se describen las dificultades asociadas a la ruptura de las relaciones anteriores, para la pareja e hijos. Se analizan los factores que facilitan y dificultan el ensamblaje, las etapas, tareas y desafíos que enfrenta la pareja e hijos, y las habilidades que necesitan desarrollar todos los miembros de la familia durante el proceso de ensamblaje. Se plantea un abordaje gradual para proteger emocionalmente a los hijos antes de constituirse como familia ensamblada.

Finalmente se presenta una sistematización del abordaje terapéutico con la familia y sus subsistemas. Son revisados aspectos de la actitud terapéutica y objetivos en la terapia familiar. El análisis contempla la intervención en distintos focos terapéuticos: resolución de relación con la pareja anterior, intervención temprana en la organización de la familia ensamblada, abordaje de posible sintomatología en los hijos y características de la prevención. Por último, se muestra las características de la psicoterapia: con la pareja en cuanto a pareja, con la pareja en cuanto a padres y con los hijos.

P20

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS DE HOSTIGAMIENTO EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA DURANTE SU PERMANENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR.*Correa, L.; Fernández, O.; Silva, P.; Urzúa, C.**Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.*

Introducción. La violencia escolar ha ido claramente en aumento en los últimos años tanto a nivel nacional como internacional. En ese contexto surge un tipo particular de violencia, las conductas de hostigamiento o matonaje, con frecuencias cercanas al 15 a 20% de la población escolar. Esto conlleva serias consecuencias físicas como psicológicas para todos los involucrados.

Objetivo General. Reducir el número de alumnos que sufren conductas de hostigamiento al interior de sus establecimientos educacionales.

Objetivo Específico. Capacitar a los alumnos en el ejercicio de habilidades socioemocionales para enfrentar situaciones de hostigamiento con y entre pares.

Método y Material. Se crea programa educativo interactivo para capacitar a los alumnos en habilidades de toma de perspectiva y empatía, expresión de necesidades, deseos, sentimientos positivos y negativos frente a sus pares. Capacidad de poner límites a las conductas agresivas de otros, resolver conflictos, tomar decisiones y valorar positivamente la diversidad en el grupo de pares. Sensibilizar a la comunidad escolar frente al tema del hostigamiento.

Se confecciona material educativo para jornada con profesores, reuniones de padres y sesiones con alumnos. Esto incluye Jornada de Capacitación de Profesores que contempla la sensibilización frente al tema, instancia de compartir experiencias y entrega de elementos teóricos y material para tratar el tema con los apoderados. Aplicación de pre-test a los alumnos para medir nivel inicial de hostigamiento. Realización de 7 sesiones de desarrollo de habilidades socioemocionales a los alumnos de 90 minutos cada una, realizadas por dos psicólogos y profesor de asignatura correspondiente. La sesión N° 1 corresponde a la presentación del proyecto y establecimiento de clima de trabajo positivo. La sesión N° 2: Claves para comunicarse mejor, la N° 3: Expresar los sentimientos positivos y negativos a otros, la N° 4: Empatía y Toma de Perspectiva, la N° 5: Todos somos diferentes y la diversidad nos enriquece, la N° 6: Somos capaces de resolver problemas y N° 7: Presentación de trabajos de grupo acerca del taller utilizando videos, comics, diaporamas. Convivencia y despedida.

Aplicación de post-test para medir impacto intervención 2 meses después.

P21

ESTUDIO EXPLORATORIO ACERCA DEL VINCULO TEMPRANO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.*Ps. Matías Marchant; Ps. Ester Mayerson; Ps. Claudia Valdivieso; Dra. Sylvia Schnitzler; Dra. Maritza Carvajal.**Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco, Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortés, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales.*

Introducción. En la actualidad existe un reconocimiento cada vez mayor de la importancia del vínculo temprano entre un bebé y su madre para todo el desarrollo futuro de un ser humano.

Objetivos. El presente estudio tiene por objetivos precisar, delimitar y determinar los aspectos más importantes que participan en el establecimiento de los primeros lazos que un niño nacido prematuro instala y fija con su entorno en el contexto de su hospitalización.

Método. El estudio se realiza a través de un método de observación de campo creado por la psicoanalista Esther Bick y que tiene como particularidad dar cuenta de los aspectos de lo observado como del observador, modelo que, por lo tanto, enriquece de un modo muy importante los datos de la investigación.

Resultados. Con el desarrollo de la investigación se pudo relevar el impacto global que significa para todos aquellos que rodean a un niño prematuro (médicos, matronas, auxiliares) y que va desde los aspectos emocionales y psicológicos hasta aspectos legales y éticos. Los resultados más relevantes de nuestro estudio pueden ser divididos en tres categorías: 1) Aspectos del bebé prematuro: los niños hospitalizados están sometidos a una estimulación sensorial agresiva e invasiva; poseen un alto umbral perceptivo; su respuesta es escasa lo que induce a una estimulación inapropiada por parte de sus padres. 2) Aspectos del entorno: un niño hospitalizado despierta en el adulto una serie de emociones arcaicas relacionadas con su propia vivencia personal lo que influye claramente en la modalidad de establecimiento del vínculo; el personal que trabaja con estos niños utiliza una serie de mecanismos de defensa para protegerse de la ansiedad que éstos les generan; existe una dificultad clara para nombrar e individualizar al niño, lo que afecta en los sentimientos de suficiencia de los padres y 3) Aspectos éticos: un recién nacido hospitalizado confronta continuamente a los equipos médicos con decisiones éticas que implican determinaciones que tienen consecuencias sobre toda la evolución del niño y en último término definen su vida y su muerte.

P22

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN MENORES DE 15 AÑOS.

Valdivia, M.; Molina, M.; Ferrada, C.; Pérez, R.; Cid, L.; Ceballos, A.

Departamento Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina y Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción.

Proyecto DIUC 2000-84B 009-1.0

Objetivo. Analizar variables psicológicas asociadas a la maternidad de mujeres adolescentes menores de 15 años,

comparándolas con madres entre 20 y 34 años y adolescentes no madres ni embarazadas.

Material y Método. Estudio de tipo transversal descriptivo comparativo, en una muestra de 41 madres menores de 15 años que se compararon con adolescentes no madres de la misma edad y madres adultas entre 20 y 34 años.

Resultados. Las adolescentes madres evidenciaron significativamente mayor nivel de autoestima social que las madres adultas, $p=0,036$; también presentaron mayor nivel de autoestima escolar $p=0,07$ y general $p=0,099$; en relación a las adolescentes no madres. Las adolescentes no madres mostraban significativamente mayor nivel de apoyo social percibido de amigos que las adolescentes madres $p=0,045$ y menor nivel de apoyo social de otros que las adolescentes madres $p=0,002$. Las adolescentes no madres evidenciaron un nivel de sintomatología depresiva significativamente mayor que las adolescentes madres $p=0,032$.

Conclusiones. Las adolescentes madres menores de 15 años presentan una mirada sumamente fantasiosa en relación a su realidad, ocupando un papel principal la fábula personal.

P23

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON EPILEPSIA. UN ESTUDIO PRELIMINAR.

Maldonado, M.E.; Aliste, M.; Avendaño, M.; Carvajal, M. Hospital de Niños Exequiel González Cortés.

El presente estudio preliminar está enmarcado en la aplicación de las normas administrativas de epilepsia del MINSAL (2002) dentro del rol profesional del psicólogo en el programa de epilepsia. Abarca la función específica de tipo asistencial de realizar una evaluación de integración social y calidad de vida en niños con epilepsia en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés, mediante la encuesta para niños "El Salvador", validada para Latinoamérica, en una muestra de 40 pacientes elegidos al azar. El objetivo general es mejorar la calidad de vida de dicha población. Las hipótesis planteadas son "los niños que padecen epilepsia verán afectada negativamente su calidad de vida y a mayor gravedad de la epilepsia, mayor será la afectación en su calidad de vida". Los resultados generales dan cuenta de la existencia de una buena calidad de vida en los niños que padecen epilepsia; sin embargo, existen diferencias entre los grupos de niños que padecen sólo epilepsia y los que a este problema se le suma otra patología de tipo neurológica o psiquiátrica que interfiere su calidad de vida. Así mismo el

estudio dio cuenta de la influencia de factores protectores como factores de riesgo en dichos resultados.

P24

REFLEXIONES ENTORNO A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES CON DEFICIENCIA MENTAL (DM).

Muñoz F., Muñoz M., Salinas J.

CDT Hospital Barros Luco Trudeau. Usach.

Introducción. La sexualidad del DM es más natural y menos racional, por lo cual tenemos dos posibilidades: dejar que la naturaleza siga su curso y por lo tanto sexualidad y reproducción vayan siempre unidas o colocarle el plus de racionalidad que le falta al DM separando sexualidad y reproducción. La sociedad ignora, oculta y reprime la sexualidad de la DM, negando su derecho a la maternidad, esterilizándola.

Método. Revisión bibliográfica de la DM a través de la historia, las diversas corrientes bioéticas respecto a la esterilización y la legislación Chilena. Análisis de fichas esterilización quirúrgica y DM en el HBLT desde abril 2001 a agosto del 2003.

Resultado. Total de cirugías: 14. DM severa: 7. DM moderada: 4. DM leve: 3. Consentimiento informado: 14. Tutora.

Discusión. La aprobación de la esterilización debe tomarse luego de una serie de preguntas: ¿Puede la mujer controlar la fertilidad con otros medios? ¿Qué nivel de deficiencia tiene la persona? ¿Cuánto puede comunicarse, autocuidarse y qué destrezas sociales tiene? Cada caso debería ser analizado por un comité de ética multidisciplinario, cuyos resultados formen parte de un protocolo accesible a los centros médicos. Aspirar que la destinataria de estas decisiones esté involucrada, para lograr su consentimiento.

P25

ENTRENAMIENTO EN EL USO DEL DINERO. UNA EXPERIENCIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Del Pino, K.; Campos, A.

Corporación Señales.

En la práctica profesional nos encontramos con la necesidad de los jóvenes atendidos por la Corporación de independizarse en el uso del dinero. Nos encontramos frente a un hecho cotidiano y práctico pero que no había sido atendido en forma específica, limitando la posibilidad

del poder de decisión y autonomía básicos para desarrollarse como personas activas en la sociedad. Para ello se confeccionaron dos Módulos de Manejo del Dinero. Cada Módulo se divide en diferentes niveles de ejercicios que estimulan aspectos del procesamiento matemático básicos y de mediana complejidad, actividades prácticas con un tema en común, incluyen refuerzos textuales y concretos. **Palabras claves:** Discapacidad intelectual, procesos mentales, constructivismo, zonas de desarrollo próximo.

Conclusión. Actualmente esta experiencia aún se está llevando a cabo. Aplicándose los módulos según los niveles de desempeño y comprensión de cada una de las personas atendidas. Se ha observado que el proceso cognitivo y lógico es diferente en cada uno de ellos, requiriendo un mayor refuerzo en algunos ejercicios y un aumento de las actividades prácticas. Además, en el aspecto psicológico se observa una mejoría en la autoestima y la confianza en sí mismos, siendo capaces de adoptar el rol de comprador forma independiente.

P26

PROGRAMA PILOTO DE MANEJO DE SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (SDAH) EN ATENCION PRIMARIA (AP)

Rojas, V.; Castillo, F.; Merino, A.; Silva, V.; Quintana, C.G.; Gallardo, M.; Cameratti, H.

Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Método y Resultados. El 2° semestre del 2002 se realizó capacitación a equipos de Salud Mental Infantil (SMI) de AP, se seleccionaron 5 para el programa. Desde abril a agosto del 2003 se ingresaron 92 pacientes, 72 por consulta espontánea al Consultorio y 20 derivados del nivel secundario (pacientes en control USMI y por auditorías de interconsultas). El médico especialista de USMI realiza primera evaluación a pacientes en Consultorio junto a equipo de SMI (pacientes previamente son evaluados con Conners e informe social por médico AP). Si cumple con criterios clínicos de SDAH, se ingresa y se confecciona cartola registrándose la entrega de psicoestimulantes. Los controles posteriores se realizan por equipo de SMI de AP.

Comentarios. Creemos que el programa en sus primeros meses de ejecución cumplió con el objetivo de tratar en forma oportuna a los pacientes con SDAH de AP. Para el próximo año se está planificando ampliar el programa a otros consultorios.

P27**COMPUTACION E INTERNET EN ADOLESCENTES.**

Salinas, J.; Calvo, M.S.; Imarai, A.B.; Amarales, J.; Carredano, M.T.
CDT, Hospital Barros Luco.

Internet se ha convertido en una considerable ventaja en términos de acceso a información, comercio, comunicación y conocimiento, sin embargo ha abierto la puerta para la aparición de conductas desadaptativas y trastornos que deben ser tomados en cuenta para la investigación, tratamiento y prevención.

Objetivo General. Describir el porcentaje y características de los usuarios de Internet a nivel de algunos colegios de la Región Metropolitana y de áreas rurales de la Sexta Región. Describir además los usos de Internet y sus relaciones con distintas variables.

Metodología. Se realizaron encuestas a alumnos regulares de Colegios que comprenden estas áreas. El grupo etéreo correspondió a personas entre 10 a 21 años. La encuesta fue aplicada y supervisada directamente por los miembros del equipo de trabajo, previa instrucción para ser contestada. Los alumnos contestaron en forma anónima. Los datos obtenidos están siendo procesados a través del System Analysis Statistical (S.A.S), que corresponde a un paquete computacional para el cálculo y análisis estadístico. Como información preliminar basados en una muestra de 93 alumnos de establecimiento urbano, el 97.85%, poseen computador en su casa, de éstos el 84.62% tienen conexión a Internet. De 77 alumnos de área rural, el 15.58% poseen computador en su casa y de éstos el 8.33% tiene conexión a Internet.

Resultados. En el medio urbano se entrevistan 93 alumnos, un 75.27% proviene de un hogar biparental y un 34.77% de uno monoparental. El 97.85% posee computador en su casa y de estos el 84.62% tiene conexión a Internet. En el medio rural se entrevistan a 77 alumnos de los cuales el 66.25% es de un hogar biparental y el 43.77% de uno monoparental. El 15.58% tiene computador en su casa y un 8.33% conexión a Internet.

Conclusiones. Existen claras diferencias entre los estudiantes según si proceden de medio urbano o rural y según características socio-económicas. No hay influencia de la estructura familiar mono o biparental. Hay un importante grupo que debe recibir apoyo para su incorporación a la tecnología, y otro importante sector con un alto acceso, en quienes estamos investigando sus hábitos de navegación en la red por el grado de influencia que

esto originará en las futuras generaciones

P28**EL TRASTORNO DEL DEFICIT ATENCIONAL (TDAH): LA DETERMINACION DE LA DOSIS INDIVIDUAL DE METILFENIDATO A TRAVES DE LA OBSERVACION DE LA EXPRESION FACIAL COINCIDE CON LOS MEJORES RESULTADOS EN CALCULOS ARITMETICOS.**

Kühle, H.J.; Kühle-Muñoz, A.M.; Rautzenberg, P.
Consulta de Neuropediatría, 35390 Giessen, Alemania.

El TDAH se diagnostica basándose en la historia clínica y observación de conductas. Entre los síntomas se reconocen también patrones breves e involuntarios. En un estudio anterior fue probado que niños con TDAH muestran una frecuencia significativamente aumentada en pérdidas breves del contacto visual y sonrisas demasiado bruscas, anchas y de duración prolongada.

Objetivo. Probar si la dosis óptima e individual de metilfenidato, definida a través de la desaparición de las alteraciones ya mencionadas, coincide con el mejor rendimiento intelectual.

Método y material. Se observaron 15 pacientes bajo efecto de diferentes dosis de metilfenidato durante 2 minutos tanto en juego de naipes como cálculos aritméticos.

Resultados. Suministrando esta dosis óptima se obtiene un resultado total óptimo de soluciones correctas. Estos resultados se empeoran significativamente al aumentar o disminuir la dosis en 5mgs. de la dosis óptima ($F=5.20$, $df=2$, $p=0.013$).

Conclusiones. Al optimizar el control del contacto visual y motricidad facial fina se optimiza al mismo tiempo el acceso a la capacidad intelectual.

P29**NIVEL INTELECTUAL Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS.**

Valdivia, M.; Molina, M.; Ferrada, F.; Pérez, R.; Cid, L.; Ceballos, A.
Departamento Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina y Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción.
Proyecto DIUC 2000-84B 009-1.0.

Objetivo. Analizar los antecedentes familiares de madres

adolescentes menores de 15 años y evaluar su coeficiente intelectual (C.I.) comparándolo con adolescentes no madres ni embarazadas.

Material y Método. De una muestra de 68 madres adolescentes que se analizó, se evaluó el C.I. en un estudio de tipo transversal descriptivo comparativo a 41 de ellas, las que se compararon con adolescentes no madres.

Resultados. Las adolescentes provienen de una familia de nivel socioeconómico bajo, numerosa, con predominio de la figura materna (64%), cuya madre es joven, 39,3 años, soltera el 42,6%, también fue madre adolescentes: primer parto a los 18,1 años. El 32% de las adolescentes tiene hermanas que fueron madres adolescentes (17 años en promedio), solteras el 44%. El 13,2% tenían hermanos que eran padres adolescentes y solteros.

En relación al C.I., las adolescentes no madres exhibieron un nivel intelectual significativamente mayor que las adolescentes madres ($p=0.017$).

Conclusiones. Las adolescentes madres menores de 15 años provienen de un modelo familiar de alto riesgo de embarazo y además presentan un C.I., significativamente más bajo que sus pares no embarazadas.

INDICE DE AUTORES POSTER PSIQUIATRIA

| AUTOR | Nº POSTER |
|---------------------------|------------------|
| Aboitiz, F. | P5 |
| Ahumada, L. | P14 |
| González, A. | P14 |
| Alvarez, C. | P11 |
| Amarales, J. | P27 |
| Arancibia, P. | P11 |
| Avendaño, M. | P23 |
| Cabezas, J. | P10 |
| Calvo, M. S. | P27 |
| Cameratti, H. | P26 |
| Campos, A. | P25 |
| Carredano, M. T. | P27 |
| Carvajal, M. | P21, P23 |
| Castillo, F. | P26 |
| Cevallos, A. | P22, P29 |
| Chea, C. | P14 |
| Cid, L. | P22, P29 |
| Cifuentes, M. | P6, P12 |
| Codeza, M ^{al} . | P6, P12 |
| Codner, E. | P1, P2 |
| Correa, L. | P20 |
| Barraza, C. | P17 |
| Del Pino, K. | P25 |
| Donoso, T. | P3, P9, P18, P19 |
| Durán, C. | P9 |

| | |
|----------------------------|----------|
| Ebner, D. | P6, P12 |
| Fernández, D. | P1, P2 |
| Fernández, O. | P20 |
| Ferrada, C. | P22, P29 |
| Fuentes, X. | P14 |
| Gallardo, M. | P26 |
| García, R. | P11 |
| Gómez, J. | P15, P15 |
| González, C. | P15, P16 |
| Gutiérrez, A. | P8 |
| Haquin, C. | P10 |
| Herrera, C. | P8 |
| Herrera, M ^a S. | P8 |
| Imarai, A. B. | P27 |
| Kreither, J. | P5 |
| Kühle, H.J. | P28 |
| Kühle-Muñoz, A. M. | P28 |
| Larraguibel, M. | P10 |
| Llorente, C. | P6, P12 |
| López, J. | P5 |
| López, S. | P4 |
| López, V. | P5 |
| Maldonado, M. E. | P23 |
| Manzo, J. | P14 |
| Marchant, M. | P21 |
| Martínez, A. | P1, P2 |
| Martínez, J. | P4 |
| Mayerson, E. | P21 |
| Mena, C. | P7, P14 |
| Merino, A. | P26 |
| Meza, D. | P15, P16 |
| Miethe, K. | P19 |
| Aliste, M. | P23 |
| Molina, M. | P22, P29 |
| Mook-Kanamori, D. | P2 |
| Mosca, J. A. | P15, P16 |
| Muñoz, F. | P24 |
| Muñoz, M. | P24 |
| Ortega, R. | P5 |
| Pedrero, I. | P13 |
| Pérez, R. | P22, P29 |
| Piqué, V. | P18 |
| Quintana, C. G. | P26 |
| Quintanilla, E. | P15, P16 |
| Rautzenberg, P. | P28 |
| Risco, L. | P11 |
| Rojas, V. | P26 |
| Rosas, R. | P5 |
| Ruiz, C. | P11 |
| Salinas, J. | P24, P27 |
| Schnitzler, S. | P21 |
| Silva, P. | P20 |
| Silva, V. | P26 |
| Solis, J. | P11 |
| Torres, S. | P6, P12 |
| Urzúa, C. | P20 |
| Valdés, A. | P4 |
| Valdivia, M. | P6, P12 |
| Valdivia, M. | P22, P29 |
| Valdivieso, C. | P21 |
| Vicente, B. | P6, P12 |
| Zúñiga, M. | P6, P12 |

Reconocimiento a los mejores trabajos presentados al XXI Congreso

En el XXI Congreso se entregó reconocimiento a los mejores trabajos presentados de Neurología y Psiquiatría.

Entregan estos premios la Dra. Carmen Quijada, Coordinadora del Comité de Neurología y Dra. Patricia Cordella Coordinadora Comité de Psiquiatría.



Primer Premio de Neurología



Primera Mención Honrosa Neurología



Segunda Mención Honrosa Neurología



Tercera Mención Honrosa Neurología



Primer Premio de Psiquiatría



Primera Mención Honrosa Psiquiatría



Segunda Mención Honrosa Psiquiatría



Tercera Mención Honrosa Psiquiatría

Cuenta del Directorio 2001 - 2003

Noviembre 2001 - Noviembre 2003

MEMORIA DEL PRESIDENTE PERIODO 2001 - 2003 DR. TOMAS MESA LATORRE

El Directorio de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y de acuerdo con los Estatutos, cumple con la obligación de informar a sus socios acerca de la labor realizada durante los años noviembre 2001 a noviembre 2003.

Presidente : Dr. Tomás Mesa
Vice-presidente : Dra. Virginia Boehme
Secretaria : Dra. Marcela Larraguibel
Tesorera : Dra. Verónica Burón

Directores : Dra. M. Alicia Espinoza
: Dra. Esperanza Habinger
: Dra. Carmen Quijada
: Dra. Maritza Carvajal
Past-President : Dr. Ricardo García

La SOPNIA actualmente tiene 33 años de vida y tiene 162 socios. Los médicos se dividen de la siguiente manera: 64 Neurólogos, 63 Psiquiatras, 9 Neurocirujanos, 4 Fisiatras, 1 Pediatra, 1 Otorrino.

Los socios no médicos son los siguientes: 13 Psicólogos, 4 Fonoaudiólogos, 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 Kinesiólogo.

Socios correspondientes: 18

Ingreso de socios

El último año han ingresado 8 socios (1 Neurólogo, 7 Psiquiatras, 1 Neurocirujano).

Respecto a las actividades académicas

Hemos realizado 4 simposios; dos de Psiquiatría:

- **Trastornos adictivos en la adolescencia.**

Director: Dr. Humberto Guajardo organizado por el Hospital Barros Luco-Trudeau-USACH, efectuado el 22 de agosto de 2003.

- **Corporalidad, control de impulsos y agresión en el adolescente. Desafíos terapéuticos.** Directora: Dra. Muriel Halpern organizado por la Clínica Psiquiátrica. U de Chile, realizado el 5 de septiembre de 2003.

Y dos de Neurología:

- **III Jornadas Internacionales de Epilepsia.**

Directores: Dr. Manuel Campos y Dr. A. De Marinis, organizado por la Liga Chilena contra la Epilepsia, realizadas el 10 y 11 de abril de 2003.

- **Desarrollo Psicomotor: El niño que regresa. ¿dilema?**

Directores: Dra. Marta Hernández y Gloria Durán, organizado por la Pontificia Universidad Católica, realizado el 8 de agosto de 2003.

Además las Jornadas Anuales de Reflexión del Grupo de Trastornos del Desarrollo, cuyo tema fue: Trastornos del lenguaje infantil: Buscando acuerdos. Director: Flgo. Marcelo Díaz, realizadas el 30 de agosto de 2003.

Congreso 2003

Estamos terminando el XXI Congreso de SOPNIA, el cual ha sido un éxito rotundo, tanto por el número de asistentes (más de 300 personas) como por el desafío de integrar la IV Reunión de FESLANI (Federación de Sociedades Latinoamericanas de Neurología Infantil). Se agradece sinceramente al Comité Organizador, especialmente a la Dra. Carmen Quijada (Coordinadora del Comité de Neurología) y a la Dra. Patricia Cordella (Coordinadora del Comité de Psiquiatría) por su dedicación y esfuerzo y sobre todo a la Dra. Isabel López como Presidente del Congreso por haber coordinado con éxito esta hermosa reunión académica, dedicando muchas horas, pensamientos y sueños.

Patrocinios

- a) Cefalea y fatiga crónica en la adolescencia. Organizado por la Universidad de los Andes y realizado el 15 y 16 de octubre de 2003.
- b) Neurología infantil y emergencias pediátricas.

Organizado por la Clínica Alemana y realizado el 18 y 19 de abril de 2003.

- c) II Curso Internacional de Neuropsiquiatría Infantil. Organizado por la Universidad de Valparaíso y el Hospital Carlos Van Buren, realizado el 16 y 17 de mayo de 2003.
- d) El niño que no aprende. Organizado por el Hospital Clínico San Borja Arriarán, Directoras: Dras. F. Fernández, C. Quijada, P. Urrutia y realizado el 11 de septiembre de 2003.
- e) Primer encuentro de especialistas en neurorehabilitación y ortopedia pediátrica, realizado el 24 de abril de 2003.
- f) III Jornadas de adolescencia. Organizadas por la Clínica Alemana y realizadas el 4 y 5 de septiembre de 2003.
- g) III Jornadas de Epilepsia. Organizadas por la Sociedad de Epileptología de Chile y realizadas el 6 y 7 de junio de 2003.
- h) II Curso Internacional de Terapia Vojta. Organizado por el Hospital Exequiel González Cortés, y realizado el 29 de octubre de 2003.
- i) Ejercicios Clínicos en Neuropediatría. Organizados por el Hospital Clínico San Borja Arriarán y la Universidad de Chile, Campus Centro, y realizados el 6 de octubre de 2003.
- j) Seminario Internacional. El apego, una urgencia para la obstetricia y la neonatología. Organizado por la Universidad de Chile, Campus Sur, y realizado el 8 de octubre de 2003.
- k) Curso precongreso y XIII Congreso Argentino de Neurología Infantil (SANI), realizado del 23 al 25 de octubre de 2003.
- l) III Jornadas de neuropsiquiatría infantil. Organizadas por la Sociedad Chilena de Pediatría. Filial Antofagasta y realizadas el 27 y 28 de junio de 2003.

Programa de Educación Médica Continua

Está marchando muy bien, teniendo en este momento de 88 socios inscritos en el programa, 51 colegas han reunido el puntaje de certificación. Agradecemos en forma especial a la Dra. Marcela Larraguibel, quien ha continuado dirigiendo el Programa.

Boletín de SOPNIA

Va en su año 14 número 2, en cuya organización se ha incorporado un selecto grupo editorial el que se está ampliando a provincia y el extranjero. Dirigido con gran dedicación por la Dra. Freya Fernández. El Comité Editorial lo componen: Drs. R. García, I. López, V. Burón, M. Colombo, P. David, M.A. Espinoza, P. Menéndez, Ps. G. Sepúlveda, Flgo. M. Díaz.

Asociación de Sociedades Científicas Médicas (ASOCIMED)

Se ha estado participando activamente. Se entregaron las pautas para 10 patologías neurológicas y 10 psiquiátricas. Será publicado por SOPNIA. Se envió un comentario sobre el Plan Auge. Se hizo una declaración pública sobre el Auge en el Diario El Mercurio (10/11/02). Se contribuyó a la encuesta de las especialidades en Chile. Participación en elección del Premio Nacional de Medicina.

Comité de Estrategias a Futuro

Compuesto por los ex Presidentes de SOPNIA y las personas premiadas por SOPNIA se reunió por primera vez el 2002. Se formó el Comité de Ética de SOPNIA y una comisión para programar la futura semana de salud mental infanto-juvenil. Han analizado el Plan Auge, desde la perspectiva de nuestra Sociedad. A cargo del grupo, están el Dr. Jorge Förster y Dr. Hernán Montenegro.

Nuevo impulso se está dando a los Grupos de Estudios

La Dra. Esperanza Habinger, ha redactado una normativa para su funcionamiento adecuado. Actualmente están en plena actividad el Grupo de Trastornos del Desarrollo y el Grupo de Psicopatología del desarrollo.

Relaciones Públicas

Seguimos contando con el apoyo profesional del Sr. Claudio Ramírez, como Asesor Comunicacional. Hemos tenido cabida noticiosa en numerosos medios de prensa escrita, radio y TV. Ha facilitado los contactos y entrevistas para la difusión de este Congreso. El día 6 de septiembre de 2003, se realizó el Taller de Capacitación en Comunicación y enfrentamiento periodístico para socios de SOPNIA. Se confeccionó el CD del Congreso 2002 y nos apoyó en el CD 2003 del Directorio de SOPNIA. Ya se está trabajando en el CD del Congreso 2003.

Conferencia de prensa sobre Plan Auge y SOPNIA: (febrero 2003).

Página Web

La Página Web, que fue puesta en marcha en el mes de agosto del año 2002, presenta nuevas modificaciones. Últimamente con los datos de este Congreso. Llevamos más de 1.500 visitas y un 16% de ellas son extranjeras. El promedio de visitas es de 63/día, www.sopnia.com debe un especial agradecimiento al Dr. Pedro Menéndez, por su gran dedicación y particularmente por el convenio que recientemente llevó a cabo con laboratorios Pfizer, quienes durante dos años auspiciaron nuestro sitio. Tendrá conexiones con FESLANI y otras sociedades (pediatría, neurología...).

Contacto con otras Sociedades

Tanto con la Sociedad Chilena de Pediatría, como con la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, se han estado realizando reuniones y conversaciones. Con la última se acordó que los cursos de adolescencia que ellos organicen, debe participar SOPNIA. Con el resto de las Sociedades de Neurología Infantil de Latinoamérica se planea mediante FESLANI, una estrecha relación. Con psiquiatría se están haciendo contactos.

Becados de Psiquiatría y Neurología. Colegas de provincia.

A las reuniones de Directorio se ha invitado por segundo año a representantes de los becados de psiquiatría y neurología infantil. La idea es dar espacio de opinión a los colegas en formación y ofrecerles nuestra colaboración. En el año 2001 se les apoyó en la instancia respectiva por su preocupación por la reducción de los años de duración de la beca de neuropediatría. El 2 de octubre de 2003 en el Hotel Atton, con el auspicio de Laboratorio Andrómaco, se llevó a efecto una comida con la Directiva de SOPNIA, un representante becado de cada especialidad y un representante Docente de cada Centro Formador. El resumen y acuerdos quedaron en acta. La participación de los becados es ya un hecho en nuestra Sociedad, como hemos podido apreciar en este Congreso. Su participación en la Página Web y Boletín son los próximos pasos. También se ha invitado a participar a colegas representantes de provincia.

Congreso 2004

Estará a cargo de la Dra. Flora De La Barra. Se hará en Concepción y este XXII Congreso será particularmente interesante ya que vendrá el Dr. Rutter (Inglaterra) y Dr. Arzimanoglou (Francia). Coordinador del Comité de Neurología el Dr. Cristián Amézquita y Coordinador del Comité de psiquiatría el Dr. Mario Valdivia.

Laboratorios Farmacéuticos y Empresa Privada

Se ha seguido con las conversaciones entre la Empresa Farmacéutica y la SOPNIA. La modalidad ha sido con entrevistas personales a Gerencia y actividades tipo social-negocios. Han sido calificadas de fructíferas. En octubre de cada año se envía a cada Laboratorio Farmacéutico una carpeta con los futuros planes y proyecciones del siguiente año. Luego se realiza una comida de agradecimiento post congreso. (noviembre-diciembre). Posteriormente reuniones para precisar aportes, apoyo en simposios y otros.

Lanzamiento de libro

Se apoyó el lanzamiento del Libro sobre Neurología

Perinatal, editado por los Drs. M. Hernández, P. Menéndez y F. Pinto.

Estatutos de SOPNIA

Se han estado revisando los estatutos de SOPNIA, con el objeto de adaptarnos a los nuevos tiempos. Se hará próximamente una propuesta. Encargados: Dr. Juan Enrique Sepúlveda y Dr. Tomás Mesa.

CD del Directorio

Desde 1995 que no se renovaba la información de nuestra Sociedad. Con el apoyo de Laboratorio Andrómaco editamos en vez de un libro, un CD con los datos de nuestra Sociedad. Cada socio va recibir este disco.

Administrativo

Se contrató una nueva secretaria, el 1 de julio de 2003 para así tener cubierto todo el día. Sra. Carolina Martínez: 09.00 a 14:30 hrs. y Sra. Muriel Lizana: 13.00 a 18.00 hrs. Se hicieron nuevos contratos de trabajo para las secretarías. Se adquirió un teléfono celular para ellas. Después de una auditoría contable se contrató un nuevo contador: Sr. José Miguel Jara. Se renovó la impresora y anteriormente el computador.

Tesorería

Estamos en un buen pie, con un balance positivo. Agradecemos la activa colaboración de nuestra Tesorera, la Dra. V. Burón. Respecto a los ingresos, un 70%, 24% y 6% provienen respectivamente del Congreso Anual, Cuotas Societarias y Simposios. En relación a los egresos: un 60%, 22%, 6% y 12 %, corresponden respectivamente a sueldos, arriendo, cuentas, Página Web, teléfonos, otros.

Asesorías

En varias oportunidades el poder legislativo nos ha pedido la opinión como expertos. La última vez el 30 de junio de 2003 fue el Senado sobre los Tribunales de Familia. Agradecemos al Dr. R. García por coordinar nuestras

consideraciones a la ley.

No queda más que agradecer en nombre de la Directiva, la presencia de Uds., en este Congreso, al Comité Organizador representado por la Dra. Isabel López, al Comité Local, a los expositores, participantes y especialmente a cada uno de los Socios de nuestra Directiva, que con entusiasmo contribuyen a engrandecer nuestra comunidad científica en el ámbito del desarrollo de las neurociencias en psiquiatría y neurología. Han sido dos hermosos años de una muy agradable labor con un equipo de trabajo de excelencia; ellos son:

| | |
|--------------------|---|
| Vicepresidente | : Dra. Virginia Boehme |
| Secretaria general | : Dra. Marcela Larraguibel |
| Tesorera | : Dra. Verónica Burón |
| Directores | : Dra. Maritza Carvajal Dra. M. Alicia Espinoza Dr. Jorge Förster(*) Dra. Esperanza Habinger Dr. Pedro Menéndez(*) Dra. Carmen Quijada |
| Past-president | : Dr. Ricardo García |

Mención especial merecen nuestros auspiciadores: Abbott, Andrómaco, Genzyme, Glaxo-Smithkline, Grünenthal, Novartis, Pfizer, Laboratorio Drugtech de la Corporación Farmacéutica Recalcine, Roche, Royal Pharma. También a AVBO Artículos Médicos, Bioscom Chile, Editorial Mediterráneo y Librería Olejnik. A la Liga Chilena contra la Epilepsia, por su constante apoyo en pos del desarrollo de la especialidad y de los más necesitados.

Gracias.

DR. TOMAS MESA
Presidente Directorio SOPNIA
Noviembre 2003

Asamblea de SOPNIA



Inauguración Asamblea de SOPNIA. Dirigida por el Presidente de la Sociedad, Dr. Tomás Mesa. De izquierda a derecha: Dra. Marcela Larraguibel, Dra. Virginia Boehme, Dr. Tomás Mesa, Dra. Verónica Burón, Dr. Ricardo García, Sra. Gabriela Sepúlveda.



Dr. Tomás Mesa, Presidente de SOPNIA, da cuenta a la Asamblea de la Memoria de su período.



Dr. Ricardo García, Past President, entrega un galvano de reconocimiento al Dr. Tomás Mesa por su gestión como Presidente de SOPNIA en el período 2001 - 2003.

Reuniones y Congresos

XXII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGIA Y PSQUIATRIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha: 25, 26 y 27 de Noviembre de 2004.
Lugar: Suractivo, Concepción
Presidente: Dra. Flora De La Barra

Informaciones:

Fono: 632.0884 - Fax: 639.1085
Página web: www.sopnia.com

SIMPOSIOS

(Estas actividades son sin costo para los socios con sus cuotas al día)

13 AGOSTO (Psiquiatría)

“Psiquiatría Forense de la Infancia y Adolescencia”.

Organiza: Instituto Médico Legal
Director: Dra. Alicia Espinoza

20 AGOSTO (Neurología)

“Aprendizaje escolar y trastornos neurológicos”.

Organiza: Pontificia Universidad Católica de Chile
Director: Dr. Raúl Escobar

28 DE AGOSTO

Jornadas de Reflexión

“Psicobiología y creatividad”

Organiza: Grupo Trastornos del Desarrollo

PATROCINIO

La Sociedad además está patrocinando los siguientes cursos:

“Curso de Neurología aplicada a la clínica pediátrica”, que se realizará los días 25, 26 y 27 de Marzo del presente año, y que está siendo organizado por el Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Curso “Manejo del Paciente Neuromuscular Infantil”, que se realizará los días 15 y 16 de Abril del presente año, y que está siendo organizado por el Departamento Científico Docente de la Clínica Alemana en conjunto con el Instituto Teletón de Santiago.

“IV Jornadas Invernales de Epilepsia”, que se realizarán los días 4 y 5 de Junio del presente año, y que están siendo organizadas por la Sociedad de Epileptología de Chile.

“Curso Pre Congreso y XXII Congreso Argentino de Neurología Infantil”, que se realizará los días 23, 24 y 25 de Octubre del presente año en la ciudad de Iguazú, Misiones, y que está siendo organizado por la Sociedad Argentina de Neurología Infantil.

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

XII Congreso de la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica (AINP)

XVI Curso Iberoamericano de Postgrado de Neurología Pediátrica (CIPNP)

V Reunión FESLANI (Federación de Sociedades de Neurología Infantil)

12 al 14 de Mayo de 2004, Uruguay
Hotel Radisson Montevideo
Montevideo, Uruguay

Informaciones:

Fono: 598-2-902-1413
Telefax: 598-2-901-5285

e.mails:

exito@exito.com.uy
secretaria@exito.com.uy

Jornadas de ANLPE

21 y 22 de Mayo

IV Congreso Latinoamericano de Neurofisiología Clínica

7 al 10 de Octubre de 2004

Hotel Intercontinental, Las Condes, Santiago, Chile
Informaciones:

Fono; 358 82 80

Fax: 297 23 02

Página Web: www.sochineurofisiol.cl

e.mail: elizabethlagos@vtr.net

51° Annual Meeting AACAP (American Academy of Child Adolescent Psychiat)

19 al 24 de Octubre de 2004, Washington DC. USA

Informaciones

AACAP

3615 Wisconsin Avenue, N.W.

Washington, D.C. 20016-3007
phone (202) 966.7300
fax (202) 966.2891
e.mail: meetings@aacap.org

**Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría,
Neurología y Neurocirugía**
21 al 23 de Octubre de 2004
Iquique
Informaciones:
Fono: 334 95 50

Página Web: www.sonepsyn.cl
e.mail: secgeneral@sonepsyn.tie.cl

44° Congreso Sociedad Chilena de Pediatría
16 al 20 de Noviembre de 2004
Coya, Rancagua
Informaciones:
Fono: 237 57 97 - 237 15 98
Fax: 238 00 46
Página Web: www.sochipe.cl
Sochipe@sochipe.cl

Noticias

A todos nuestros asociados les informamos que en este momento la Sociedad cuenta con un correo electrónico el cual sirve para tener más contacto entre sí.

Le damos la más cordial bienvenida a la Dres. Cecilia Ruiz, Elena Castro, Muriel Halpern, Claudia González, Dr. Juan Carlos Martínez, Alejandro Cubillos y Dolly Figueroa, que presentaron sus Trabajos de Ingreso y han sido aceptados como Miembros Activos de nuestra Sociedad a partir del mes de Noviembre del presente año.

Durante el XXI Congreso Anual de la Sociedad, se realizó la elección del Directorio para el bienio 2003-2005, quedando estructurado de la siguiente manera:

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| Presidente | : Dra. Virginia Boehme K. |
| Vice-Presidente | : Dra. Isabel López S. |
| Secretaria General | : Dra. Maritza Carvajal G. |
| Tesorera | : Dra. Alicia Espinoza A. |
| Directores | : Dra. M. Angeles Avaria B. |
| | : Dra. Cecilia Ruiz C. |



En el XXI Congreso de SOPNIA, en la Asamblea de Socios se entregó oficialmente el certificado de Ingreso a los nuevos Miembros de la Sociedad. De izquierda a derecha: Dr. Juan Carlos Martínez, Dra. Claudia González, Dr. Alejandro Cubillos, Dra. Cecilia Ruiz, Dra. Dolly Figueroa, Dra. Elena Castro, Dra. Muriel Halpern y Dr. Juan Francisco Cabello.

: Dr. Jorge Förster M.
: Dra. Marcela Larraguibel Q.
: Dra. Begoña Sagasti A.
: Dra. Viviana Venegas S.
Past-president : Dr. Tomás Mesa Latorre

En el XXI Congreso en la Asamblea de Socios, se instituyó la entrega de insignias de SOPNIA a los Miembros del Directorio, El Dr. Tomás Mesa hace entrega de este símbolo.



Dra. Virginia Boehme asume el cargo de Presidente de SOPNIA para el bienio 2003 - 2005.



Entrega a Dra. Verónica Burón



Entrega a Dr. Ricardo García



Entrega a Dra. Maritza Carvajal



Entrega a Dr. Pedro Menéndez



Entrega a Dr. Jorge Förster



Entrega a Dra. Virginia Boehme



Entrega a Dra. Isabel López



Entrega a Dra. M. Angeles Avaria



Entrega a Dra. Alicia Espinoza



Entrega a Dra. Begoña Sagasti



Dr. Tomás Mesa, da por cerrada la Asamblea de Socios de SOPNIA 2003.

IV Reunión de la Federación Latinoamericana de Neurología Infantil (FESLANI) Viña del Mar, Sábado 8 de Noviembre de 2003

ACTA DE LA SESION PLENARIA

De acuerdo a los estatutos vigentes de FESLANI, se desarrolla en la ciudad de Viña del Mar, la cuarta reunión de FESLANI, con representantes de los países miembros: Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Uruguay. Dicha reunión se realiza de manera conjunta con el XXI Congreso de SOPNIA.

Preside la Sesión : Dr. Fernando Pinto L.
 Presidente del Congreso : Dra. Isabel López S.
 Presidente de SOPNIA : Dr. Tomás Mesa L.

Asisten:

1. Dr. David Vallejos Moreno
2. Dr. Jorge Rodríguez
3. Dr. Daniel Guillén Pinto
4. Dra. Freya Fernández Kaempffer
5. Dr. Jorge Förster Mujica
6. Dr. Rubén Santana Alfonso
7. Dra. Liliana Czornyj
8. Dr. Fernando Novoa
9. Dr. Juan Francisco Cabello Andrade
10. Dra. Elena Navarrete
11. Dr. Juan Contreras Vera
12. Dra. Isabel López Saffie
13. Dra. Valeria Rojas
14. Dra. Heydi Sanz A.
15. Dra. Mónica Prelo Váldez
16. Dr. Pedro Menéndez
17. Dr. Andrés Barrios Reyes
18. Dr. Tomás Mesa L.
19. Dra. Umbertina Conti Reed
20. Dr. Fernando Pinto Laso
21. Dra. Silvia Tenenbaum

Acuerdos:

1. La asamblea de FESLANI acuerda reiterar la necesidad de su existencia en tanto agrupación de sociedades científicas de neurología infantil en el continente.
2. Se declara a la especialidad de Neurología Infantil como una especialidad básica. Ello implica que la obtención

del grado de especialista requiere de un programa especial de formación de post grado, independiente de otras especialidades vinculadas.

3. Se acuerda realizar una revisión de los estatutos de manera que el funcionamiento de FESLANI pueda ser efectivo y permanente en el tiempo, reiterando que no es una sociedad científica de personas, sino federación de sociedades. Que son miembros de FESLANI las entidades acreditadas y por tanto los socios de cada sociedad oficial en cada país de latinoamérica, representados por el presidente en ejercicio de cada una de ellas. Ello, de manera independiente de la persona que ejerza el cargo.

Se revisará cómo implementar la continuidad de funciones y la operación. Se aprueba designar al Dr. Tomás Mesa, presidente saliente de la Sociedad en Chile, para que en el plazo de un año proponga a los miembros los cambios propuestos al estatuto y las modalidades de funcionamiento, incluida la manera de nominar representante en aquellas sociedades que incluyen a la Psiquiatría Infantil y tengan un presidente de esa especialidad en ejercicio. Los estatutos serán enviados a cada sociedad, para su revisión y discusión. El plazo para respuestas de las observaciones se fija el 31 de Enero de 2004.

4. Se aprueba en tal sentido realizar una conexión a las páginas web de cada sociedad e implementar un linking como medio prioritario de funcionamiento. Para ello se nombra a los encargados de páginas web de Argentina (Dra. Liliana Czornyj) y de Chile (Dr. Pedro Menéndez) encargados de llevar a cabo el funcionamiento en red.
5. Próxima reunión: Se define realizar una reunión anual de FESLANI, en relación con el Congreso Nacional de cada país, en rotación. Ante la propuesta de las Doctoras Liliana Czornyj y Silvia Tenenbaum (Argentina), se acuerda que la próxima, que tratará entre otros la proposición estatutaria mencionada, tenga lugar durante el Congreso Nacional Argentino, a realizarse en Buenos Aires, en noviembre 2004.
6. NUEVAS SOCIEDADES Y NUEVOS MIEMBROS. FESLANI debe propender a la formación de sociedades autónomas en aquellos países donde aún no existen o

los especialistas forman se albergan.

7. DECLARACION DE VIÑA DEL MAR. Como consecuencia de los estudios realizados por los países miembros para esta reunión, así como de los acuerdos del desayuno de trabajo del día 7 de noviembre, los doctores Fernando Kok y Umbertina Conti Reed (Brasil) presentan un borrador. Se discute y aprueba que FESLANI emita la declaración siguiente, la que se difundirá a los miembros de cada país, a los centros universitarios de formación de especialistas y a las autoridades que proceda:

FESLANI es la corporación oficial que agrupa a las sociedades científicas de la neurología infantil en América Latina. Entre sus objetivos está el velar por la integración de sus especialistas en el continente, así como la necesidad de consensuar entre sus sociedades miembros las características de nivel profesional que

requiere la formación de neurólogo infantil. Esta necesidad es más vigente hoy, cuando nuestros países enfrentan procesos de globalización en todas sus áreas.

- La especialidad de neurólogo pediatra constituye una especialidad básica de la medicina.
- Los países miembros deben propender a homogeneizar los planes mínimos y deseables de formación con miras a futuras equivalencias internacionales.
- Para su formación, los países miembros deben propender a velar que los organismos universitarios tengan programas de postgrado que requieran como base, además del título de médico, una formación en pediatría de al menos dos años.
- Que la especialización en neurología pediátrica debe tener un currículum universitario mínimo de tres años.
- Que los poseedores de la especialización en Neurología de adultos, requieren cumplir con los 24 meses de pediatría y un plan de formación en la especialidad de al menos dos años.

Dr. Pedro Menéndez
Secretario

Dr. Tomás Mesa
Presidente



Cuarta Reunión de FESLANI



Participantes de la Cuarta Reunión de FESLANI

Sugerencias para las contribuciones

El Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia se propone como objetivo principal ser un instrumento de comunicación entre los socios y es así que ofrece sus páginas para difundir todos aquellos artículos relacionados con su actividad profesional.

Las contribuciones podrán tener la forma de trabajos originales, revisiones, casos clínicos, evaluaciones de programas asistenciales o actualidades, en las áreas de Neurología, Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente u otras disciplinas afines. Estos artículos se harán llegar al comité editorial del Boletín, que se encargará de su revisión con la colaboración de miembros de la Sociedad con trayectoria en el tema.

Los artículos se entregarán en papel tamaño carta, mecanografiados a doble espacio, e incluirán el original y dos fotocopias, más una copia registrada en disquette de 3.5 en Word 6.0 (P.C.). Se sugiere una extensión máxima de 10 páginas para artículos originales, revisiones y programas, y de 6 páginas para casos clínicos o actualidades. Como acompañantes del texto se incluirán solamente cuadros o tablas mecanografiadas en hojas separadas.

Se incluirá un primera página que contenga, a) título del trabajo, b) nombre y apellidos de los autores, c) lugar de trabajo, d) resumen del trabajo con un máximo de 150 palabras.

Se sugiere que los trabajos tengan el siguiente ordenamiento:

a) **Introducción:** Se plantearán y fundamentarán las preguntas que motivan el estudio y se señalarán los objetivos de éste.

b) **Pacientes (o sujetos) y Método:** se describirán los criterios de selección y las características de los sujetos. Se describirá la metodología usada y, cuando sea pertinente, detalles del diseño y de los métodos estadísticos empleados.

c) **Resultados:** Se refiere solamente a la

descripción en un orden lógico, de aquellos datos que se generan del estudio. No incluye su discusión.

d) **Discusión:** Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.

e) **Referencias:** Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición del problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto. La anotación se hará como sigue.

Revistas: Apellido e inicial de los autores: Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agrega et. al... A continuación anote el título del artículo en su idioma original. Luego el nombre completo de la revista en que apareció, año, volumen, página inicial y final.

Ejemplo: 1) Villalón H. Alvarez P., Barría E et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 1992, 63: 140-144.

Capítulos de libros: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más mencione los tres primeros y agregue et al. A continuación anote el título del capítulo en su idioma original. Luego señale nombre del libro, editores, año, página inicial y final, editorial.

Ejemplo 4) Chiofalo N., Díaz A., Avila M. El Mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial compleja con sintomatología psiquiátrica. En Las epilepsias. Investigaciones clínicas. Editor: M. Devilat, 1991, pp 6-10 Ciba Geigy, Chile.

La secuencia propuesta, si bien es aplicable a un número importante de trabajos, no lo es para otros, como son revisiones o actualidades. En estos casos los autores se darán la organización que consideren pertinente.