

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y
NEUROLOGIA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA



BOLETIN

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA

Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA

Y ADOLESCENCIA

AÑO 5 - Nº 3 - DICIEMBRE '94

DIRECTORIO 1994 - 1995

Presidenta:	Dra. Ledia Troncoso
Vice-Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Secretario:	Dr. Tomás Mesa
Tesorera:	Dra. Perla David
Directores:	Psic. Violeta Cadiz Dra. Lilian Cuadra Fonoaud. Marcelo Díaz Dra. Isabel López Psic. Carmen G. Perales Dra. Erna Raimann
Past-President:	Dr. Marcelo Devilat

Directora del Boletín: Isabel López

Comité Editorial: Freya Fernández / Gabriela Sepúlveda / Marcelo Díaz / Ricardo García

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171, Fax: 6391085 - Santiago

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA
AÑO 5 - Nº 3 - DICIEMBRE 1994**

CONTENIDOS

	Página
XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	
Resúmenes	2
Índice de Autores	32
REUNIONES Y CONGRESOS	34
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	35

RESUMENES

1. ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA LA CROMOSOMA X.

Hernández Marta, Avaria María de los Angeles, López Isabel, Troncoso Mónica.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La adrenoleucodistrofia ligada al X es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por desmielinización e inflamación del sistema nervioso central y atrofia de la corteza adrenal, se subclasifica en 6 tipos dependiendo de la edad de aparición de los síntomas y compromiso cerebral. Bioquímicamente hay acumulación de ácidos grasos saturados de cadena muy larga, producto de la alteración de la betaoxidación peroxisomal, por lo cual en la actualidad se incluye en el grupo de enfermedades peroxisomales.

Se presentan dos pacientes de 7 y 12 años de edad respectivamente que inician sintomatología con trastornos del rendimiento escolar, alteraciones de la memoria y alteraciones motoras con progresión de los síntomas. En su examen mental destaca alteración en pruebas atencionales, memoria reciente, inmediata y de evocación, concrelismo y alteraciones en la lectoescritura asociado a agnosia visual y apraxia. En el examen somatomotor destaca hipertonía generalizada, con reflejos osteotendíneos exaltados, torpeza motora fina y gruesa, incoordinación y disidiadococinesia.

Estudios con neuroimágenes destacaron extensas zonas de desmielinización occipital que en un paciente se extendían a zonas parietales, temporales y frontales, con captación de gadolinio en T1. Estudio bioquímico reveló ácidos grasos de cadena muy larga elevados en un paciente. Potenciales evocados visuales y velocidad de conducción normal.

Se presentan ambos casos para destacar la adrenoleucodistrofia como enfermedad neurodegenerativa iniciada en esta etapa de la vida, la necesidad de consejo genético y diagnóstico prenatal.

2. FACOMATOSIS PIGMENTO VASCULARIS, UN NUEVO SINDROME.

Amarales Claudia, Abarca Jaime.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil y Unidad de Dermatología. Hospital Regional de Punta Arenas.

La facomatosis pigmento vascularis es una enfermedad poco común, descrita por primera vez en 1947. Su forma de presentación consiste en la presencia de nevus, flammeus, pigmentación oculocutánea significativa y en algunos casos refractarios a tratamiento. Se describen cuatro entidades, Tipo I a Tipo IV, con compromiso local (a) o sistémico (b). En este último subtipo, las lesiones cutáneas se asocian con anomalías viscerales (ojo, sistema nervioso central), y óseas.

Se presenta el caso de un paciente varón de 7 años de edad, producto de embarazo y parto normal, evaluado en el periodo de Recién Nacido por dermatólogo por la presencia de nevus flammeus en la región de tórax y abdomen, comprometiendo ambos lados, manchas mongólicas extensas en dorso y manchas azules en escleras. Se planteó entonces el diagnóstico de Facomatosis Pigmento Vascularis. Se realizó con posterioridad controles dermatológicos periódicos, en los cuales se ha observado variaciones en las características de las lesiones de la piel las cuales se describirán.

Además ha sido evaluado desde el punto de vista neurológico, durante el periodo de un año, presentando una Meningoencefalitis Viral en Enero de 1993 y mal rendimiento escolar. Los exámenes complementarios: TAC cerebral, EEG, radiografía de columna, evaluación oftalmológica han sido normales. La sicometría lo ubica en un rango de CI normal lento.

El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas de este nuevo tipo de facomatosis y sus diagnósticos diferenciales.

3. DISPLASIA FIBROMUSCULAR COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL ISQUEMICO.

Devilat Marcelo, Bravo Silvia, Fava Mario.
Unidad de Neuropediatría y Servicio de Pediatría. Hospital Militar
Servicio de Radiología. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

La incidencia de infartos cerebrales isquémicos en niños es tan baja como 0,63 por 100.000. Una de las causas de ellos es la displasia fibromuscular (DFM) que consiste en una angiopatía no ateromatosa, ni inflamatoria, de origen desconocido con hiperplasia de las técnicas arteriales. La DFM es un cuadro multisistémico, con una infrecuente participación del SNC, de la que se ha reportado escaso número de pacientes pediátricos.

MSK es una niña de 3 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, que presentó en forma brusca una hemiplejía derecha por la que fue hospitalizada. El examen reveló una paciente con tendencia al sopor, normotensa, hemiplejía flácida derecha, asimetría facial y fondo de ojo normal.

Los exámenes de laboratorio, habituales en pacientes pediátricos, resultaron normales. La TAC reveló una zona hipogénica en zona anterior del hemisferio izquierdo, en tanto que la RNM cerebral permitió visualizar un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. Al tercer día de hospitalización la arteriografía por sustracción digital reveló una hipoperfusión en territorio de arteria cerebral media izquierda que aparece disminuida de calibre y de contornos arrosariados. Una nueva arteriografía revela indemnidad aorto-renal, pero se observa una obstrucción en tercio medio de arteria vertebral izquierda, sin flujo a distal. El eco-doppler informó una estenosis del 80% en el segmento distal de dicha arteria. Investigaciones orientadas a posquisar otras causas de infarto isquémico resultaron negativas. El interés de esta presentación reside en comunicar una infrecuente etiología de infarto cerebral en niños, como es la DFM, y destacar una forma inhabitual en ella, como fue la oclusión de arteria vertebral izquierda.

4. ACCIDENTE VASCULAR ISQUEMICO EN LOS GANGLIOS DE LA BASE EN NIÑOS.

Presentación de 2 casos.

Troncoso Mónica, Slachevsky Andrea, Hernández Marta, Badilla Lautaro.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Servicio de Neurología. Hospital del Salvador.

Servicio de Neuroradiología. Instituto de Neurocirugía.

Los accidentes vasculares en niños son de una patología de baja frecuencia, esta se estima en 2,52 por cada 100.000 habitantes. La forma de presentación clínica es variada y dentro de éstas la sintomatología extrapiramidal ha sido escasamente reportada.

Presentamos dos casos de niños quines desarrollaron movimientos anormales de un hemicuerpo por infarto de los núcleos de la base. Caso 1.- Niño quien a los dos años seis meses presentó una coreoatetosis y distonía del hemicuerpo derecho y afasia subcortical. Evolucionó con una recuperación de la afasia y persistencia de hemidistonía.

Caso 2.- Niño quien a los 3 años presentó una hemidistonía y afasia subcortical. A los 10 años el lenguaje es normal; pero persiste severa distonía del hemicuerpo derecho.

En ambos casos la neuroimagen (TAC) demostró una lesión hipodensa del núcleo lenticular izquierdo. El estudio etiológico fue negativo para vasculopatías, coagulopatías, cardiopatías, enfermedades metabólicas e infecciosas. El estudio angiográfico en el caso 1 fue normal.

Discutimos en base a estos dos casos el diagnóstico diferencial del síndrome hemidistónico, su correlación anatomoclínica, su fisiopatología y la clínica de los cuadros hemidistónicos de etiología vascular, destacando que nuestros pacientes debutaron con movimientos anormales.

Se insiste en la necesidad de considerar los accidentes vasculares encefálicos dentro del diagnóstico diferencial de los cuadros extrapiramidales en los niños.

5. CALCIFICACIONES INTRACRANEANA EN INFANCIA.

Avendaño Leonor, Avendaño Marisol, Villacura A. J.

Servicio de Neurología. Hospital de Carabineros.

Se presentan 4 casos de pacientes que concurren a estudio o control entre Enero y Marzo del presente año al Servicio de Neurología del Hospital de Carabineros, por haber presentado crisis convulsiva o compromiso de conciencia sugerente de comicidad, y que en su estudio presentan calcificaciones intracraneanas de distintas etiologías.

1) Escolar varón, quien presenta cuadro convulsivo que clínica y electroencefalográficamente corresponde a una epilepsia rolándica benigna de la infancia, y que en el estudio tomográfico muestra una calcificación sobre hemisferio contralateral y resonancia nuclear magnética cerebral normal, sugiriendo calcificación inespecífica ¿granuloma antiguo?

2) Preescolar, sexo femenino, debuta con lipotimia, su estudio tomográfico de múltiples calcificaciones intraparenquimatosas sospechosa de neurocisticercosis, diagnóstico que es corroborado por estudios en líquido céfalo raquídeo y serológico que requiere 3 curas con albendazol por el hallazgo de parásitos en distintos estadios de la resonancia nuclear magnética cerebral al término de la segunda cura.

3) Escolar sexo femenino, que concurre por crisis convulsiva focal, con EEG que muestra foco lento, TAC cerebro sugerente de una neurocisticercosis única, diagnóstico corroborado por respuesta clínica y a neuroimagen al tratamiento con albendazol.

4) Escolar sexo femenino, que en 1991 ingresa por crisis de cefalea y compromiso de conciencia tipo ausencia y que el TAC cerebro da imágenes sugerentes de granuloma inflamatorio o neurocisticercosis. Por mala respuesta o tratamiento antibiótico se hace resonancia nuclear magnética cerebral, que sugiere neurocisticercosis que se trata.

Requiere finalmente, estudio con biopsia estereotáxica que da Astrocitoma de células gigantes inoperable por su ubicación, con una evolución asintomática hasta la fecha.

6. NEUROCISTICERCOSIS EN NIÑOS.

Avendaño Leonor, Avendaño Marisol, Villacura A. J.

Servicio de Neurología. Hospital de Carabineros.

La neurocisticercosis es la parasitosis más frecuente en el sistema nervioso central. Esta patología tiene alta prevalencia en México y algunos países sudamericanos; entre ellos Chile. Se estima que entre 200.000 y 350.000 personas están afectadas en América Latina. La infección se debe a la ingestión del huevo o de las proglótidas grávidas de la *Taenia Solium*.

Mehring ha clasificado la neurocisticercosis,

según su localización parenquimatosa, ventricular, meníngea, espinal y mixta (dentro de ésta se incluyen las neurocisticercosis que tienen compromiso periférico).

En los niños, los síntomas más frecuentes son el síndrome de hipertensión endocraneana y las convulsiones.

Las pruebas serológicas del líquido céfalo raquídeo alcanzan sólo un 50% de positividad.

El método más específico es el de ELISA (estudio enzimático inmunoabsorbible). El estudio de imágenes, scanner y resonancia nuclear magnética, revelan la presencia de lesiones quísticas con un reforzamiento post inyección del medio de contraste, si el scolex está vivo, o calcificaciones puntiformes, si está muerto; lo que ocurre en un plazo de 2 a 5 años.

Se han ensayado diversos tratamientos, básicamente comprenden la presencia de un antiparasitario: albendazol o praziquantel, acompañado de un corticoide, existe gran diversidad de opiniones en cuanto a la duración total de éste.

Se presentan 5 casos de niños en que se hizo el diagnóstico de neurocisticercosis, las edades de éstos fluctúan entre 3 años y 6 meses, y 12 años; 4 son niñas y 1 varón. Los síntomas de debut fueron convulsiones en 4 casos y lipotimia en 1. El tratamiento usado fue la combinación de albendazol ms corticoide, por un período de 21 días. En 1 caso se hizo tres curas. Las pruebas serológicas fueron positivas en 2 de los 5 pacientes, y en LCR en uno de los pacientes.

Los niños fueron estudiados con scanner cerebral y 2 de ellos además con resonancia nuclear magnética. El electroencefalograma mostró alteraciones en 2 de los niños. Todos ellos se mantendrán con anticonvulsivos por un período mínimo de 1 año post tratamiento etiológico; 4 de los cinco pacientes se mantienen asintomáticos a la fecha de esta presentación.

7. CRIPTOCOCOSIS DEL SNC EN EL NIÑO.

Adlerstein Leon, Demarta Juan Carlos, Donoso P., Paredes Marcela.

Hospital Roberto del Río. Instituto de Neurocirugía.

El criptococo *neoformans* es un hongo monocelular de distribución universal; sin embargo, la criptococosis es una enfermedad

poco frecuente que afecta individuos de cualquier edad, siendo ms frecuente en mayores de 30 años, de sexo masculino. Son especialmente sensibles a desarrollar la enfermedad los inmunosuprimidos, ya sea por una enfermedad de base o por tratamiento inmunosupresor.

Desde el punto de vista clínico, se describen lesiones dérmicas, pulmonares y del SNC. En los casos que afectan el SNC, aparece una meningoencefalitis de evolución crónica o una forma granulomatosa. El compromiso neurológico se manifiesta en forma lenta y progresiva, y el espectro clínico abarca desde cambios de carácter, convulsiones, cefalea, hasta deterioro severo de la función neurológica. La confirmación del diagnóstico se obtiene por cultivo de criptococo en LCR y/o test de tinta china positivo.

Previo al tratamiento con anfotericina B la enfermedad era letal en un 100%. Actualmente el esquema de tratamiento es biasociado utilizando anfotericina B más 5-fluocitocina, con lo que la letalidad ha bajado a un 25% aproximadamente.

Se presentan cuatro casos de criptococosis del SNC en edad pediátrica, en un periodo de 8 años. Desde el punto de vista clínico predomina la forma meningoencefálica y no hubo diferenciación por sexo. Tres de los cuatro pacientes responden al uso del esquema biasociado anfotericina B más 5-fluocitocina, negativizando los cultivos. Se analizan otras características clínicas de los pacientes y las secuelas de la enfermedad.

8. EVALUACION DE ASPECTOS PRO-SOCIALES DE LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE A TRAVES DEL TEST DE ORIENTACION INTER-PERSONAL (DOI-JA JUNIOR) DE FERNANDO SILVA Y COLS.

Kaplan Milka, Rapaport Ety, Ben-Dov Perla, Florenzano Ramón, Pino Paulina.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente de la Universidad de Chile.

El Dr. Fernando Silva en 1983, plantea que la evaluación psicológica de características de la personalidad considera una pluralidad de trabajos y procedimientos donde se desarrolla un proceso que va desde el planteamiento de

problemas hasta las sugerencias de medidas de acción, donde ninguna perspectiva, estrategia o procedimiento técnico es exclusivo.

El concepto de evaluación, permitiría por tanto un acercamiento entre diagnóstico e intervención, lo que se adecúa a los intereses del Proyecto de Fondecyt, relativos a adolescentes, conductas de riesgo y relación con pares (Dr. Florenzano y Cols., Depto. Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina Oriente, de la Universidad de Chile). El uso de este instrumento diseñado por Fernando Silva y colaboradores en Madrid, Edit Tea 1983, surge ante la necesidad de encontrar un instrumento que permita describir las características de ciertos aspectos de la personalidad en su dimensión social que pudieran relacionarse por un lado con conductas de riesgo como alcoholismo, abuso de sustancias químicas, conductas disociales y vida sexual, y por otro con la estructura familiar de los mismos jóvenes. Este instrumento adaptado en 1994 en la región metropolitana por alumnos de la U. Católica consta de tres factores que resultaron consistente. Estos son:

- a) Factor 1 que evalúa aspectos facilitadores de la socialización (autocontrol, respeto).
- b) Factor 2 que evalúa conducta pro-social (consideración por los demás, sociabilidad y liderazgo).
- c) Factor 3 que evalúa aspectos inhibidores de la sociabilidad (ansiedad social, timidez y retraimiento).

Se discuten fundamentos teóricos de las dimensiones evaluadas y su posible relación con conductas de riesgo en los jóvenes.

9. TEORIA Y CLINICA PSICOANALITICA EN UN TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO.

Selowsky N. E., González del Riego Josefina.

Este trabajo permite ilustrar la aplicación del pensamiento psicoanalítico al quehacer psicopedagógico.

Se explica el tratamiento de un niño de 5 años, derivado por el neurólogo tratante, con el diagnóstico de Dficit Atencional asociado a Hiperkinesia.

Miguel presentaba significativa inmadurez de funciones básicas y serias dificultades de

relación debido a su gran impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración.

En el período de 2 años de tratamiento se observó una evolución positiva del niño que describiremos en tres etapas.

La primera: referida al establecimiento y consolidación del vínculo afectivo y de trabajo. Esto a través del juego de la pelota.

La segunda: el despegue. Desarrollo de la función de cuidado del otro, sublimación de la agresión y acceso a actividades simbólicas. Contando cuentos.

La tercera: inicios de la lecto-escritura.

En forma paralela se incluirán conceptualizaciones de la teoría y práctica clínica psicoanalítica atingentes al caso.

10. EFECTOS DEL CONTACTO PADRE - HIJO PREMATURO DURANTE LA PERMANENCIA DEL RECIEN NACIDO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

Kimelman Mónica, Ferrera Angélica, González Livia, Maturana Alejandro, Concha Ana, Zamora Claudia.

Departamento de Psiquiatría Sur. Facultad de Medicina U. de Chile.

Servicio de Recién Nacidos. Hospital Barros Luco Trudeau.

Dado el gran avance tecnológico en el área de la Neonatología, cada vez hay un mayor número de niños prematuros de bajo peso que sobreviven. Estos presentan un gran riesgo bio-psico-social y una calidad de sobrevivencia incierta. En estudios extranjeros en que se evalúa el contacto de los padres con los recién nacidos prematuros se observa un mejor desarrollo bio-psico-social en el niño: Desarrollo pondero-estatural, desarrollo psicomotor (DSM) y apego seguro; y en la madre una mayor confianza en sus actitudes permitiéndole reconocer las señales del bebé, actuando en forma armónica con su hijo lo que determina en suma una modalidad de apego seguro para el niño. Un equipo multidisciplinario del Depto. de Psiquiatría Sur de la Facultad de Medicina U. de Chile y del Servicio de Recién Nacidos de Neonatología del HBLT desarrolla una investigación que busca evaluar de que manera el ingreso de los padres de niños prematuros al Servicio de Neonatología

incide en el desarrollo pondero-estatural y el DSM de este niño.

La población en estudio fue constituida por RN menores de 1.500 gramos, que no presentaban daño neurológico clínico y que ingresaron durante los años 1993-1994; época en que se permitió el ingreso de los padres al Servicio de Neonatología. Se realiza un corte evaluativo a los 6 meses de edad evaluándose desarrollo pondero-estatural y DSM (según escala DSM de Soledad Rodríguez). El grupo control lo constituyeron los prematuros ingresados en 1992, época en que no se permitía el ingreso de los padres.

En una revisión preliminar, se observa a los 6 meses de vida promedio, que el desarrollo psicomotor de los niños del grupo control estaba retrasado en 1-2 meses, en aproximadamente la mitad de los niños (5), e igual a edad corregida en (3) de ellos y sólo 4 tenían un desarrollo psicomotor mayor a un mes. En comparación a los niños con visitas para padres, en quienes no se observa retraso en el desarrollo psicomotor, y la edad de desarrollo es igual (5) o mayor (7) a la edad corregida.

Finalmente se comenta, la necesidad de realizar un programa que permita el ingreso de los padres a los servicios de prematuros para establecer un contacto precoz, fomento de apego y asistencia de los padres del RN prematuro.

11. ESTUDIO PILOTO DE PESQUISA DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL EN LA COMUNA DE PUENTE ALTO.

De la Barra Flora, Alvarez Patricio, Toledo Virginia, Rodríguez Jorge, Caris Luis.

Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina Campus Oriente U. de Chile. Patrocinado por el Ministerio de Planificación, UNICEF y Vicaría de Pastoral Social.

Se destaca la necesidad de contar con datos fidedignos para estimar la magnitud del problema en Chile e implementar acciones y programas específicos.

Objetivos: efectuar pilotaje de un instrumento de registro y de una metodología de investigación de maltrato en niños menores de 18 años que asisten a servicios de salud, instituciones educacionales y judiciales de una comuna.

Describir algunas características socio-demográficas y el tipo de maltrato.

Proponer criterios operacionales para preparar un sistema de detección y registro.

Material y Método: La muestra fue aleatoria bietápica, se estudiaron casos y controles. Se utilizó un cuestionario elaborado por el equipo investigador, basado en instrumentos extranjeros y nacionales.

Actividades: Se efectuó coordinación con todas las instituciones, capacitación a los profesionales de la salud, profesores y encuestadores a domicilio y el estudio de campo.

Resultados: Se analizó el porcentaje de no respuesta a las preguntas en los 3 sectores, y se propusieron modificaciones al formulario.

Se estudió un total de 270 niños, 145 casos y 125 controles.

Se describieron las características del grupo total, las diferencias significativas entre casos y controles y la frecuencia de 6 tipos distintos de maltrato.

Se comparó cada tipo de maltrato con el universo de casos y de controles.

Los factores de riesgo encontrados fueron: sociales (tipo de escuela, vivienda y participación de la familia), familiares (psicopatología familiar, padre ausente consumo de drogas y alcohol) y del niño (problemas conductuales).

La madre adolescente no constituyó un factor de riesgo para maltrato en este estudio.

12. PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ONCOLOGIA INFANTIL.

Análisis descriptivo de los pacientes oncológicos del Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Roberto del Río.

García Ricardo, Franco Patricia y Cols.
Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Considerando que la enfermedad oncológica conlleva un riesgo vital alto, que implica enfrentar el dolor, la muerte y cambios físicos, surge la necesidad de otorgar información a la vez que un soporte emocional a los padres, hermanos y al niño oncológico.

El presente estudio es parte del trabajo de Psiquiatría de Enlace que se lleva a cabo entre la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil, clínica Psiquiátrica Universitaria y el Servicio Hemato-

Oncología Hosp. Roberto del Río. (Bol. Soc. Psiquiatr. y Neurol. Inf. y Adolesc. Mayo 1994).

Se describe, analiza y comenta las características de los pacientes y sus familias que son derivados a Psiquiatría de Enlace y aquellos que ingresan por primera vez, como también las intervenciones realizadas por el equipo. Se estudiaron 74 casos cuyas edades fluctuaron entre los 5 meses y los 17 años (20% lactante, 31% pre-escolares, 28% escolares, 21% adolescentes). El 43% de la muestra correspondió a mujeres y el 56% a hombres. El diagnóstico médico ms frecuente fue Leucemia Linfoblástica Aguda (53%), seguido por Linfomas (10%) y Neuroblastomas (8%).

Confirmando la hipótesis de alto riesgo emocional de estas familias el 78% de la muestra presentó algún diagnóstico psiquiátrico. Los más frecuentes fueron Trastornos de Adaptación (49%) y Trastornos Emocionales (3.5%). Por otra parte, el 56% presentaba Disfunción Familiar.

Las intervenciones realizadas fueron Psicoterapia (55%), Terapia Ocupacional (19%), Intervención en Crisis (17%), Psicofármacos (%%) y Educación (45%).

El trabajo establece un perfil diagnóstico de los pacientes derivados y un perfil de factores protectores y de riesgo en los que ingresan por primera vez.

Finalmente se analizan y comentan los resultados estableciendo algunas comparaciones con los escasos trabajos publicados en esta área.

13. DEFICIT ATENCIONAL, HABITOS TELEVISIVOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Marzouka Nelly, López Ilse

Unidad de Salud Mental. Hospital Sotero del Río.
Escuela Salud Pública.

Scraffkin y Gadow (1986) han demostrado que los niños con Desorden Emocional (conducta oposicionista, hiperactividad, agresividad, labilidad emocional, dificultades interpersonales y académicas) tienden a tener mayor exposición a la televisión (TV), a ver programas con alto contenido agresivo e imitarlos, a elegir dramas con contenido criminal y dibujos animados de ese corte; además, a ser más susceptibles de influencia frente a lo que ven. Por otra parte, el

Síndrome de Déficit Atencional (SDA) trae consigo sintomatología asociada de tipo emocional, como la mencionada anteriormente, que podría incidir en la percepción del funcionamiento familiar.

Este estudio pretende describir y comparar dos grupos de adolescentes, uno con antecedentes de SDA y otro sin éste, en relación a: 1) características del consumo y de TV; 2) su percepción del funcionamiento familiar.

Se incluye 178 escolares de 10 a 16 años, de dos colegios privados del Área Oriente de la Región Metropolitana. Estos se encontraban evaluados y diagnosticados, desde el punto de vista neurológico, psicológico y psicopedagógico: 56 presentaban antecedentes de SDA. A ambos grupos se les aplicó la encuesta de hábitos televisivos, extraída del estudio sobre Consumo Cultural, realizada por Seneca y Flaco en 1987 y el test de Apgar Familiar de Smilkstein (1978). Los resultados muestran que las formas de entretención a la cual le dedican ms tiempo en ambos grupos es "ver TV" 51.7% en el grupo con SDA y 41% (50/122) en el grupo de comparación: le sigue: "escuchar música" 17.9% (10/56) y 23% (28/122) respectivamente, luego aparece "salir y/o jugar" 17.9% (10/56) y 18% (22/122); prefieren realizar deporte un 10.7% (6/56) y 15.6% (19/122) respectivamente. El tiempo que dedican diariamente a ver TV, ambos grupos de niños, es prácticamente igual 3.4 y 3.2 horas. No difieren en cuanto a con quién ven TV: 52% solos (93/178), 41% (74/178) en familia, el restante con amigos u otras personas. No se encontraron diferencias significativas con respecto al tipo de programa que ven; ni a la frecuencia con que ingieren alimentos durante su exposición a la TV. Los adolescentes con antecedentes de SDA 9.8% (12/122). Se concluye que ambos grupos no difieren significativamente en cuanto a las características de consumo de TV estudiadas. Pero sí, se observaron diferencias significativas en relación a la percepción del funcionamiento familiar.

14. TRASTORNO PRIMARIO DE LA VIGILANCIA: ASPECTOS NEUROLOGICOS.

Fernández Freya, López Isabel, Japaz Oyoní, Campos Ana, Quijada Carmen.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Vigilancia es la capacidad mantener el alerta y la atención frente a los cambios ambientales. En 1990 Weinberg denominó trastorno primario de la vigilancia (TPV) a un cuadro que se desprende del síndrome de déficit atencional (SDA) que tienen básicamente una disminución de la vigilancia, durante actividades continuas. De 51 pacientes que consultaron en 1994 por problemas atencionales y bajo rendimiento escolar, la evaluación neurológica y psicológica permitió identificar un subgrupo de 10 que corresponden a TPV que se comparan con 10 niños que comparten la dificultad atencional pero además presentan impulsividad y/o, hiperactividad y/o trastornos conductuales (DA). En el grupo TPV se observa una predominancia del sexo femenino 8/10 (DA: 3/10), una mayor edad promedio: 11.2 años (DA: 9.7 años). Su temperamento fue descrito como tranquilo, cariñoso, buenos para dormir, sueñan despiertos y lentos (DA: inquietos e impulsivos). Tienen un tiempo de sueño nocturno significativamente mayor que el grupo DA (12.4 h (ds: 1.1) vs. 10.2 h (ds: 1.8) $p < 0.005$). Entre sus antecedentes familiares destacaba sueño excesivo en 7/10 (DA: 3/10). La prueba de Conners en los niños con TPV dio un puntaje promedio de 7.9 pts. (ds: 5.5) muy inferior al grupo DA (17 pts. (ds: 4.4)). El examen neurológico mostró en un menor porcentaje presencia de signos blandos (4/10) (DA: 8/10). Ambos grupos fueron tratados con Anfetamina y/o Metilfenidato obteniéndose éxito de tratamiento en 6/10 niños TPV y 10/10 DA. Destacamos la necesidad de aplicar una evaluación neuropsicológica más acuciosa en los pacientes con problemas atencionales que permita identificar la alteración de distintos componentes del proceso atencional como es el TPV, entidad con base y expresión neuropsicológica precisa.

15. APORTE DE LA EVALUACION PSICOMETRICA AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL Y EL TRASTORNO PRIMARIO DE LA VIGILANCIA.

Campos Ana, Japaz Oyoní, Fernández Freya, López Isabel.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Según lo postulado por Weinberg (1990), el Trastorno Primario de la Vigilancia (TPV) sería una entidad nosológica cuya expresión sintomática podría confundirse con el Síndrome de Déficit Atencional (SDA). Dado que su tratamiento y pronóstico son diferentes, se intentó establecer factores que permitieran la formulación de un diagnóstico diferencial. Se estudió una muestra de 10 niños diagnosticados con TPV y 10 niños con SDA. Se utilizó una batería estándar de pruebas psicológicas, con los siguientes resultados.

Test de Bender-Koppitz: los niños con TPV presentaron con mayor frecuencia (7 casos), inmadurez severa de la función visoperceptiva, indicadores muy significativos de disfunción neurológica y un enfrentamiento lento y ordenado a las pruebas, comparados con el grupo de SDA.
WISC R: Ambos grupos mostraron un rendimiento intelectual normal y diferencias significativas ($p < 0,05$) en los subtest de Dígitos (más alto en TPV). Completación e información (más bajo en TPV), confirmando el postulado que en el TPV estaría afectada una dimensión diferente de la atención.

CAT-A: Los niños con TPV presentaron una actitud positiva frente al mundo (cooperación, generosidad, optimismo, tendencia al ajuste social) en comparación con niños con SDA.

Pruebas de lecto-escritura y cálculo: Se ve mayor tendencia a alteración de lecto-escritura en SDA que en TPV.

De acuerdo con estos resultados es posible inferir que las pruebas psicológicas aplicadas son importantes a la hora de establecer el diagnóstico diferencial entre TPV y SDA.

16. EPILEPSIA DEL AREA MOTORA SUPLEMENTARIA.

Marchant Pamela, Mesa Tomás, Godoy Jaime, Aranda Luis.

Departamento de Pediatría y Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La epilepsia del área motora suplementaria (EMS) es un evento clínico de creciente interés y diagnóstico. El EEG puede ser ambiguo o normal. El uso de registro video-EEG continuo es un arma diagnóstica fundamental en esta patología.

El objetivo es un análisis clínico y EEG de pacientes con EMS estudiados mediante monitoreo video-EEG.

Se realizó revisión de videoteca identificando los pacientes con EMS y su análisis video-EEG computarizado continuo.

Entre 1989-1993 se reunieron 6 pacientes con EMS, edad promedio 16 años (10-26). Todos con crisis de difícil manejo, frecuentes y generalmente nocturnas. Dos con C. I. bajo Clínica: Inicio brusco, posición tónica de una o más extremidades, escaso compromiso de conciencia, grito o dificultad para hablar, corta duración y ocasional generalización secundaria, EEG 4/6 con actividad muscular rápida de bajo voltaje, 2/6 con actividad aguda central, TAC cerebral normal RMN 2/3 normales.

La EMS es una epilepsia frontal medial de difícil diagnóstico. Ya que la clínica es característica, especialmente en sueño y el EEG ambiguo, el uso del video-EEG es necesario. El diagnóstico diferencial debe hacerse con convulsiones parciales complejas, crisis tónicas y pseudoconvulsiones. Puede haber causa secundaria por alteración anatómica de la corteza medial del hemisferio cerebral superior al gyrus cingulado y anterior al área motora primaria. En nuestros pacientes todos jóvenes el video-EEG fue el examen diagnóstico. Es fundamental el estudio con RMN. La dificultad estriba en el manejo terapéutico.

17. MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS MAS FRECUENTES EN ENFERMEDADES GENETICAS.

López Fermina, Seebach Christa, Novoa Fernando, Colombo Marta.

Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Las enfermedades genéticas y metabólicas se asocian con gran frecuencia a compromiso del sistema nervioso y son motivo de consulta en los Policlinicos de Neuropsiquiatría Infantil. En este estudio se analizan 152 pacientes enviados para evaluación al Policlinico de Genética y Enfermedades metabólicas del Hospital Carlos Van Buren, encontrando que el 92% de ellos presentan manifestaciones neurológicas destacando: retraso del desarrollo psicomotor,

retardo mental, trastornos del lenguaje, trastornos de conducta, microcefalia. En un 33% de estos niños se ha podido establecer un diagnóstico etiológico: síndrome de Down, microcefalia vera, síndrome de Cornelia de Lange, aberraciones de cromosomas sexuales, síndrome de Sotos, Cri du Chat, síndrome de Williams, delección del cromosoma 9, acidosis láctica, enfermedad de la orina olor a jarabe de arce (forma intermitente), hiperamonemias, otros.

Se enfatiza la importancia de sospechar cuadros genéticos y metabólicos en niños que consultan por manifestaciones neurológicas, de modo de hacer un diagnóstico etiológico lo más precoz posible y de ese modo dar un consejo genético oportuno.

18. MIOPATIA MITOCONDRIAL DE HERENCIA MATERNA CON CARDIOMIOPATIA.

Perret Cecilia, Mesa Tomás, Soza Marco Antonio, Dum Gloria.

Departamento de Pediatría y Neurología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se han diagnosticado, desde 1989 en nuestro servicio, 6 casos de mitocondriopatías, todas con encefalopatía. Recientemente se ha descrito una nueva miopatía mitocondrial, con cardiomiopatía, de herencia materna, sin compromiso encefálico. Descripción de esta nueva mitocondriopatía a través de un caso clínico y su análisis en relación a lo descrito en la literatura.

Se estudia paciente de 12 años, sexo femenino, que presenta desde los 10 años fatigabilidad, disminución de fuerzas de extremidades, disnea, palpitaciones y últimamente edema de extremidades inferiores. Se realiza biopsia muscular, ecocardiograma, enzimas cardíacas, EGG, TAC cerebral, EEG. Medición de ácido láctico. Se confecciona árbol genealógico y se compara con lo publicado. Biopsia muscular: compatible con una miopatía mitocondrial. Acido láctico elevado (14 mg/ml). Ecocardiograma: Dilatación de cavidades izquierdas, sin hipertrofia de VI, buena contractilidad, ECG: WPW, CPK: 1854 U/L, CPKMB: 171 U/L, TAC y EEG normales. Madre tío y abuela materna con miopatía mitocondrial sintomáticos tardíos. Los resultados obtenidos son compatibles con

una Miopatía Mitocondrial con cardiomiopatía, sin compromiso encefálico, cuya bioquímica más probable es una mutación del mtDNA para tRNA^{Leu}, en el par de bases 3260, de transmisión materna. La edad de presentación en nuestra paciente y la variable expresión fenotípica en los miembros de esta familia se explican por una mutación heteroplásmica, correlacionándose la proporción de mtDNA mutante con la gravedad de los síntomas. Análisis bioquímico y consejo genético son necesarios.

19. MEDIACION DE NIÑOS PRE-ESCOLARES BASADA EN LA TEORIA DE LA MODIFICABILIDAD ESTRUCTURAL COGNITIVA DEL DR. REUVEN FEUERSTEIN CON APOYO DE TECNOLOGIA COMPUTACIONAL DE MULTIMEDIA.

Toral Maria Elena, Nicoletti Marcela.

Centro de Estudios e Investigaciones Psicopedagógicas y Universidad de Santiago de Chile.

Estudio de caso: niños pre-escolares entre 4 y 5 años de edad, pertenecientes a prekinder, son sometidos a un proceso de estimulación de sus funciones básicas, pre-lectura y pre-cálculo con un enfoque de mediación basada en la teoría de Feuerstein en un ambiente de tecnología computacional de multimedia (compact disc, video, teclado, mouse, impresora).

A través de la mediación se orienta al niño a explorar diferentes situaciones presentadas por software computacional ad-hoc. La metodología se orienta a procedimientos del ensayo y error planificado, control de la impulsividad, organización de la tarea a realizar, fijación y cumplimiento de metas, comprobación de sus hipótesis, replantamiento del trabajo en caso de requerirlo y adecuada comunicación de las respuestas usando la tecnología disponible.

Este estilo de aprendizaje resulta altamente motivante para el niño y logra un notable desarrollo de las funciones cognitivas estimuladas. En pre-lectura se alcanza un nivel de análisis fónico correspondiente a lector inicial y en pre-cálculo se logra un nivel operatorio básico de tipo concreto gráfico.

20. HIPERAMONEMIAS : ANALISIS DE 2 CASOS CLINICOS.

Quinteros F., Novoa Fernando, Fernández I., Varela R., Colombo Marta.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Universidad de Valparaíso.

Las hiperamonemias tienen en común una elevación de los niveles plasmáticos de amonio (sobre 0,8 g/ml), pero su etiología y sintomatología son diversas, estando estas en estrecha relación a la gravedad del cuadro y edad de presentación. Se discuten 2 casos clínicos de hiperamonemia de comienzo tardío y evoluciones diferentes.

Caso N° 1: Niña de 13 años, con antecedente de leve retraso del desarrollo psicomotor, que comienza a los 9 años de edad a presentar períodos de rechazo de la alimentación, vómitos, compromiso de conciencia, excitación psicomotora y alucinaciones visuales de 3-4 días de duración y que se han repetido en 5 oportunidades. El diagnóstico de hiperamonemia de 1,7ug/ml y aumento de glutamina en sangre y orina.

Caso N° 2: Niño de 1 a 6 m., normal hasta esta edad en que comienza a presentar rechazo de la alimentación y leve ataxia, seguido a los pocos días, de un cuadro convulsivo tónico clónico generalizado que responde a tratamiento habitual. Evoluciona con leve compromiso de conciencia de 4 días de duración, una amonemia de 1,4ug/ml y aminoacidemia con aumento de glutamina.

Ambos pacientes están recibiendo una dieta hipoproteica suplementada con polivitaminas, zinc, hierro y calcio. Se enfatiza el hecho que en niños mayores, las hiperamonemias pueden asociarse a cuadros psiquiátricos y considerar esta patología como causa de un síndrome convulsivo rebelde a tratamiento convencional.

21. INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN ADOLESCENTES CONSULTANTES EN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNA DE LA GRANJA.

Carrasco Héctor, Fariás Claudia, Esposto Roberto.

Universidad SEK Psicología.

Objetivo del estudio: Determinar la incidencia de

los trastornos psiquiátricos en esta población adolescente y su relación con factores psicosociales.

Materiales y Métodos: Se revisan 200 fichas clínicas de adolescentes (en el rango 10 a 19 años de edad), ingresados en el Cosam de la Granja en el período marzo-agosto de 1994, a los cuales se les realiza entrevista clínica por psicóloga y/o psiquiatría, realizándose psicodiagnóstico por instrumento si el caso lo amerita, además evaluación social por asistente social del Cosam.

Resultados: Se obtiene que los trastornos más relevantes son los asociados al uso de sustancias psicoactivas, los trastornos adaptativos y aquellos relacionados con el Déficit atencional. Así mismo la íntima relación con los factores psicosociales como la violencia intrafamiliar, el tipo de familia, abuso de alcohol y el abandono.

Análisis y comentarios: Se evalúan los datos obtenidos y la relación entre las diferentes variables estudiadas y su correspondencia con otros estudios.

22. STATUS EPILEPTICO (S. E.) EN PEDIATRIA.

Escobar Javier, Avendaño Marisol, Avendaño Leonor, González N., Soto Juan, Bahamondes D.

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: Determinar frecuencia de la patología entre el año 1990 y 1994 en Hospital González Cortés y describir caracteres clínicos. Pacientes y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 35 pacientes en ese período. Resultado: En el período en estudio 49 pacientes presentaron S. E. de ellos se revisan 35 fichas. La frecuencia mayor estuvo en el grupo etario 1 a 5 meses (48%). Hombres fueron 25 y mujeres 10.

Presentaban antecedentes previos de crisis convulsiva el 28%, siendo éstas de diversos tipos y etiología predominando en este grupo las crisis generalizadas (6/10) y pacientes con mala respuesta al tratamiento anticonvulsivante (8/10). Todos presentaron factores considerados desencadenantes siendo los más preponde-

rantes trastorno metabólico agudo 27%, infección del sistema nervioso central 28% y fiebre 20%. El S.E. generalizado tónico clínico fue el más frecuente (24/35).

Las drogas anticonvulsivantes utilizadas fueron variadas según el caso, siendo la respuesta antes de 1 hora en 57%, entre 1 y 6 hrs. 23% y tardó más de 6 hrs. en 20%.

No hubo ningún fallecimiento.

Conclusión: En nuestra revisión la frecuencia mayor de pacientes que sufrieron S. E. corresponde a lactantes menores, paciente que no tenían factores previos favorecedores de crisis y afecciones sistémicas que significaron injuria al sistema nervioso central.

23. CLINICA DE TEC EN NEUROLOGIA PEDIATRICA FORENSE.

Arce Mary, Paredes Marcela.

Servicio Médico Legal de Santiago.

En el Servicio Médico Legal de Santiago se atienden aproximadamente 15.000 pacientes lesionados al año. De ellos alrededor de un 10% son menores de 15 años. En marzo de este año se diferencia la atención neurológica infantil forense de la neurología forense general, evaluándose 131 niños en los 5 meses siguientes.

En el presente estudio se describen los hallazgos clínicos de los casos que presentaron TEC según evaluación neurológica forense (76 casos), la mayoría de ellos fueron derivados por accidentes de tránsito (88,2%9), y un 63,2% fueron varones. Se encontraron signos deficitarios en un 21% de los casos, trastornos funcionales en un 48,6% y trastornos cognitivos en un 14,5% de los casos evaluados. El pronóstico Médico Legal estuvo determinado por el cuadro neurológico en un 86,6% de los casos. Se analiza la relación entre la magnitud del TEC y su pronóstico Médico Legal, resaltando la valoración neurológica forense de algunos signos clínicos que apoyan la existencia de un TEC en el pasado reciente.

24. NIÑOS CON DEFICIT ATENCIONAL : ¿VERDADERAMENTE AGRESIVOS? ENFOQUE DE INTEGRACION SENSORIAL A TRAVES DE TERAPIA FAMILIAR OCUPACIONAL.

Rojas Juana, Imperatore Erna.

Centro de Rehabilitación y Educación Credere. Therapy West. Los Angeles U.S.A.

La teoría de Integración Sensorial ha estudiado y tiene respuestas para los trastornos del procesamiento de estímulos sensoriales y el efecto que estos tienen sobre la interacción del niño con el medio ambiente. Aplicando este enfoque, aquellas conductas desadaptativas como alto nivel de actividad y "agresividad", son analizadas como una expresión de autorregulación o una búsqueda de estímulo. Este trabajo presenta una explicación desde la teoría de Integración Sensorial respecto a conductas usualmente presentadas por niños con D.A. y catalogadas habitualmente como agresivas. Se presentan dos casos, el primero no identificado como D.A. y con problemas de proceso de información sensorial hasta la adultez. El segundo caso diagnosticado durante la primera infancia. Ambos casos presentaron similares conductas y reacciones al medio ambiente durante la primera infancia, sin embargo el primero, actualmente es un adulto conflictivo y con problemas de funcionamiento en la vida diaria. El segundo, rinde a un nivel académico alto y mantiene una buena autoestima.

Este trabajo incita al profesional a identificar conductas de autorregulación tempranamente en la vida del niño con D.A. De esta forma se pueden evitar futuros problemas de tipo secundarios derivados de una rotulación negativa.

25. EVALUACION DE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE DE ALUMNOS DE UNA ESCUELA RURAL.

Romero Elena, Castro Teresa, López Fermina, Navarro Marcela, San Cristófol S., Tapia I., Colombo Marta.

Centro de Diagnóstico Nº 5, Viña del Mar. Hospital Gustavo Fricke. Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren.

Las dificultades del aprendizaje son uno de los problemas más relevantes en el niño, y particularmente en aquellos pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos. Este trastorno se ha relacionado a múltiples factores, dependientes tanto de los educadores como de

los educandos y sus familias. El objetivo de este estudio es analizar desde un punto de vista integral la capacidad de aprendizaje de todos los alumnos de una Escuela Básica rural, la Escuela G 342 de Puente Colmo, a la cual asisten 137 alumnos.

Para esta presentación se han analizado 59 niños que cursan entre 1º y 4º básico, eliminando a aquellos con capacidad intelectual (CI) menor de 70 (n=6). En estos niños y sus familias se han hecho las siguientes evaluaciones:

1. Nivel socioeconómico (NSE) e historia familiar estable 77,9%.
2. CI: normal, promedio alto y superior 55,87%; normal lento y limitrofe 44,13%.
3. Funciones básicas: Normal 17,0%; descendidas 83,0%.
4. Lectoescritura: sólo un 7,14% de los niños alcanza lectura independiente un 36,1% comprensión lectura normal.
5. Simbolización matemática: normal 0%.
6. Operatoria y resolución de problemas: normal 1,67%.
7. Lenguaje: normal 33,7%; descenso 51,8%; dificultades 1,60%; retraso 13,60%. Se discute la relevancia de factores metodológicos, personales y familiares en estos resultados.

26. EVALUACION NEUROLOGICA, GENETICA Y NUTRICIONAL DE ALUMNOS DE UNA ESCUELA BASICA RURAL CON ALTA PREVALENCIA DE DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE.

López Fermina, Castro Teresa, Navarro Marcela, Romero Elena, Sancristoful S., Tapia I., Seebach Christa, Vielma K., Colombo Marta.

Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

La Escuela G 342 de Puente Colmo, es una Escuela básica rural con 137 alumnos, existiendo una alta prevalencia de dificultades del aprendizaje (77,97%), y en donde el retardo mental (RM) aparece como una de sus causas. Se han examinado 100 escolares encontrando un 14% con RM: 11 niños, 3 niñas. La edad promedio es de 11 años \pm 2 años y la capacidad intelectual promedio $63,9 \pm 9,2$. Se analizan las evaluaciones neurológicas, genéticas y nutricionales de estos niños estableciendo, un

diagnóstico etiológico en 7 de ellos: (1) Xq Frágil; (1) Trisomía 22 parcial; (1) privación sociocultural; (1) secuela desnutrición precoz; (1) ambliopía; (1) microcefalia; (1) enfermedad metabólica.

Cabe destacar que 7 de estos niños comparten un apellido común, y todos son varones. Se discute la alta prevalencia de RM en la Escuela de Puente Colmo.

27. ESTUDIO DE FUNCIONES COGNITIVAS EN ANALISIS ESPECTRAL. ANALISIS ESTADISTICOS Y MAPEO CEREBRAL.

Chiofalo Nelly, Soto Eugenio, Avila M., Díaz A.
Centro de Exploración Funcional del Cerebro.

Un tema tan antiguo como la electroencefalografía misma es el poder respondernos si es posible, observar modificaciones de la actividad eléctrica cerebral durante las actividades intelectuales.

Hoy en día, con las técnicas computarizadas, el análisis de Pourie y los métodos dinámicos topográficos, podría ser posible obtener ciertos hallazgos que ayuden a las técnicas convencionales, acercando los cambios eléctricos cerebrales a las funciones cognitivas. Así, la lectura oral y visual, la memorización de un texto, un ejercicio matemático, la visualización de figuras y su memorización, fueron estudiados en 71 casos, en jóvenes cuyas edades variaron entre 6 y 19 años, con una edad media de 11,9. El número de varones superó al de mujeres en 59-41 respectivamente.

Todos estos niños fueron enviados a estudio por variadas deficiencias cognitivas y los cambios que se produjeron en cada función, fueron cuantificados en las frecuencias de: sus ritmos y especialmente en los movimientos que éstos presentan en sentido antero-posterior, y en menor grado en sentido transversal. Esta distribución topográfica de los ritmos debe ser hecha en estudio comparativo con los hallazgos de grupos normales de edades similares.

Así, del grupo enviado se encontró que la eficacia de las respuestas estaba francamente alterada en la lectura en el 42% de los casos y en un mismo porcentaje la función del recuerdo de lo leído.

El cálculo matemático mostró deficiencias significativas en el 41% de los casos, en menor

proporción 35%, la observación de fig., mientras que el recuerdo de las mismas indicó anomalías un 45% de los niños y jóvenes estudiados, 21 casos de hallazgos eléctricos fueron comparados con los resultados del SPECT y se estudió la concordancia positiva con áreas de hipoperfusión en 17 casos, concordancia que será analizada durante la presentación.

28. DEFICIT ATENCIONAL HIPERACTIVIDAD (DHA).

EXPERIENCIA EN 84 ESCOLARES PERSONALMENTE CONTROLADOS.

Manterola Alejandro.

Unidad de Neurología. Hospital Roberto del Río

El DHA es causa frecuente de consulta en niños de edad escolar en clínica ambulatoria neurológica. Su diagnóstico, tratamiento farmacológico y manejo es complejo y controversial, por lo cual se justifica una recopilación de la experiencia acumulada en los últimos 10 años de manejo personal de 84 pacientes, la gran mayoría consultantes enviados desde los distintos consultorios periféricos del sector hospitalario. Por decisión convencional fueron excluido del estudio una gran cantidad de niños, cuyo cuadro no nos parece corresponder a DHA, debido a que a) exhibían suficiente capacidad para prestar atención y se concentraban adecuadamente para escuchar narraciones, entender e interesarse en programas de TV, cine y otra actividad de grupo, participar y entretenerse en juegos individuales o colectivos exigentes de concentración de acuerdo a edad cronológica; b) la hiperactividad relatada no se acompaña de déficit atencional y aprendían fácilmente lo que se les enseñaba en la escuela y el hogar; c) predominancia clara de las actitudes infantilizadas, reflejadas en las actividades sociales, lenguaje, juegos y manejo personal (alimentación, vestidos, intereses) y d) signos evidentes de patología psiquiátrica, incluyendo autismo, depresión descompensada, reacciones maníacas, sociopatías con rasgos de desadaptación conductual de tipo delictivo. Los 84 niños incluidos fueron analizados por grupos en base al estado de salud basal y condiciones neurológicas, de la capacidad

intelectual y de aprendizaje escolar, de las condiciones de vida familiar y de manejo apropiado de las diversas situaciones que aparecen asociadas o condicionadas por DHA. Se resalta la necesidad de hacer un diagnóstico integral, de modo que el manejo de cada paciente contemple la posible intervención terapéutica apropiadas sobre el niño, el sistema escolar y las condiciones ambientales que con alta frecuencia ensombrecen el pronóstico a largo plazo de DHA.

29. DEFICIT ATENCIONAL HIPERACTIVIDAD (DHA).

TRATAMIENTO CON DEXTROANFETAMINA EN 84 NIÑOS PERSONALMENTE CONTROLADOS.

Manterola Alejandro.

Unidad de Neurología. Hospital Roberto del Río

Se tratan 84 casos con dextroanfetamina, en dosis de 0,3-1,1 mgr/kg/día, en 2-3 tomas, continuamente. La tolerancia se exploró los fines de semana largos o en vacaciones, excepto los que exhibían dificultades conductuales en el hogar, en cuyo caso se mantuvo la dosis mínima efectiva. En 12 niños se usó como alternativa metilfenidato en dosis y régimen similar. Los efectos fueron mes a mes evaluados por el profesor (inventario abreviado de Conner), por la madre y por nuestra impresión clínica. Se catalogaron en satisfactorios, dudosos, nulos o contraproducentes, dando prioridad a la continuidad de efectos. Eventuales omisiones o irregularidades en la toma y problemas de convivencia fueron consignados. El desarrollo ponderoestatural fue periódicamente controlado. La duración de tratamiento excedió los 5 años en 20 casos, se mantuvo por más de 3 años en 28, fue superior a 1 año en 24. En 12 niños se inició en el curso de 1994. Los efectos fueron satisfactorios en 63 pacientes (78,5) y dudosos en 7 con disfunción familiar inmodificable. Fue suspendido por innecesario en 2 casos y fue abandonado sin explicaciones en otros 2. En 4 casos con disfunción cerebral y trastornos conductuales rebeldes fue prácticamente nulo y tampoco fue factible evaluar resultados en 3 pacientes con daño cerebral invalidante. La medicación fue mal tolerada en 3 niños por

insomnio rebelde, vómitos incoercibles y estado convulsivo. Este último caso es paciente con daño cerebral, epiléptico bien controlado con ácido valproico y clonazepan.

La dextroanfetamina fue por diversas razones reemplazada por metilfenidato en 12 oportunidades, en 6 de los cuales se restituyó con excelente respuesta y tolerancia.

30. DEFICIT ATENCIONAL HIPERACTIVIDAD (DHA) USO DE DEXTROANFETAMINA CONJUNTAMENTE CON OTROS NEUROFARMACOS.

EXPERIENCIA EN 46 PACIENTES PERSONALMENTE CONTROLADOS.

Manterola Alejandro.

Unidad de Neurología. Hospital Roberto del Río.

De 84 pacientes con (DHA) se empleó otro neurofármaco adicional a la dextroanfetamina (o metilfenidato) apropiado para la condición clínica de 46 de ellos (55%). Los problemas que con mayor frecuencia exigieron esta intervención fueron: hiperagresividad, inestabilidad emocional perturbadora, oposicionismo rebelde al manejo conductual, alto grado de conflictividad en la escuela o el hogar. En estos casos se usó antipsicóticos: clorpromazina: 28, tioridazina: 10 y haloperidol: 4. La dosis fueron las comúnmente usada. En reactividad depresiva o en enuresis se empleó imipramina en 5 niños y fluoxetina en 1. En casos complicados por epilepsia se adicionó o uso medicación antiepiléptica de uso corriente, incluyendo ácido valproico 5 casos, carbamazepina 6, fenitoína 2, primidona 2, fenobarbital 1, clonazepan 1, clobazán 1. Solamente en 4 el esquema fue monoterápico. En otros 3 hubo necesidad de usar clorfenamina como antialérgico y en otros 3 sedantes de tipo benzodiazepínicos (clordiazepóxido, diazepam, clobazán). Este conjunto de medicamentos produjo tantos efectos positivos, como indiferentes o contraproducentes por lo que se revisan detalladamente. En resumen se deduce que el efecto aditivo al empleo de psicoestimulantes fue favorable en la mayoría de las veces. De los antipsicóticos el mejor tolerado fue la clorpromazina, mientras que el haloperidol no surtió efectos tranquilizantes y produjo una respuesta paradójica en 3 de los 4 casos tratados. Los antiepilépticos favorecieron

a los pacientes por el efecto protector específico. En un caso con daño cerebral orgánico tratado exitosamente con ácido valproico y clonazepan la adición de dextroanfetamina fue seguida de un estado convulsivo que obligó a la suspensión definitiva. Los antidepresivos, sedantes y la imipramina fueron bien tolerados y efectivos.

31. TRASTORNOS DEL HABLA Y LENGUAJE EN EL SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Pizarro Cristina, Rona Eva, Prieto H.

Servicio de Neuropsiquiatría. Hospital San Juan de Dios.

Se estima que los T. del Habla y Lenguaje tienen una alta prevalencia en la población escolar (3-10%) y representan la segunda causa de problemas de aprendizaje.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo en 45 niños que consultaron a nuestro Servicio entre mayo y septiembre de 1992, y a los que se les diagnosticó T. del Habla y Lenguaje, evaluándose su evolución durante 2 años.

Resultados: La población de niños estudiada representó el 11,2% del total de las consultas. El 51,1% presentó T. del Habla y el 48,8% T. del Lenguaje.

En los T. del Habla el 73,9% eran hombres, el promedio de edad fue de 6,4 años y escolaridad presentó el 82,6%. Los diagnósticos de derivación correspondieron a T. Lenguaje 42,8%, T. del Habla y T. de Aprendizaje 14,3% respectivamente. En el DSM: marcha 15,9 meses, 1eras palabras 1-4 años y 1eras frases = 2-5 años. El 34,7% tenía antecedentes familiares de la misma patología. El T. del Habla se asoció en un 39,1% tanto a T. Aprendizaje como a D. Atencional. El tratamiento fonoaudiológico duró un promedio de 9,3 meses, con una mejoría parcial de 68,7% y general 31,2%, existiendo abandono en el 77,3% de los casos y altas en el 9,1%.

En los T del Lenguaje el 81,8% eran hombres, el promedio de edad fue de 4,8 años y el 38,1% presentó escolaridad. Los diagnósticos de derivación correspondieron a T. del Lenguaje 57,1%, T. Aprendizaje, T. Conductual y Sd. convulsivante al 9,1% respectivamente.

En el DSM; Marcha= 16,6 meses, 1eras palabras = 1,8 años y 1eras frases = 2,8 años. El 33,3% tenía antecedentes familiares de la misma patología. El T. del Lenguaje se asoció en 18,2% a T. Aprendizaje y 13,6% a RM., Cl. Limítrofe, hipoacusia y T. emocionales respectivamente. El tratamiento Fal. duró un promedio de 9,4 meses, con una mejoría parcial del 53,3%, gral. 6,6% y sin mejoría 40%.

32. DEFICIT DE DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

Quijada Carmen, Vilches Sonia.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Los trastornos del desarrollo del lenguaje de predominio expresivo son largamente los más frecuentes de encontrar en la población preescolar tanto los exclusivamente expresivos, como los mixtos de predominio expresivo.

Este tipo de trastornos del desarrollo puede tener distinta evolución según el nivel intelectual del niño, su entorno familiar y la prontitud de su tratamiento.

Según la clasificación de Rapin y Allen para las disfasias, se describe dos tipos de trastornos exclusivamente expresivos: las dispraxias verbales y los déficits de la programación fonológica.

En este trabajo se revisa la literatura en relación al tema, y la evolución de 11 pacientes portadores de estos déficits, que fueron atendidos en el Policlínico de Neuropsiquiatría Infantil de nuestro Hospital en los tres últimos años.

33. TRASTORNOS GRAVES DEL DESARROLLO. ELEMENTOS DE APROXIMACION CLINICA Y PSICOPATOLOGIA.

Larraguibel Marcela, Recart Constanza, Sius Pia, Gómez Alejandro, Arriagada Lorena, Heimann Jean Pierre.

Departamento Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

En la práctica clínica y en la literatura se observan niños gravemente perturbados con un desarrollo disarmónico y alterado tanto en lo cualitativo como cuantitativo. Su evolución es generalmente tórpida, con una clara tendencia a la cronicidad. El diagnóstico resulta difícil, ya que su expresión

sintomática se sobrepone en diferentes categorías diagnósticas y ninguna de éstas tipifica exitosamente este tipo de niños. Por otra parte, no logran dar cuenta de la complejidad del desarrollo y la severidad del trastorno en los niños afectados por este síndrome. El comienzo temprano de los síntomas, como son los defectos del pensamiento, pobreza de las relaciones sociales y escasa regulación afectiva, influyen en cada aspecto del subsecuente desarrollo y adaptación de estos individuos. El diagnóstico de Trastorno del Desarrollo Múltiple y Complejo (TDMC), creado por Cohen y cols. en 1986, nos parece que da cuenta mejor de la constelación sintomática descrita y expresa apropiadamente el impacto del comienzo precoz de los déficits en el desarrollo. Al mismo tiempo, refleja los hallazgos de que estos niños muestran alteraciones que no pueden ser explicadas eficientemente a través de una sola función alterada, más bien, múltiples funciones alteradas en forma compleja.

Este tipo de patología parece emerger precozmente en el transcurso del desarrollo individual como resultado de factores constitucionales y de la experiencia social, presentando este grupo de pacientes un alto riesgo de enfermedad mental crónica en la adolescencia y adultoz. Separar los factores de riesgo genéticos de los ambientales resulta difícil. Su peso y forma de intervención (acentuando o atenuando la psicopatología) aún está por elucidarse.

34. APROXIMACION PSICODIAGNOSTICA AL TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y COMPLEJO (TDMC).

Sius Pia, Larraguibel Marcela, Recart Constanza, Gómez Alejandro, Arriagada Lorena.

Departamento Psiquiatría. Campus Sur Facultad de Medicina. U. de Chile.

Existe en la práctica clínica un grupo de niños severamente perturbados, que presentan alteraciones en tres áreas principales: a) afectividad, b) conducta y sensibilidad social y c) procesamiento cognitivo, estas reas se relacionan de manera compleja, resultando una perturbación que invade todos los ámbitos en los que el niños se desenvuelve, este trastorno

ha sido identificado como el Trastorno del Desarrollo Múltiple y Complejo (TDMC).

Un equipo multidisciplinario está desarrollando en el Dpto. de Psiquiatría Sur de la Facultad de Medicina, U. de Chile, una investigación que busca contrastar en la observación clínica los criterios diagnósticos descritos para el TDMC. Una de las fases del estudio comprende la realización de una evaluación psicológica, que contempla la administración de tres pruebas básicas: un test proyectivo (CAT-A), un test de inteligencia (WISC-R) y una prueba del nivel de maduración visoperceptiva (test de Bender).

Realizando una comparación entre los resultados obtenidos, hemos encontrado algunos patrones comunes, tales como temáticas relacionadas con muertes, suicidios y castigos severos, en las que se observa el juicio mantenido y el sentido de realidad alterado. Presencia de ansiedad intensa y en ocasiones difusa, fantasías paranoideas, mecanismos de defensa primitivos.

En general se observa una grave dificultad para simbolizar, lo que aparece también disarmónico, con resultados que van desde la deficiencia leve a niveles normales de desempeño. Todos los niños evaluados presentan además trastornos del lenguaje.

En la prueba de Bender se observa, en la mayoría de los casos estudiados, indicadores de daño orgánico o de inmadurez neurológica.

Finalmente se comenta la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinario, que incluye exámenes neurológicos, psiquiátricos y fonoaudiológicos para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

35. SINDROME DE DEFICIT DE ATENCION (S.D.A.).

SISTEMA DE ATENCION MEDIANTE GRUPOS DE OBSERVACION.

Guajardo Humberto, Perez de Arce Sofia, Carredano Maite.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Exequiel González Cortés.

La alta demanda derivó a fines de 1992 a una saturación del sistema de atención, ocupándose muchas horas en elaborar recetas y realizar controles periódicos individuales a los pacientes, cada paciente recibía un promedio de 8 consultas

anuales de 30 min. c/u. Por esta razón se decidió probar un sistema de atención grupal para aquellos pacientes que vistos en una 1ra. atención de choque (20 min.) fueran definidos como S.D.A.

Se evalúan 396 pacientes que asisten a 46 grupos de observación.

Los grupos recibieron 4 sesiones c/u. Las dos primeras fueron de observación y evaluación de la conducta de los niños. Se indicó en la 3ra. sesión anfetamina como prueba terapéutica a aquellos niños que en las sesiones de observación se vieron como Déficit de Atención. Aquellos que respondieron bien quedaron con tto. permanente siendo derivados a control en grupo y retirando sus medicamentos en consultorio periférico. Un 60% de los niños recibió psicoestimulantes, y las madres fueron derivadas a Escuela para Padres. Un 20% debieron continuar en Terapia Individual por tratarse de un cuadro más complejo. El resto fue derivado a otro tipo de atención. Se concluye que el abordaje del S.D.A. mediante Grupos de Observación permite:

1. Efectuar un abordaje adecuado del problema utilizando un menor número de recursos profesionales, utilizándose 230 hrs. médicas y 230 hrs. de Terapia Ocupacional.
2. El total de los pacientes tuvo una adecuada atención y sólo un 23% requirió atención individual posterior.
3. Un 60% de los niños se mantuvo en control grupal.
4. A pesar que en 1era. instancia pareciera un tanto superficial y rápido el sistema de atención, desde un punto de vista de salud pública, se dio respuesta a la demanda y en ningún caso hubo complicaciones posteriores por un mal diagnóstico.

36. DEFICIT ATENCIONAL Y MODELO DE OCUPACION HUMANA.

Bertoni Daniela.

Centro de Atención Integral. Dirección de Educación Municipal. Ilustre Municipalidad de Santiago.

Corresponde a un modelo propio de la Terapia Ocupacional que se basa en la Teoría General de Sistemas, entendiendo al sujeto como un ser con una estructura de unidades lógicas que tienen funciones determinadas y que

interaccionan abiertamente con su ambiente. Entenderemos por comportamiento ocupacional a la , o las actividades en las cuales las personas se involucran durante la mayor parte de su tiempo de vigilia (actividades placenteras, de descanso y productivas).

El niño es un ser ocupacional con un rol social definido que interactúa con su medio en relación a las exigencias sociales en congruencia y competencia (en relación a las habilidades desplegadas). Constituye un sistema que está formado por subsistemas:

a) Volición. b) Habitación. c) Ejecución.

Estos a su vez tienen variados componentes que pasan por determinantes tanto internos como sociales, estructuras biológicas y procesos organizados en habilidades.

A través de este enfoque, se pretende explicar como funciona un niño afectado con Déficit Atencional en los ambientes en que está inserto: Actividad Escolar, Desempeño en el Hogar, con sus padres y comunidad; y revisar de que modo la estructuración de la ocupación puede ayudar a este niño a lograr una mejor conducta adaptativa.

37. FORMAS DE ABORDAJE DE T. OCUPACIONAL EN EL SINDROME DEFICIT ATENCIONAL.

Doñez Emelina.

Servicio de Salud Mental. Hospital Sótero del Río.

Los objetivos del tratamiento en terapia ocupacional son:

1. Intervenir en la sintomatología del Síndrome.
2. Entregar instrumentos de manejo a los padres y/o familiares (juegos, actividades, ejercicios).

Individual: Diagnostica los déficits en Integración Sensorial (I.S.) en los Sistemas Somatosensorial, Propioceptivo y Vestibular que identifiquen al "Hipersensible cutáneo", "Defensivo táctil" o al "Inseguro gravitacional". Los padres participan activamente en el tratamiento.

Grupal: En grupos abiertos, mixtos de edades entre 5 a 12 años.

1. Auto-Control para hiperkinéticos, el niño interviene activa y responsablemente en su tratamiento registrando tiempos y logros.

Realizando también en su hogar. Mejorando la autoestima como consecuencia.

2. Integración Sensorial: Juegos con actividades y ejercicios que estimulan los déficits detectados, para lograr respuestas adecuadas desde el S.N.C.

3. Ludoterapia: Juegos estructurados, competitivos, dirigidos a estimular la atención, memoria y/o concentración, al mismo tiempo que se modifican conductas sociales inadecuadas. Las motivaciones y los logros son premiados con refuerzos primarios y sociales.

38. INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

EXPERIENCIA CLINICA EN CONSULTORIA DE ENLACE.

Alvarez Hernán.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital San Borja Arriarán.

La predicción y prevención del suicidio juvenil es uno de los problemas clínicos ms difíciles para los profesionales de salud mental infanto-juvenil; y dado que es la segunda a tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años y que las tasas de intento de suicidio para el mismo grupo etario muestran un aumento sostenido, se expone la experiencia clínica obtenida en un hospital pediátrico general con una muestra de 10 casos que ingresan durante el año 1993 y primer semestre de 1994.

Para el análisis se correlacionó los casos según sexo, edad, factores de riesgo psiquiátricos, psicosociales y familiares-ambientales, factores precipitantes y motivación para el intento. Los resultados se correlacionan ampliamente con la literatura, llamando la atención que un 70% de los casos presentan antecedentes de patología psiquiátrica, 90% de ellas tienen un conflicto intrafamiliar como factor precipitante y un 90% usa la ingestión voluntaria de fármacos como método para el intento.

Se propone además la discusión de algunas estrategias de manejo y prevención.

39. ¿EXISTE LA DISARMONIA EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE?.

Arriagada Lorena, Recart Constanza, Larraguibel Marcela, Gómez Alejandro.

Departamento Psiquiatría. Facultad de Medicina Sur. U. de Chile.

En el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Sur de la Universidad de Chile, estamos desarrollando el proyecto de Investigación titulado "Trastornos Graves del Desarrollo. Elementos de Aproximación Clínica y Psicopatológica". El grupo en estudio se caracteriza principalmente por presentar alteraciones en tres áreas: a) afectividad, b) conducta y sensibilidad social, y c) procesamiento cognitivo. Estas áreas se relacionan entre sí de manera múltiple y compleja.

Dentro de los resultados obtenidos desde el punto de vista fonológico, hemos observado que los rasgos lingüísticos presentados por esta muestra no calzan con los criterios diagnósticos más comúnmente usados, como DSM-III-R, DSM-IV e ICD-10. De lo anterior se podría postular la aplicación del concepto de disarmonía, al lenguaje de estos niños.

Por otra parte, nos resultó difícil diferenciar o delimitar un lenguaje formalmente extraño o atípico de una expresión de pensamiento alterado. En este caso cabría más bien evaluar la coherencia de los contenidos, el uso de ellos en el contexto y la funcionalidad de su comunicación. Para esto estamos usando el Perfil Pragmático del Lenguaje, de Carol Prutting. A modo de ejemplificar lo anterior, se presenta el resumen de dos casos clínicos.

40. APNEAS EMOTIVAS : UN NUEVO ENFOQUE.

David Perla, González J. E.
Unidad de Neurología. Hospital Exequiel González Cortés

Revisión de la Literatura.

La apnea emotiva del lactante es una entidad clínica pobremente caracterizada y entendida. En los últimos 20 años se han publicado escasos artículos hasta su asociación con alteraciones del sueño que sugieren un desorden del control respiratorio por disfunción del sistema nervioso autónomo y su relación con el síndrome apneico del sueño.

Existen evidencias de una relación la apneas

obstructivas del sueño y del llanto en lactantes. Hay trabajos que sugieren existiría una inmadurez en la estructura del sueño en pacientes portadores de apneas del llanto, con una base neurofisiológica común, documentada por la inmadurez en la estructura del sueño asociación con sudoración, ronquido y obstrucción respiratoria alta durante el sueño y concomitantemente en un mismo paciente de ambos tipos de apnea.

Considerando esto, la apnea podría corresponder a una vía final común que se expresa en forma de distintos síndromes.

La disfunción en el control cardiorespiratorio que estaría subyacente a éstas podría manifestarse a través de una cierta inestabilidad de la vía aérea alta asociada o no a alteración anatómica o funcional local, transitoria o permanente.

Las alteraciones anatómicas y funcionales de la vía aérea alta han sido reportadas como causas de apnea obstructiva del sueño y del llanto en el lactante.

Estudios funcionales de la vía aérea pueden ilustrar éste nivel. En tronco cerebral hay estudios anatómico-funcionales y se relacionan con la maduración de estos centros de control cardiorespiratorio.

Las apneas del sueño y del llanto podrían ser expresadas a nivel dinámico con respuesta variable.

41. APNEAS EMOTIVAS EN LACTANTES CON APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO.

David Perla, Cid María Eugenia.
Unidad de Neurología. Hospital Exequiel González Cortés.

Actualmente existen evidencias de una relación entre ambos tipos de apnea, con una base neurofisiológica común, documentada por la inmadurez en la estructura del sueño, asociación con sudoración, ronquido y obstrucción respiratoria alta durante el sueño y la concomitancia de ambas en un mismo paciente. Con el fin de conocer la relación entre las apneas emotivas y las apneas obstructivas del sueño se efectuó un estudio prospectivo buscando la presencia de apneas del llanto o espasmos del sollozo en lactantes con apneas obstructivas del sueño documentadas, y se encontró en lactantes con edades comprendidas entre 3 meses y 2

años, 28 de sexo masculino y 22 de sexo femenino, desde el 1º de marzo de 1990 al 1º de abril de 1994 en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés.

De 50 lactantes portadores de apneas obstructivas del sueño, 29 presentó apneas emotivas, 15 de sexo masculino y 14 de sexo femenino, con inicio en 25 de ellos a los 3 meses de edad.

En nuestro estudio 58% de los lactantes asocian ambas manifestaciones, sin diferencias significativas por sexo, pero la edad de comienzo fue precoz en 50% de ellos (a los 3 meses). este podría ser un factor de riesgo para esta asociación.

Las apneas del sueño y las apneas emotivas podrían ser expresadas como hiporreactividad durante el sueño REM por hipotonía y/o con hiperreactividad frente al stress en vigilia.

42. HIDRATO DE CLORAL Y MIDAZOLAM EN SEDACION PARA E.E.G. EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS.

López María Eugenia, López Isabel, Troncoso Ledía, Avaria María de los Angeles.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Un número significativo de niños en edad preescolar requiere ser sedado para someterse a E.E.G. El propósito de este estudio es buscar el sedante que sea más efectivo y seguro, y cuya administración no produzca molestias.

Se administró por vía rectal hidrato de cloral (50 mg/kg) a 32 niños (22 varones y 10 mujeres) y midazolam (1 mg/kg) a 27 (16 varones y 11 mujeres).

Se comparó su efectividad en producir sueño, el tiempo de inducción, y la calidad y duración de éste.

Se analizaron las influencias de la edad, sexo, estado del D.S.M., tiempo de vigilia previo e intervalo entre la alimentación y sedación. Asimismo se estudió el diagnóstico de impregnación en los trazados E.E.G., realizado por electroencefalografistas que no conocían el uso de sedación. Como referencia se utilizó un grupo de 33 niños (20 varones y 13 mujeres) que no requirió sedación.

Los resultados demostraron una mayor

efectividad del hidrato de cloral, que logró el sueño en 100% de los niños, con latencia cercana a 20 minutos y buena calidad de sedación. Esto no fue influido por las variables antes mencionadas. El midazolam no cumplió con los requisitos de una buena sedación.

Se sospechó impregnación medicamentosa en 59,4% y en 47,6% de los trazados de niños sedados con hidrato de cloral y midazolam respectivamente. De los 33 E.E.G. de niños no sedados, 8 fueron considerados también bajo efecto de sedante.

Se discuten los resultados en relación a estudios previamente publicados y se recomienda el uso de hidrato de cloral por vía rectal en niños pequeños que requieran sedación para procedimientos indolores.

43. ENCEFALOPATIA MITOCONDRIAL, ACIDOSIS LACTICA Y EPISODIOS STROKE-LIKE (MELAS) CASO CLINICO.

Quinteros Fernando, Novoa Fernando, Colombo Marta, Olivos Anita, Sepúlveda Ana.

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Descrito por primera vez en 1984 y reconocido como un desorden mitocondrial usualmente de herencia materna, presentando los pacientes baja estatura, convulsiones, episodios stroke-like a repetición con déficit neurológicos focales, cefalea recurrente, regresión cognitiva progresiva, acidosis láctica y presencia de fibras rojas rasgadas en biopsia muscular.

Se presenta escolar de diez años, sexo femenino, con antecedentes de dos episodios convulsivos con correlación EEG en tratamiento con fenobarbital desde 1993. Primera hospitalización Febrero 1994 por cefalea persistente asociado a hemiparesia braquiocrural izquierda, confusión mental y nuevo episodio convulsivo EEG disfunción neuronal difusa. TAC: compromiso de sustancia blanca temporoparietooccipital y tálamo derecho con ligero efecto de masa sugerente de encefalomiелitis aguda diseminada. Evoluciona con regresión parcial de paresia, sin nuevas crisis hasta abril de 1994, con recaída agregándose déficit visual intermitente. Fondo de ojo normal, TAC progresión de lesiones hacia regiones

occipitales. Dentro de exámenes realizados destaca lactacidemia en ascenso progresivo (24 mgr%, 42,8 mgr%, 57 mgr%), lactato LCR 51,6 mgr%, EEG de control muestra disfunción neuronal difusa con elementos irritativos a izquierda y depresión a derecha. Por evolución clínica y laboratorio se realiza biopsia muscular para búsqueda de fibras rojas rasgadas confirmandose diagnóstico de MELAS, siendo apoyado con Resonancia Nuclear Magnética. Se inicia tratamiento dietético, vitamínico, carnitina y anticonvulsivante.

La evolución actual ha sido favorable con regresión completa de su paresia y de su déficit visual.

44. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL INFANTIL.

Avaria Maria de los Angeles, Coria de la Hoz Carolina, Dragnic Yuri.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Las atrofiás musculares espinales (AME) constituyen un grupo de enfermedades producto de la degeneración de las neuronas del asta anterior de la médula, determinadas genéticamente y que poseen un amplio espectro clínico de presentación. Se revisó un total de 37 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de AME por clínica, electromiografía y estudio histopatológico, que consultaron en nuestro servicio entre los años 1982 y 1994. Del total de pacientes, dieciocho (48,6%) son de sexo femenino y 19 (51,3%) de sexo masculino. En 23 pacientes (62,1%) la enfermedad se inició antes de los seis meses de edad (Grupo I) y en 14 (37,8%) después de esa edad (Grupo II). En el Grupo I la forma de presentación de la enfermedad fue hipotonía en 13 pacientes (56%), seguido de debilidad muscular en 5 casos (22%). De los 23 pacientes, 20 (87%) nunca lograron sedestación, adquiriéndola el 13% restante a una edad promedio de 12 meses, sin lograr la marcha. El tiempo promedio transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico, fue de 3,2 meses. Hubo 4 pacientes de este grupo (17,3%) que desarrollaron una evolución crónica con una sobrevida promedio a la fecha de 7,5 años. Del grupo II, la forma de

presentación más frecuente fue el retraso motor asociado a debilidad muscular, en 13 pacientes (92%). Un total de 12 niños (85%) lograron sedestación, y 2 (14%) no lo hacen. De los pacientes que lograron sentarse, nueve caminaron, con un promedio de inicio de la marcha de 16,5 meses de edad. El tiempo promedio de demora del diagnóstico definitivo fue de 2,8 años. De este grupo de 14 pacientes, 12 (85%) se encuentran vivos a la fecha.

45. EL SINDROME DE HIPERAMONEMIA CONGENITA.

Giacaman F., Carrisoza A., Raimann Erna. Unidad de Genética y Enf. Metabólica, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, U. de Chile.

El Amonio es un metabolito normal del ser humano, su exceso lo transforma en un compuesto tóxico que produce un daño potencialmente irreversible en el sistema nervioso central.

Con el objetivo de estudiar las características clínicas del síndrome de hiperamonemia en la infancia, se revisaron las fichas de pacientes que consultaron durante 1993 en el policlínico de enfermedades metabólicas del INTA con este diagnóstico.

Se revisaron un total de 46 historias clínicas. Los motivos más frecuentes de consulta fueron las convulsiones, vómitos, retraso global del desarrollo y el coma. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 15 meses. El 63,1% tenía hallazgos clínicos asociados, siendo los más frecuentes encontrados el síndrome hipotónico, el retraso global del desarrollo y la epilepsia. En cuanto al tratamiento el 47,8% sólo requirió de dieta hipoproteica. La evolución fue satisfactoria en el 87%, con normalización de los valores de amonio. La etiología logró ser determinada sólo en el 32,6% de los casos siendo la hiperamonemia transitoria la causa más frecuente, seguida de la acidosis láctica congénita y las acidurias orgánicas.

Se concluye que las Hiperamonemias son un problema frecuente, el cual debe entrar en el diagnóstico diferencial de una serie importante de enfermedades en la infancia.

46. EPILEPSIA MIOCLONICA SEVERA DEL NIÑO.

López Isabel, Troncoso Ledia, Gajewski Carmen, Fernández Freya, Avaria María de los Angeles. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Facultad de Medicina. Campus-Centro. Universidad de Chile.

La epilepsia mioclónica severa del niño, entidad descrita por Dravet (1982), corresponde a un síndrome con fuerte componente genético, que se inicia en niños previamente sanos con convulsiones febriles (CF) complejas y recurrentes en el primer año de vida, y más tarde crisis afebriles mioclónicas de intensidad variable, parciales simples y complejas y ausencias atípicas, concomitante a deterioro mental y ataxia. Las crisis son de difícil manejo farmacológico.

Presentamos seis pacientes, cinco niñas y un varón, diagnosticados durante los últimos cuatro años y que reúnen los criterios de este síndrome. Tres de ellos son hermanos y en 5/6 hay antecedentes familiares de epilepsia o de CF. Todos ellos iniciaron, CF entre los 3-8 meses de vida y crisis mioclónicas entre los 1-4 años de edad, además de crisis generalizadas y parciales complejas.

Paralelamente a la aparición de crisis afebriles hemos observado una detención en el desarrollo de carácter moderado a severo y ataxia. El EEG, inicialmente normal, ha evolucionado a descargas generalizadas de poliespigas y espiga-ondas, con focos únicos o múltiples. Las crisis han sido de difícil manejo lográndose un relativo control con ácido valproico asociado a benzodiazepinas. Al igual que lo descrito en la literatura el uso de carbamazepina ha resultado en un notable aumento de crisis mioclónicas y de ataxia en todos los pacientes. En nuestros casos hay una preponderancia del sexo femenino. El reconocimiento de este síndrome contribuye a aclarar la clasificación de las epilepsias mioclónicas del niño, tarea controvertida y generalmente difícil.

47. EPILEPSIA A LA LECTURA: UN ESTUDIO ELECTRO-CLINICO.

Mesa Tomás, Godoy Jaime, Aranda Luis, Santín Julia.

Departamento de Pediatría y Neurología. Pontificia Universidad Católica.

La epilepsia a la lectura, es clasificada (1989), como parcial idiopática, junto con la E. Rolándica y E. a Paroxismos occipitales. En este caso, las crisis son inducidas por la lectura. Se inicia al final de la pubertad, siendo de evolución benigna. A diferencia de las primarias, la epilepsia secundaria a la lectura, presenta ictus espontáneos, poca respuesta a tratamiento y EEG basales anormales. El mecanismo desencadenante de las crisis es desconocido, pero la lectura estimularía focos corticales hiperexcitables, produciendo cambios madurativos en la región angular del hemisferio dominante. Caso clínico: varón 18 años. Antecedentes: prematuro 35 semanas. PN:2400 grs. Desarrollo psicomotor normal. Mórbitos no registra, Estudiante preuniversitario, Dos primas paternas: epilepsia en infancia. Primo materno: convulsiones febriles. Desde los 13 años, sólo al leer en voz alta o baja, independiente del contenido del texto, presenta clonias buco-faciales, algo mayor a derecha y sin pérdida de conciencia. Si mantiene el estímulo, sensación de "trabarse la lengua" y pérdida del conciencia, seguido de movimientos tónico-clónicos generalizados, incluyendo mordedura de lengua. 5 EEGs estándar y uno con privación de sueño, normales. TAC cerebral: normal.

Se realiza monitoreo video/EEG computarizado, de 4 días, comprobándose las crisis descritas, con correlato eléctrico, principalmente hemisférico izquierdo. Se indica ácido valproico, no registrando nuevas crisis a pesar de leer. Conclusión: se presenta un paciente con correlato video/EEG/clínico de epilepsia a la lectura, síndrome de tipo parcial primario, de buena respuesta al anticonvulsivante y excelente pronóstico. Pendiente resonancia magnética cerebral y posible locus genético.

48. EPILEPSIA POST TRAUMÁTICA EN EL NIÑO.

Chiofalo Nelly, Soto Eugenio.

Centro de Exploración Funcional del Cerebro.

Todo clínico conoce que no hay correlación entre intensidad del trauma, sintomatología y hallazgos del EEG. Por otro lado, las modificaciones de la electrogénesis cerebral no terminan con la fase aguda del traumatismo; así las observaciones seriadas pueden ayudar a comprender los factores involucrados en dichas manifestaciones. Se estudia una serie de 143 niños con traumatismo de cráneo, que no requirió de intervención quirúrgica (los que hacen complicaciones operables se comportarían de una manera similar al adulto en la posibilidad de hacer una epilepsia post-traumática). Sus edades oscilaron entre 2 y 13 años, sin uso de AE profiláctico. Se realizó un seguimiento entre 21/2 y 8 años. 92 de ellos completan el estudio. El 75% de los niños que llegaron a una recuperación completa, clínica y EEG., lo hicieron entre los 3 y los 6 meses; el resto recuperó hasta después de los 2 años.

Aquellos niños que tuvieron anomalías EEG., tienen mayores posibilidades de desarrollar una epilepsia post-traumática (EPT). De 50 niños que continuaron con anomalías eléctricas 12 de ellos (24%) hicieron en algún momento de su evaluación una epilepsia, que en general no se relacionó estrictamente con la severidad del trauma. El inicio de la crisis ocurrió en un 43% en el primer trimestre, en un 83% en el primer año y el 17% restante entre 2 años o más.

Se mencionan los factores involucrados, que pueden sugerir, aunque como es sabido, no con certeza, una evolución a una EPT.

Se discute el uso de medicamento AE. de modo preventivo.

49. SUSPENSIÓN DE LOS ANTIEPILEPTICOS EN 8 SEMANAS EN NIÑOS TRATADOS POR 2 AÑOS.

Devilat Marcelo, Demarta Juan Carlos.

Unidad de Neuropediatría. Hospital Militar.

En los últimos años, la longitud del tratamiento antiepileptico se ha reducido por consideraciones médicas, sociales y económicas.

El objetivo de este trabajo prospectivo y en curso es presentar nuestra experiencia en niños con epilepsia tratados por 2 años en los que la medicación fue suspendida en 8 semanas.

Desde 1988 hasta 1994, cincuenta y dos pacientes entraron a este estudio. Catorce enfermos están aún en control y 6 abandonaron el seguimiento al suspender la medicación.

Los 32 pacientes restantes fueron tratados por un tiempo promedio de 25,8 meses (24-39) libres de crisis y los antiepilepticos fueron retirados en un lapso de 8 semanas. Estos constituyen la muestra de estudio y, exceptuando los que recayeron, fueron observados por un tiempo promedio de 29,6 meses (24-50) después de suspendido el antiepileptico.

Dieciocho niños tenían crisis generalizadas, 14 presentaron crisis parciales. En 25 pacientes se pudo establecer un diagnóstico sindrómico, entre los que destacan un síndrome de West y una epilepsia benigna rolándica. La mayoría de los enfermos tenían epilepsias idiopáticas o criptogénicas; sólo 2 presentaron epilepsia al iniciar el tratamiento.

Cinco pacientes (15,6%) recayeron; 2 lo hicieron durante el período de suspensión del medicamento y 3 después de él. Todas las recaídas se presentaron con el mismo tipo de crisis que el paciente tenía al iniciar su tratamiento. En estos niños hubo dos características que los distinguieron del total del grupo: antecedentes de epilepsia en la familia (4) y prolongado tiempo promedio de tratamiento (59,6 meses).

Aunque se requiere un mayor número de pacientes para obtener conclusiones más definitivas, este grupo de enfermos sugiere que 2 años de tratamiento libre de crisis y suspensión en 8 semanas, sería una aceptable estrategia en el manejo de niños con epilepsia.

50. MOVIMIENTOS ANORMALES Y ENCEFALITIS.

Escobar Raúl, Mena Francisco, Erazo Ricardo.
Servicio de Neurología Infantil. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Tradicionalmente las alteraciones del movimiento se han atribuido a anomalías del sistema

nervioso central (SNC), particularmente a nivel de ganglios basales y sus estructuras de conexión. Una serie de patologías (tóxicas, metabólicas, degenerativas), se han relacionado con este tipo de alteraciones del movimiento. Sin embargo, su etiología exacta no está claramente precisada. Los procesos infecciosos del SNC, tanto meningitis purulentas como encefalitis también han sido involucrados como causa de estos trastornos y si bien es cierto esta etiología es mencionada habitualmente en diferentes textos, la comunicación de casos de movimientos anormales y encefalitis es esporádica y prácticamente ausente en pacientes en edad pediátrica. El motivo de esta comunicación es presentar 5 casos de pacientes con cuadros severos de movimientos anormales en los cuales se planteó el diagnóstico de encefalitis.

La edad de los pacientes fluctuó entre los 2 y 10 años, 4 hombres y una mujer, todos ellos previamente sanos. En todos los ellos se efectuó estudio citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR), cultivo de LCR y deposiciones, y test inmunológicos en suero y LCR para pesquisa de agentes infecciosos virales. En todos se efectuó electroencefalograma y tomografía axial computarizada (TAC), en tres tomografía computada por emisión de fotón único (SPECT) y en 4 resonancia nuclear magnética (RM). La aparición de los movimientos anormales fue desde el inicio del cuadro de encefalitis en 2 pacientes, mientras que en tres fue luego de 2 a 4 semanas de evolución del cuadro. Hubo convulsiones asociadas en tres pacientes, salvo en uno de ellos que tuvo una segunda injuria del SNC, hubo remisión total del cuadro y en el seguimiento no se ha pesquisado secuelas neurológicas.

Podemos concluir que, a pesar de lo infrecuente, los movimientos anormales pueden presentarse en el curso de las encefalitis y que a pesar de lo dramático que puede ser el cuadro clínico, las posibilidades de recuperación, en la ausencia de una segunda injuria, son altamente alentadoras.

51. ANALISIS DIAGNOSTICO DE 198 PACIENTES CONTROLADOS EN UN POLICLINICO DE NEUROGENETICA.

Cortés Fanny, Ríos Loreto, Barrios Andrés,

Alliende Angélica, Curotto Bianca, Almarza María Isabel, Troncoso Ledia.

Unidad de Genética y Enfermedades Metabólicas. INTA Universidad de Chile.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

En la actualidad se estima que 0,3-0,4% de la población infantil presenta retraso mental severo y 2-3% de retraso mental moderado. A mayor severidad del retraso, existe mayor incidencia de afecciones genéticas: es por esto que las indicaciones de estudio cromosómico incluyen a los individuos con retraso mental tengan o no malformaciones o dismorfias.

Una de las líneas de estudio de nuestro grupo son las afecciones neurogenéticas, con especial énfasis en las que producen retraso mental. En este contexto durante los últimos dos años hemos implementado un policlínico de "neurogenética", en el que se estudian pacientes de edad pediátrica, derivados por presentar alguna afección neurológica en la que se sospecha una etiología genética. En el mencionado período fueron evaluados 198 pacientes; entre las afecciones diagnosticadas existen cuadros cromosómicos, monogénicos, poligénicos, anomalías del desarrollo y efectos de teratógenos. En esta oportunidad mostraremos los hallazgos citogenéticos en los individuos cuya alteración resultó ser de origen cromosómico.

Se detectó un cariotipo anormal en 22 de los 198 pacientes (11%), de los cuales 5 mostraron alteración de los cromosomas sexuales (Xq frgil (2); 47, XXX; 47, XYYY; mos 45, X/48, XYYY) y 17 anomalías autosómicas: 46, XX, del(4p); inv 9qh +; del (13p); 46, XY, 13p+, mos 46, XY/47, XY+13; del (15q12)(3); 46, XY, 16q+; 46, XX, t(X;18); trisomía 21(3); mos T21; 46XX, (22ps+)(2). Se discute la importancia de efectuar estudio cromosómico a todo niño con retraso mental de causa no determinada y las diferencias de estos resultados con los de un policlínico de genética tradicional.

52. ENFERMEDAD DE FAHR. DESCRIPCION DE UN CASO INFANTIL.

Erazo Ricardo, Valenzuela Bolívar, Troncoso Ledia.

Servicio Neurología Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La enfermedad de Fahr, caracterizada por la calcificación progresiva idiopática de ganglios basales es muy infrecuente en adultos y excepcional en niños.

Se han descritos casos familiares y esporádicos, los cuales pueden ser sintomáticos o asintomáticos. La signología neurológica se expresa frecuentemente por epilepsia, demencia, ataxia y signos extrapiramidales. Caso clínico: F.R.S. sexo femenino, padres no consanguíneos. Antecedentes perinatales y familiares (-). DSM normal hasta los 2 años. Inicia síntomas al año con episodios de fijación de la mirada de segundos de duración. A los 2 años se agregan crisis atónicas practicándose EEG que muestra actividad irritativa generalizada. Las crisis persisten a pesar del tratamiento con ácido valproico a dosis útiles, por lo cual se realiza TAC cerebral que detecta calcificaciones simétricas subcorticales y de ganglios basales.

Los estudios endocrinológicos, oftalmológicos, metabólicos, parasitológicos y virológicos resultan normales. A raíz de estatus epiléptico generalizado a los 3 años de vida se repiten EEG (que no muestra cambios) y TAC cerebral que evidencia crecimiento de las calcificaciones intracerebrales preexistentes y aparición de otras en núcleos dentados del cerebelo. Clínicamente se observa control de las crisis, retraso psicomotor más marcado en área del lenguaje, ataxia de la marcha leve e hiperactividad. Se revisa la literatura extranjera y se concluye que: 1) no hay una correlación clara entre la magnitud de las calcificaciones de ganglios basales y la signología clínica, como lo demuestra el caso que presentamos. 2) aún no se conoce la patogénesis de las calcificaciones de ganglios basales y. 3) el diagnóstico de enfermedad de Fahr se sustenta en el descarte de las causas conocidas de calcificación de ganglios basales, entre las que destaca hipoparatiroidismo.

53. GALACTOSEMIA Y VIDA NORMAL: UNA POSIBILIDAD CONCRETA.

Almarza J, Cornejo Verónica, Raimann Erna, Colombo Marta.

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. U. de Chile.

La galactosemia clásica (GC) es un error congénito del metabolismo de los hidratos de carbono producido por el déficit de la enzima galactosa-1-fosfato-uridil transferasa; esta enfermedad es susceptible de ser detectada por métodos de tamizaje neonatal y debidamente tratada eliminando la lactosa de la dieta. Sin diagnóstico apropiado la evolución es habitualmente hacia la muerte en el período neonatal por septicemia y/o meningitis a *E. coli*, o en caso de sobrevivir, hacia la clásica tríada de retardo mental, cataratas y cirrosis hepática. En los países en que se diagnostica esta enfermedad tempranamente por métodos de tamizaje neonatal se observa una incidencia promedio de 1/60.000 (USA); y que varía entre 1/667.000 (Japón) y 1/24.345 (España). Los métodos de screening más ampliamente usados son el Test microbiológico de Paigen para detección de metabolitos acumulados, y el Test de Beutier para determinación enzimática; este último se está realizando desde hace 1 año en nuestro laboratorio. En nuestro centro se controlan 3 niños portadores de G.C. 1º) J.C.O. de 6 años de edad, sexo masculino, con los siguientes antecedentes: RN pret. AEG-34 semanas, PN 2.550, a los 10 días de vida sufre una sepsis que evoluciona con hipoglicemia e hipocalcemia transitorias; a los 15 días de vida presenta bronconeumonía; a los 45 días de vida se detecta hepatomegalia y edema generalizado; a los 3 meses es derivado al INTA donde se plantea el diagnóstico que fue confirmado 3 años después: desde los 3 meses se inicia dieta sin lactosa presentando un desarrollo normal con CI normal promedio a los 3 años de vida en que se realizó última evaluación (Binet). 2º) C.A.G. de 5 años, sexo femenino quien a los 4 meses de vida presenta una hipotonía generalizada asociada a período de ayuno por lo que es derivada a nuestro policlínico donde además se detecta hepatomegalia y retraso en el desarrollo psicomotor; se plantea el diagnóstico y se realizan exámenes cuyos resultados son compatibles por lo que se inicia una dieta a los 5 meses de vida; la última evaluación psicológica fue a los 3 años y reveló un rendimiento "normal lento". 3º) D.A.G., hermana de la paciente anterior por lo que el diagnóstico presuntivo se planteó al nacer, iniciándose dieta a las 3 semanas de vida; presenta además riñón

multicístico, dismorfias faciales y un retraso global del desarrollo cuya causa no ha sido posible definir. En el INTA está comenzando un plan piloto de detección precoz de Galactosemia tendiente a prevenir la mortalidad y mejorar el pronóstico de esta afección.

54. DEFECTO DE LA BETA-OXIDACION DE ACIDOS GRASOS DE CADENA LARGA PRIMER CASO EN CHILE.

Cornejo Verónica, Raimann Erna, Colombo Marta.

UGEM Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. U. de Chile.

Las alteraciones de la beta-oxidación de los ácidos grasos (AG), fueron descritos en los años 70. El más frecuente es el defecto del metabolismo de AG de cadena media (MCAD), el defecto del metabolismo de AG de cadena larga (LCAD) ha sido más recientemente descrito. Nosotros presentamos un paciente con LCAD.

Caso Clínico: SS, 2 años, sexo masculino, con dos hermanos sanos, una hermana muerta inesperadamente a los 2 meses de vida. Embarazo y parto normal. Peso de nacimiento: 3.500, talla de nacimiento: 51 cm. Período neonatal normal. Recibió lactancia natural hasta los 8 meses, cuando presentó vómitos y diarrea, 20 días más tarde presenta convulsiones, somnolencia, hipoglicemia (14 mg%) y acidosis metabólica. Se recupera rápidamente con la infusión de glucosa parenteral. Evoluciona con hepatomegalia, hiperbilirrubinemia, acidosis láctica, aumento de transaminasas e hiperamonemia. Una biopsia hepática mostró infiltración grasa macrovacuolar. Se diagnóstico S. de Reye. 9 días después es reingresado por cuadro similar. Se sospecha un defecto de beta-oxidación. Se hicieron ácidos orgánicos que mostraron aciduria dicarboxilica de cadenas medias y largas que confirman el diagnóstico de LCAD. Se inició una dieta normocalórica, restringida de grasas, con alimentaciones frecuentes. Fue suplementado con l-carnitina. Se concluye: frente a un paciente con hipoglicemia y S. de Rey-like, debe descartarse un defecto de beta-oxidación.

55. ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA.

Avaria María de los Angeles, Stevens Alejandro, Hernández Marta, Troncoso Mónica, López Isabel.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La encefalomiélitis diseminada aguda (EDA) es una afección poco frecuente definida como una encefalitis o mielitis secundarias a lesión preferentemente de sustancia blanca postinfecciosa o postvaccinal. Su presentación clínica es variable en severidad, describiéndose hasta un 30% de mortalidad. Presentamos cinco pacientes con este diagnóstico, con una clínica heterogénea en su presentación y gravedad.

Caso 1: Varón de 5 años que presenta un Síndrome Meningeo, con fiebre alta, rigidez de nuca, compromiso de conciencia y de pares craneanos, LCR: Pleocitosis y aumento de proteína, TAC de cerebro normal, RNM muestra extensas lesiones focales diseminadas en sustancia blanca y ganglios basales.

Caso 2: niña de 15 años presenta tras un cuadro febril un hemisíndrome cerebeloso derecho, desorientación temporopacial y lentitud psicomotora. RNM muestra imagen hiperintensa en T2 de hemisferio cerebeloso derecho. Evoluciona con aparición de signos cerebelosos izquierdos y una nueva RNM muestra extensión de la lesión.

Los 3 casos restantes se presentaron como ataxia aguda con compromiso variable de pares craneanos y vías largas. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico fue confirmado por la RNM, destacando la falta de sensibilidad del TAC para la pesquisa de las lesiones.

Aunque se considera que la EDA es secundaria a una lesión desmielinizante, destaca en esta serie el compromiso cortical cerebeloso y de ganglios basales.

Se concluye que la EDA debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con ataxia aguda, síndrome meníngeo, encefalopatía aguda o HIC. La RNM es el examen de elección para la confirmación diagnóstica, que en los pacientes más graves implica un tratamiento esterooidal con muy buena respuesta clínica.

56. ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL CROMOSOMA X DE COMIENZO EN LA NIÑEZ. CASO CLINICO.

Quinteros Fernando, Novoa Fernando, Colombo Marta, Olivos Anita, Ramolfo Pamela.

Unidad de Neurología infantil. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Las adrenoleucodistrofias constituyen un grupo de enfermedades degenerativas de curso progresivo que se asocian a un aumento de los ácidos grasos de cadena muy larga, tanto en los tejidos como en fluidos corporales que producen grado variable de compromiso de las glándulas suprarrenales y de la mielina del S.N.C. La determinación de los ácidos grasos constituye la base del diagnóstico. Se presenta este caso clínico donde fue posible su determinación.

Escolar de 12 años, sexo masculino, segundo hijo, hermana y padre sanos, sin consanguinidad, desde hace aproximadamente 1 año, presenta acentuación de sus dificultades de aprendizaje, déficit atencional con hiperactividad, deterioro paulatino de habilidades operatorias en lenguaje comprensivo, expresivo, pragmático, cálculo y pérdida auditiva parcial.

Al examen físico se aprecia un niño de aspecto normal, sin dismorfias, orientado temporo espacial, se comunica con frases simples, presenta dificultad en la escritura y cálculos aritméticos, concreto y perseverante. Pares craneanos normales, al examen motor hiperreflexia generalizada con aumento del área, sin disimetría, sensibilidad conservada.

En su estudio de laboratorio destaca: cortisol plasmático y urinario basal de 24 horas normal. Prueba con ACTH con valores bajos postestímulo (cortisol 15,5 mg/ml a los 60 minutos y 17 OH Corticoesteroides 1,4 mg/ml a los 60 minutos). Estudio Metabólico normal Electroencefalograma con registro lento difuso. Líquido cefalorraquídeo normal con índice IgG normal. TAC hipodensidad marcada de la sustancia blanca periventricular y hacia regiones parieto-occipitales. Perfil de ácidos grasos francamente elevados (C26:0=3.467 mg/ml).

En su evolución ha presentado episodios convulsivos parciales secundariamente generalizados con buena respuesta al tratamiento, manteniendo el deterioro intelectual descrito.

57. CARACTERISTICAS CLINICAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Avdaloff Walter, Acevedo Carlos, Menendez Pedro.

Instituto de Diagnóstico Cerebral.

Introducción.

Los trastornos del sueño en niños y adolescentes son una alteración frecuente de etiología diversa. El estudio de estas, desde el punto de vista clínico como de laboratorio plantea diversas interrogantes.

En la presente presentación se expone la metodología de estudio clínico y de laboratorio de los trastornos del sueño.

Historia estandarizada.

Se ha preparado una anamnesis exhaustiva, la cual incorpora los hábitos del sueño, y sus parámetros, en especial con énfasis en el diagnóstico diferencial de los insomnios, hipersomnias y parasomnias. Se interroga por alteraciones respiratorias, reflujo, crisis epilépticas, asmáticas, y otras, antecedentes familiares, quedando del mismo modo consignadas en el estudio.

Una carpeta horaria, la cual contiene los diversos aspectos del dormir y de la vigilancia, es entregada a los padres, para ser completada en forma diaria.

Estudio Polisomnográfico.

Se realiza utilizando técnica computacional, la cual permite obtener resultados cuantificables: hipnograma con arquitectura del sueño, y estadística de etapas, variables cardio-respiratoria, oximetría, correlaciones con EMG, frecuencia de EKG, y registro en video de la conducta del paciente, son algunas de las variables estudiadas.

Se ilustra con ejemplos de casos clínicos estudiados.

Conclusión

Esta metodología clínica y de laboratorio, permite establecer elementos más objetivos para el estudio de los trastornos del sueño y de la vigilancia, y de este modo detectar un gran número de pacientes, cuyos síntomas pueden ser inadvertidos.

58. ANALISIS DE FRECUENCIAS BASALES EN NIÑOS CON SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD.

Avdaloff Walter, Acevedo Carlos, Schlager Germán.

Instituto de Diagnóstico Diferencial.

Introducción: La Electroencefalografía convencional, ha descrito la asociación de alteraciones en las frecuencias basales, lentitudes, como elemento de registro en niños con SDAH. Sin embargo, sólo la incorporación del Análisis computado de las Frecuencias Basales, ha permitido en forma objetiva cuantificar y localizar las diversas frecuencias en relación a las áreas cerebrales.

Material y Método:

Se han seleccionado 10 pacientes, varones, de edades entre 8 y 12 años, con el diagnóstico de SDAH de acuerdo a los criterios del DSM III. Estos han sido sometidos inicialmente a un registro computacional utilizando el sistema 10-20. El material individual ha sido seleccionado en 100 muestras de 1 segundo cada uno y sometido a un análisis de frecuencias Fourier. Los resultados han sido analizados en nuestros promedios, por banda de frecuencia, localización, así como relaciones ALFA/DELTA y ALFA/THETA.

Resultados:

Los análisis de frecuencias e histogramas, muestran una proporción elevada de actividad THETA especialmente sobre áreas temporo parietales y en regiones frontales.

La distribución de la actividad Alfa y su proporción es baja. Se observaron asimetrías en cuanto a la actividad Theta, la cual muestra una mayor proporción temporo parietal. Estos hallazgos permiten discriminar entre los elementos denominados madurativos, asimetrías y en forma objetiva evaluar SDAH con elementos de inmadurez bioeléctrica.

Conclusiones:

Es posible así, establecer rangos de normalidad para este método, y de este modo establecer distribuciones de las frecuencias cerebrales.

Puede este método, ser de gran aporte en el diagnóstico diferencial de las diversas etiologías del SDAH.

59. ANALISIS DE FRECUENCIA COMPUTADO EN NIÑOS CON SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL. COMPARACION ACTIVIDAD BASAL Y BAJO EFECTO METILFENIDATO.

Acevedo Carlos, Schlager Germán, Avdaloff Walter.

Instituto de Diagnóstico Cerebral.

Introducción:

El SDAH es un problema frecuente en la edad escolar. Su diagnóstico y tratamiento es motivo de controversias. Es el objetivo de este trabajo mostrar la experiencia obtenida con procedimiento computacionales en casos de SDAH.

Material y Método:

Se estudian 10 casos de niños escolares entre 7 y 10 años portadores de síndrome de déficit Atencional con hiperactividad (SDAH) de acuerdo a pautas del manual DSM III R. Todos son varones, diestros sin trastornos asociados del aprendizaje. Se utiliza un registro con 20 canales según sistema internacional 10-20 y las señales son procesadas en computador con programa biomédico ATI MP 31 versión 1993. Se seleccionan 60-100 muestras de 1 segundo, las cuales se promedian y se analizan. Los registros se efectúan en condiciones de reposo, vigilia y se repiten en las mismas condiciones bajo efecto de dosis de 0,4 mgrs/Kgr de Metilfenidato que se administra 90 minutos antes del segundo registro.

Resultado:

El análisis de frecuencias e histogramas muestran alteración en las relaciones ALFA/THETA (Índice de madurez), especialmente en las áreas frontales. Este hallazgo se corrige con la administración de Ritalin en 5 casos: en 2 casos no asocia cambios significativos y en 3 casos se deteriora la condición basal. No se registraron anomalías focales o eventos paroxísticos en los trazados.

Conclusión:

Los autores estiman que este procedimiento puede llegar a constituir un aporte útil en el diagnóstico e indicación de fármacos en el SDAH.

60. EFECTO A LARGO PLAZO DE LA DESNUTRICION INFANTIL SOBRE EL APROVECHAMIENTO ESCOLAR.

Reyes Mónica, Perales Carmen Gloria, Alvear Jorge.

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, U. de Chile.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto que la desnutrición grave y precoz tiene sobre el aprovechamiento escolar en la etapa de pubertad adolescencia. Para cumplir con este objetivo, se seleccionaron 2 grupos de niños entre 12 y 18 años. Aproximadamente la mitad de ellos tienen antecedentes de desnutrición severa durante sus 2 primeros años de vida y fueron rehabilitados en forma integral en el centro CONIN (G1, N = 31) y los restantes corresponden a los respectivos controles (G2, N = 29). Ambos grupos forman parte de un estudio de seguimiento que se ha venido llevando a cabo en el INTA, U. de Chile, desde el momento en que el G1 estuvo hospitalizado en el centro CONIN. Ambos grupos son del nivel socioeconómico bajo. Para medir aprovechamiento escolar se utilizó la batería Woodcock Psicoeducativa en su 2ª parte, que evalúa las áreas de lectura, matemáticas escritura, entregando edad y curso equivalente. Dado que los grupos difieren en edad y escolaridad, se utilizaron los puntajes delta considerando edad y escolaridad real versus edad y curso equivalente para cada área. Para el análisis estadístico se usó el Test Kruskal-Wallis para 2 grupos. Los resultados preliminares muestran que un mayor % de niños de G1 tiene un nivel de escolaridad menor al esperado para su edad (G1 = 64,5%; G2 = 44,8%). Un 16% del G1 ha derivado en escuela especial, versus ninguno del G2. Se encontraron diferencias significativas en el área de lectura en desmedro del G1 ($H = 5.574$, $gl = 1$, $p < 0,01$), en tanto que ambos grupos obtuvieron un bajo rendimiento en las áreas de matemáticas y escritura.

61. UN MODELO DE INTERVENCION TEMPRANA BASADO EN EL APOYO A LA RELACION MADRE-HIJO.

Perales Carmen Gloria, Rivera F., Percansky C. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

El propósito de este trabajo es presentar la metodología de un programa de intervención en lactantes (0-3 años), cuyo objetivo es favorecer el desarrollo integral del niño a través del fortalecimiento de la relación madre-hijo. Este programa forma parte de un estudio acerca de la anemia infantil efectuado en el INTA. La intervención es realizada en el hogar y consiste en visitas semanales de una hora de duración, a lo largo de un año cronológico. Es llevado a cabo por psicopedagogas, que son capacitadas y supervisadas por psicólogas. En su diseño se consideraron los siguientes principios: (1) los padres son las personas significativas que cuidan a sus hijos y la casa es el lugar más importante para el niño; (2) los padres pueden aprender formas efectivas de responder a sus hijos si se les entrega apoyo, conocimiento y habilidades, (3) la intervención es individualizada, (4) se basa en un modelo de relaciones de ayuda en cadena, madre-monitorea-supervisora, (5) madre y/o familia tienen un rol activo y la monitorea un rol facilitador. El programa incluye 3 etapas: (1) diagnóstico (6-8 visitas) se trata de tener una visión general del desarrollo del niño, de la relación madre hijo, así como de caracterizar a las familias en aspectos socioeconómicos, culturales y de salud física, (2) la intervención (30-35 visitas), se caracteriza por una gran flexibilidad y por facilitar el crecimiento a partir de las fortalezas (3) despedida y evaluación final (8-10 visitas). Se cuenta con una evaluación externa al programa que mide principalmente desarrollo psicomotor, relación madre-hijo y calidad de estimulación en el hogar. A la fecha han ingresado 80 diadas.

62. SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL - EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE NEUROPSICOLOGIA DEL HOSPITAL NAVAL DE TALCAHUANO.

Adriasola Andrea, Muñoz Viviana, Ribera Daphne, Vieira Sylvia.

Unidad de Neuropsicología, Hospital Naval de Talcahuano.

Motivado por el cuestionamiento que plantea este congreso "Déficit Atencional mito o realidad", los profesionales que trabajamos en la Unidad de Neuropsicología del hospital Naval de Talcahuano, realizamos una revisión de nuestra experiencia en los últimos años.

Analizamos retrospectivamente todos los casos diagnósticos y tratados como Síndrome de Déficit Atencional, entre los años 1990/1993 en nuestra unidad. Obtuvimos una muestra de 60 casos, la cual describimos desde el punto de vista de algunas variables y de su evolución, a fin de contrastarla con los criterios clínicos vigentes y con la experiencia registrada en otros servicios.

De la evaluación de los resultados podemos concluir que éstos, en gran parte concuerdan con la literatura en relación al tema.

63. APLICACION DE SISTEMAS DE ESCRITURA COMPENSATORIOS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL QUE CURSAN EDUCACION BASICA.

Marimón Claudia, Cortés Cristián.
CERPAC.

Las personas con un alto grado de discapacidad motora pueden beneficiarse en la actualidad de múltiples aplicaciones basadas en el uso del computador, instrumento que les permite realizar tareas que no están al alcance de sus posibilidades o habilidades motrices. Esto es decisivo en la educación del niño con parálisis cerebral, quien puede disponer de un sistema alternativo para la ejecución de tareas escolares. El objetivo de esta presentación es dar a conocer los resultados obtenidos en la aplicación de sistema de escritura compensatorios basados en uso del computador, específicamente para incrementar las capacidades de producir un texto escrito con efectividad, eficiencia y con algún grado de autonomía.

Para evaluar los resultados de los sistemas implementados para cuatro niños con parálisis cerebral, que cursan distintos niveles de educación básica, mediante el rendimiento de exámenes de validación. Se elaboró una pauta que fue aplicada a los niños en estudio con y sin el uso de estos sistemas y a un grupo de pares de un mismo nivel escolar.

Como resultado, los alumnos con parálisis cerebral sin un sistema alternativo, cuya limitación en el control de movimientos gruesos y finos de brazos, manos y dedos lo incapacitan para realizar actividades motoras necesarias para ejecutar tareas escritas, porque no pueden

manipular los materiales comunes para producir escritura manual, producir un texto largo, en un tiempo adecuado y con mediana legibilidad.

Los alumnos con parálisis cerebral usando sistemas de escritura compensatorios pueden usualmente completar las mismas actividades de escritura en clases, pruebas escritas y tareas para la casa que sus pares sin discapacidad.

64. SINDROME MIOCLONO-OPSOCLONO : DOS PATOGENIAS PARA UN CUADRO A PROPOSITO DE 4 CASOS.

Erazo Ricardo, Devilat Marcelo.

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.

El síndrome mioclono-opsoclon (SMO) es una encefalopatía infrecuente que se caracteriza por mioclonias, ataxia y opsoclon. Afecta preferentemente a niños entre 1 y 3 años. La mayoría de los casos corresponden a encefalopatía mioclónica del lactante, enfermedad de curso crónico que se asocia en un 50% a neuroblastoma.

Sin embargo, el SMO puede ser secundario a otras causas, entre las que destaca la meningoencefalitis viral, en cuyo caso presenta curso autolimitado.

Presentamos 4 niños con SMO de inicio entre los 18 y 20 meses de vida. A todos se les practicó TAC cerebral y EEG, que fueron normales. Se realizó ECO abdominal y niveles de catecolaminas en sangre que fue normal en 3 paciente. El niño que mostró aumento de catecolaminas tenía una masa abdominal detectada por ECO y TAC, que desapareció espontáneamente 1 año después. El estudio LCR fue normal en 2 niños (1 con tumor abdominal) y en los otros 2 mostró pleocitocis compatible con meningoencefalitis viral, etiología apoyada también por la coexistencia de infección aguda (herpangina y neumonitis) que cedió espontáneamente.

Estos 2 pacientes tuvieron una rápida mejoría a los 7 y 15 días de evolución sin tratamiento esteroideal.

Los otros 2 niños presentaron una rápida regresión psicomotriz e irritabilidad extrema, por lo cual recibieron ACTH sintético; mejoraron en un lapso de 3 meses, con breves recaídas posteriores en relación a cuadros febriles.

Nuestros casos apoyan la existencia de 2 patogenicias del SMO. Una de tipo autoinmunitaria que produce un cuadro severo que va a la cronicidad, y que sólo regresa con la

administración de ACTH o corticoides, y otra debida a acción directa del virus que produce cuadro autolimitado de excelente pronóstico.

INDICE DE AUTORES

- Abarca Jaime 2
Acevedo Carlos 57, 58, 59
Adlerstein S. Leon 7
Adriasola Andrea 62
Alliende Anglica 51
Almarza 53
Almarza María Isabel 51
Alvarez Hernn 38
Alvarez Patricio 11
Alvear Jorge 60
Amarales Claudia 2
Aranda Luis 16, 47
Arce Mary 23
Arriagada Lorena 33, 34, 39
Avaria M. Angeles 1, 42, 44, 46, 55
Avdaloff Walter 57, 58, 59
Avenidaño Marisol 5, 6, 22
Avenidaño Leonor 5, 6, 22
Avila 27
Badilla Lautaro 4
Bahamondes D. 22
Barrios Andres 51
Ben-Dov Perla 8
Bertoni Daniela 36
Bravo Silvia 3
Campos Ana 14, 15
Caris Luis 11
Carrasco Hector 21
Carredaño Maite 35
Carrisoza 45
Castro Teresa 25, 26
Chiofalo Nelly 27, 48
Colombo Marta 17, 20, 25, 26, 43, 53, 54, 56
Concha Ana 10
Coria Carolina 44
Cornejo Verónica 53, 54
Cortés Cristián 63
Cortés Fanny 51
Curotto Bianca 51
David Perla 40, 41
De la Barra Flora 11
Demarta Juan Carlos 7, 49
Devilat Marcelo 3, 49, 64
Díaz A. 27
Donoso P. 7
Doñez Emelina 37
Dragnic C. Yuri 44
Durn Gloria 18, 54
Erazo Ricardo 50, 52, 64
Escobar Raúl 50
Escobari Javier 22
Esposto Roberto 21
Farias Claudia 21
Fava Mario 3
Fernández I. 20
Fernández Freya 14, 15, 46
Ferrera María Anglica 10
Florenzano Ramón 8
Franco Patricia 12
Gajewski Carmen 46
García Ricardo 12
Giacaman F. 45
Godoy Jaime 16, 47
Gomez Alejandro 33, 34, 39
González Livia 10
González del R. Josefina 9
González N. 22
González J.E. 40
Guajardo Humberto 35
Heimann Jean Pierre 33
Hernández Marta 1, 4, 55
Imperatore Erna 24
Japaz Oyoní 14, 15
Kaplan Milka 8
Kimelman Mónica 10
Larraguibel Marcela 33, 34, 39
López Ilse 13
López María Eugenia 42
López Fermina 17, 25, 26
López Isabel 1, 14, 15, 42, 46, 55
Manterola Alejandro 28, 29, 30
Marchant Pamela 16
Marimón Claudia 63
Marzouka Nelly 13
Maturana Alejandro 10
Mena Francisco 50
Menéndez Pedro 57
Mesa Tomás 16, 18, 47
Muñoz Viviana 62
Navarro Marcela 25, 26
Nicoletti Marcela 19
Novoa Fernando 17, 20, 43, 56
Olivos Anita 43, 56
Paredes Marcela 7, 23
Perales Carmen Gloria 60, 61
Percansky Candice 61
Perez de Arce Sofia 35
Perret Cecilia 18

Pino Paulina 8
Pizarro Cristian 31
Prieto P. H. 31
Quijada Carmen 14, 32
Quinteros Fernando 20, 43, 56
Raimann Erna 45, 53, 54
Ramolfo Pamela 56
Rapaport Ety 8
Recart Constanza 33, 34, 39
Reyes Mónica 60
Ribera Daphne 62
Ríos Loreto
Rivera Francisca 61
Rodríguez Jorge 11
Rojas Juana 24
Romero Elena 25, 26
Rona Eva 31
Sancristoful M. S. 25, 26
Santin Julia 47
Schlager Germán 58, 59
Seebach Christa 17, 26

Selowsky Eva 9
Sepúlveda Ana 43
Sius María Pia 33, 34
Slachevsky Andrea 4
Soto Juan 22
Soto Eugenio 27, 48
Soza Marco Antonio 18
Stevens Alejandro 55
Tapia I. 25, 26
Toral María Elena 19
Toledo Virginia 11
Troncoso Ledía 42, 46, 51, 52
Troncoso Mónica 1, 4, 55
Valenzuela Boliva 52
Valenzuela Sergio
Varela R. 20
Vieira Sylvia 62
Vielma K. 26
Vilches S. 32
Villacura A. J. 5, 6
Zamora Claudia 10

REUNIONES Y CONGRESOS

GRUPO DE EPILEPSIA: Se reúne el segundo Sábado de cada mes entre 09:30 y 11:00 AM. Carlos Silva 1292 depto. 22 (frente a la Plaza Las Lilas) Asistencia abierta.

GRUPO DE TELEVISION: Se reúne el segundo Lunes de cada mes a las 20:00 PM, Auditorium del Hospital Luis Calvo Mackenna. Asistencia abierta.

GRUPO DE ENFERMEDADES METABOLICAS: Se reúne el segundo Jueves cada 2 meses, entre 13:00 y 14:00 PM. INTA, José Pedro Alessandri 5540. Asistencia abierta.

XXIII Annual Meeting of the International Society for Pediatric Neurosurgery.

Fecha: 25 - 29 de Septiembre de 1995

Lugar: Hyatt Regency

Presidente Local: Dr. Luciano Basauri

Secretaría ISPN'95: Francisca Ferrer L., Perez Valenzuela 1572 piso 5º Providencia-Santiago, Telefono: 2351824 - 2360012 - 2358353 Fax: 2351824.

Programa Científico: Anomalías de la Charnela Craneovertebral, Disrrafías Oculatas, Gliomas de bajo grado, Complicaciones, Costo-beneficio en Neurocirugía Pediátrica, Temas Libres.

Además se dictará un curso de reciclaje en Neurocirugía pediátrica bajo los auspicios de la ISPN. **La temática cubrir:**

TEC - Patología Neonatal - Hidrocefalia - Craniosinostosis - Disrrafías Espinales - Patología Vasculat (aneurismas) - MAV (cavernomas) - Epilepsia.

Fecha: 23 - 24 de septiembre de 1995.

Lugar: Clínica Las Condes

Coordinador Local: Dr. Luciano Basauri.

XIII CONGRESO DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ya se encuentra en los preparativos finales nuestro Congreso 1995.

Presidenta del Congreso: Dra. Perla David

Tema Oficial: Neurorehabilitación y Neuroregeneración.

El congreso contempla la realización de conferencias, mesas redondas y talleres que aborden aspectos como bases moleculares de la neuroregeneración, clínica, tratamiento farmacológico, factores psicosociales en la rehabilitación y manejo multidisciplinario del paciente portador de parálisis cerebral. Se abordará además el tema del adicción a drogas y alcohol y se llevará a cabo el V simposio de Epilepsia.

Fecha: 5, 6 y 7 de Octubre de 1995.

GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES:

I CONGRESO LATINOAMERICANO DE EPILEPSIA

Con la visita y participación de importantes figuras de la Epileptología mundial que darán realce a este I Congreso Latinoamericano. Entre los invitados se cuenta a los doctores Jean Aicardi, Antonio Delgado-Escueta, Dieter Janz y Natalio Fejerman.

Organiza: Grupo Chileno de Epilepsia

Temas:

Genética de las epilepsias

Trastornos de la migración

Nuevos antiepilépticos

Epilepsias sintomáticas

Controversias en epilepsia

Lugar: Hotel Hyatt Regency, Santiago de Chile.

Fecha: 9, 10 y 11 de Noviembre, 1995.

Inscripciones: Sra. Susana Salvadores, Carlos Silva 1292 depto. 22 - Providencia - Santiago, Chile, Fono/Fax:(56-2)2319287

CALENDARIO DE REUNIONES MENSUALES

5 Abril

Instituto de Neurocirugía

3 Mayo

INTA

7 Junio

H. Calvo Mackenna

5 Julio

H. Roberto del Río

2 Agosto

H. San Juan de Dios

6 Septiembre

H. San Borja Arriarán

5-7 Octubre

Congreso Sociedad

8 Noviembre

H. Exequiel González Cortés

6 Diciembre

H. Sótero del Río

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 y 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 incluir el original y dos fotocopias. 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 una primera página que contenga, a) título del trabajo, b) nombre y apellido 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 describir 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 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 agregue 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, Barria 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) Chiólafo 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.Devital 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.