



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 10

Nº 3

Diciembre 1999

ISSN 0717-1331

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 10 - N° 3 - DICIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1997 - 1999

Presidente:	Dr. Jorge Förster
Vicepresidente:	Dr. Ricardo García
Secretaria:	Dra. Patricia Urrutia
Tesorera:	Dra. Anahí Martínez
Directores:	Dra. Verónica Burón Dra. Marta Hernández Dra. María Eugenia López Dr. Marcos Vallejos Dr. Juan Salinas
Past-Presidente:	Dra. Ximena Keith
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López Psic. Gabriela Sepúlveda Figo. Marcelo Díaz Dra. Perla David Dra. Verónica Burón Dra. Alicia Espinoza
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 10 - N° 3 - DICIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• RESUMENES CONGRESO 1999	3
• INDICE DE AUTORES	55
• CUENTA DEL DIRECTORIO (Oct. 1997 - Nov. 1999)	58
• REUNIONES Y CONGRESOS	63
• GRUPOS DE ESTUDIO	65
• NOTICIAS	66
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	68

1. **ALTERACIONES DE LA NEUROTRAS-MISION SINAPTICA EXCITADORA EN UN MODELO ANIMAL DE EPILEPSIA.**

Wyneken, Ursula; Marengo, Juan José; Smalla, KH; Orrego, Fernando; Gundelfinger, ED.

Universidad de los Andes; ICBM Universidad de Chile, Santiago, Chile; Leibniz Institute for Neurobiology, Magdeburg, Germany.

La iniciación y propagación de actividad epileptiforme se relaciona en parte con alteraciones en la neurotransmisión sináptica excitadora en el SNC, lo que sería un reflejo de una reorganización de los componentes sinápticos. Las sinapsis excitadoras están mediadas por el neurotransmisor L-glutamato y se caracterizan por la presencia de densidades postsinápticas (DPSs), un engrosamiento de la membrana postsináptica. En las DPSs se encuentran los receptores para glutamato (RGlu), y otros componentes moleculares claves para la transducción y regulación de la señal sináptica. Hemos purificado DPSs desde corteza cerebral de ratas en las que se indujeron convulsiones por inyección intraperitoneal de ácido kaínico. Utilizando la técnica de Western Blot, comparamos la composición proteica de estas DPSs con las obtenidas de animales controles. En DPSs de animales epilépticos (E-DPSs) encontramos un aumento significativo de la proteína quinasa C, del receptor para neurotrofinas TrkB, de la óxido nítrico sintetasa, de un subtipo de receptor metabotrópico para L-glutamato y de una tirosina quinasa de la familia src. Además, observamos en E-DPSs una disminución significativa de proteínas propias del citoesqueleto neuronal. Mediante técnicas electrofisiológicas, hemos comenzado a estudiar, in vitro, las corrientes iónicas que se generan por la activación de los receptores para L-glutamato del tipo NMDA. Encontramos que las corrientes registradas de E-DPSs fueron significativamente de menor amplitud que las controles. Todos estos resultados sugieren que durante el desarrollo del fenómeno epiléptico ocurren cambios estructurales que se reflejan en modificaciones de la función y/o de la modulación de los receptores para L-glutamato en el sistema nervioso central.

Financiado por la Fundación Volkswagen y Universidad de los Andes.

2. **DISPLASIAS CORTICALES: PRESENTACION CLINICA, PRONOSTICO Y CLASIFICACION MORFOLOGICA EN 57 NIÑOS.**

López, Isabel; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Fernández, Freya; Quijada, Carmen; Castiglioni, Claudia.

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

Reportamos 57 pacientes, de 1 m-20 á (x: 5.3 á) con displasias corticales (DC), en seguimiento (X:72m). Se clasificaron en: A) **Difusas** (24): Aicardi (2), Lisencefalias (22); B) **Bilaterales localizadas**(12): Heterotopia en banda (2), Heterotopias periventriculares (1), Perisilviana bilateral (7); C) **Unilaterales homisféricas** o hemimegalencefalias (6);D) **Focales** (15). El primer síntoma ocurrió entre 0.03-144 m (x: 8.7 m), 56 % correspondió a crisis epilépticas. Un 82% (47) desarrolló crisis, 78% en el primer año de vida. El inicio de crisis fue significativamente más precoz para los grupos A y C (4.2m y 2.9 m), comparados con los grupos B y D (50m y 21.9m). El grupo A presentó espasmos infantiles en 61% y el D, crisis parciales en 86.7%. En el grupo A, 3 pacientes fallecieron precozmente, el resto evolucionó con epilepsias refractarias, retraso, déficit motor y microcefalia. El grupo B presentó crisis parciales (4) y generalizadas (2), CI normal o límite (5) y pseudobulbar (3). El grupo C evolucionó con crisis generalizadas (3) y parciales (2), retraso (3), hemiparesia (4) y macrocefalia (3). El grupo D presentó crisis parciales (13), muy frecuentes en >50%, CI normal o límite (9), sin déficit motor (8). Una menor edad de inicio de crisis y crisis de espasmos infantiles se relacionan con mayor severidad de DC y peor pronóstico.

3. **EPILEPSIAS RELACIONADAS A LOCALIZACION EN MENORES DE 2 AÑOS.**

López, Isabel; Troncoso, Ledia; Troncoso, Mónica; Coria, Carolina.

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

Objetivo: Caracterizar semiología de crisis, estado neurológico, EEG, neuroimágenes.

etiología, respuesta a tratamiento y pronóstico en pacientes que presentan epilepsias relacionadas a localización de inicio antes de los 2 años.

Pacientes y Método: Seleccionamos 22 niños, 9 niñas y 13 varones, que cumplieron con los siguientes criterios: a) crisis con semiología ictal asimétrica o limitada a 1 o 2 extremidades y/o EEG con actividad epiléptica interictal o ictal lateralizada a un hemisferio o localizada a un área cerebral, b) Inicio de crisis antes de los 2 años, c) neuroimagen disponible.

Resultados: Edad actual fluctúa entre 0.7-17 a (x: 7.1 a +4.3). Inicio de crisis fue entre 0.1-24 m (x: 11.3m + 9.4). En 22.7% hubo familiares con 54.5% retardo psicomotor previo, 31.8% hemiparesia. Semiología ictal de inicio incluyó detención, desviación ocular, clonías focales, signos autonómicos, y fenómenos bilaterales, entre otros. Las crisis se clasificaron según Acharya et al, 1998. Las crisis hipomotoras se relacionaron a actividad epiléptica temporal las clónicas a actividad frontal, central y parietal. La TAC cerebral mostró alteraciones específicas en 7/22 casos la RNM en 8/10 casos. En 18 casos hubo alteración neuroimagenológica con displasias corticales (7) hamartomas (3), esclerosis hipocámpal (2), infarto silviano (2). Diecisiete casos (77.3%) fueron sintomáticos y 5 criptogénicos. En 15/22 casos hubo concordancia en al menos 3/4 criterios de definición de área de origen (alteración al examen neurológico, semiología ictal, EEG, imagen). En el período de seguimiento, 4 pacientes han sido sometidos a cirugía con buenos resultados; hay dificultad en control de crisis en 14/22 casos; hay deterioro de funciones cognitivas en relación a elevada frecuencia de crisis y posiblemente a politerapia con FAE.

Conclusión: a) Las epilepsias relacionadas a localización en niños menores son en su mayoría, sintomáticas y obligan a búsqueda exhaustiva de una causa, b) El control de crisis es con frecuencia difícil y el tratamiento quirúrgico debe evaluarse precozmente, c) Hay dificultades en la aplicación de clasificación de crisis (ILAE) en niños menores, es necesario intentar otras clasificaciones.

4. MONITOREO VIDEO EEG COMPUTARIZADO CONTINUO: EXPERIENCIA EN LA POBLACION PEDIATRICA.

Mesa, Tomás; Godoy, Jaime; Aranda, Luis;

Santín, Julia; Campos, Manuel.

Depto. de Pediatría, Neurología y Neurocirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El Monitoreo Video EEG Computarizado Continuo es uno de los métodos de evaluación más útil para los eventos epilépticos y no epilépticos. Las máquinas de EEG digital pueden registrar la actividad cortical cerebral de horas hasta varios días. Esto nos permite una mejor visualización de las actividades anormales interictales con alguna mejor precisión para la clasificación de los eventos ictales especialmente en la población pediátrica. Este método ayuda enormemente en un adecuado tratamiento. Presentamos la experiencia de Monitoreo Video EEG en niños en los últimos años.

Método: Período de análisis: 1991 a 1997. Los pacientes tenían menos de 15 años. Electroencefalograma utilizado: 16 canales. Programa computacional: Monitor 5.1 y Monitor 7.1 (Gotman, Canadá). Lugar: Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile. Electrodo especiales: esfenoideales y subdurales. Técnicas especiales: inducción de crisis y disminución de medicamentos. El período más corto de monitoreo: 24 horas.

Resultados: 96 pacientes. Edad: Entre una semana y 15 años. Promedio: 6.2 años. Sexo: 62 masculinos (64.5%). Tiempo de Monitoreo: 1 a 6 días (Promedio: 3.3). Electrodo Esfenoideales: 20 pacientes (20%). Subdurales: 1 caso. Inducción de Pseudocrisis: 6 pacientes, edad 8 a 15 (Promedio 12.8 años). Dos de ellos fueron positivos. El promedio de edad del primer evento fue de 2.6 años. Petición de Monitoreo: Diagnóstico Diferencial; 8 p. (8%). Evaluación de Pseudocrisis: 2 p. (2%). Análisis de Crisis; 68 p. (70.8%). Resultado del Monitoreo: Síndrome Epilépticos: 29 p. (30.2%), Diagnóstico Diferencial; Sólo 3 fueron epilépticos. Crisis de Área Motora Suplementaria: 10 p. (10%). Sin Detectar Eventos: 14 p. (14.5%). Con un promedio de monitoreo de 3.3 días. Recomendación Evaluación Prequirúrgica: Callosotomía; 3 p. Resección Lobar: 4 p. Electrodo Invasivos: 3 p. Hemisferectomía: 1 p. el promedio de detección de eventos fue 5.4 por paciente (de 0 a 30). Más de 30 eventos: 23 pacientes (24%). La actividad interictal en pacientes epilépticos fue de un 86% de los casos.

Comentarios: El Monitoreo Video EEG Computarizado es un método muy útil para evaluar eventos y actividad interictal a cualquier edad. Es sumamente importante en el diagnóstico diferencial de eventos, en la clasificación de las crisis epilépticas y los estudios pre-quirúrgicos.

La efectividad de la evaluación es multifactorial y no necesariamente el tiempo de monitoreo. El riesgo es mínimo.

5. LA BRECHA EN EPILEPSIA. Una distancia entre lo deseable y lo posible.

Devillat, Marcelo; Burón, Verónica; Gómez, Verónica.

Programa de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Objetivo: Es mostrar la distancia, a nivel nacional e internacional, entre lo deseable por y para el paciente con epilepsia y lo posible para él y su familia.

Método: Se revisa la brecha histórica y filosófica con respecto a la epilepsia entre Chile y el mundo desarrollado, así como también la distancia actual en la disposición de recursos para Salud. Se examina la brecha en relación al acceso a los programas gubernamentales, técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Histórica y filosóficamente ha existido una brecha desde el año 2.000 AC, hasta nuestros días que se manifiesta en la inexistencia de planes coherentes para abordar a la epilepsia dentro de un manejo integral en Chile.

Hasta hace 30 años no había brecha en relación al diagnóstico y al tratamiento.

En la actualidad se aprecia una enorme distancia entre el porcentaje del PIB (producto interno bruto) dedicado a salud entre los países desarrollados: 7.5 a 14.4% y Chile: 6.5%. La distribución del PIB entre salud pública y privada, favorece a la primera en los países avanzados y a la privada en Chile.

La brecha entre USA y Chile para acceder a TAC cerebral es de 9 años para la salud privada y de 13, para la salud pública. Con respecto a la RNM las cifras de brecha revelan 5 años para la salud privada y 18 (hasta la fecha) para Chile, relación con USA.

La brecha en la disposición de antiepilépticos (AE) era inexistente hace 30 años, pues fenobarbital y fenitoína tenían disposición universal. En la

actualidad no se aprecia brecha entre USA y salud privada chilena con respecto a los AE, sin embargo ella es cada día más acentuada con respecto a la salud pública pudiendo alcanzar en algunos casos hasta 20 años. Con respecto a los AE de tercera generación la brecha entre salud pública y privada continúa aumentando.

Disminuir la brecha es una tarea en la deben participar instituciones gubernamentales, privadas, equipos médicos y organizaciones de pacientes.

Conclusión: se propone el término de "Brecha en Epilepsia" para llamar la atención acerca de un fenómeno, no descrito en la literatura, consistente en la distancia entre lo deseado y lo posible para nuestros pacientes con epilepsia, especialmente marcada en la salud pública. Se concluye que la brecha se incrementó sostenidamente y se proponen algunas medidas para disminuirla.

6. STATUS EPILEPTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Guerra, Patricio; Quijada, Carmen; Barra, Christian

Servicio de Neurología Infantil, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Introducción: El Status Epiléptico (SE) corresponde, según la definición actual, a la presencia continua de convulsiones durante 30 minutos, o episodios intermitentes de éstas, sin recuperación de conciencia durante el mismo lapso. Este cuadro constituye una emergencia médica y se asocia a una elevada morbilidad. El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas de los pacientes egresados, con el diagnóstico de SE, de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital, durante un período de 10 años (Septiembre 1989-Agosto 1999), consignando antecedentes clínicos, exámenes de laboratorio y evolución.

Resultados: En el período en estudio, de un total de 1586 egresos, 33 de ellos (2,0%) correspondiendo el 48% a lactantes, 21% a preescolares y un 30% a escolares; presentando 77% un solo tipo de crisis convulsivas, 18% 2 tipos de crisis y un 6% de los pacientes, 3 tipos; siendo lo más frecuente, tónico-clónico generalizadas (66,6%), parciales complejas (15%) y

atónicas (6%). Respecto a la etiología, un 25% fue atribuido a cuadros convulsivos febriles, 18% a infecciones del SNC, 15% a síndromes epilépticos secundarios a parálisis cerebral y 6% a accidentes vasculares cerebrales. Destaca en la evolución, que un 75% de los pacientes cursó con neuropatías, requiriendo un 48% ventilación mecánica, ya sea por falla ventilatoria o por depresión respiratoria por anticonvulsivantes. En relación al manejo de las crisis, 27% requirieron 2 anticonvulsivantes; 45% necesitaron 3 fármacos; 18% usaron 4 fármacos y en un 3% (1 paciente) requirió 5 fármacos; siendo las combinaciones más frecuentes (DZP-FNT-FBB) en un 27% y los esquemas: (DZP-FNT), (DZP-FBB), (DZP-FNT-Midazolam) en un 9% de los casos cada uno. Finalmente, se consigna que un 6% de los pacientes fallecieron.

Conclusiones: Destacan en la serie presentada el predominio de lactantes (48%) dentro del total de casos; el alto porcentaje de certificación etiológica del SE, 58%; así como la multiplicidad de esquemas terapéuticos utilizados en el tratamiento de las crisis. En suma, el SE corresponde aún a una patología de difícil manejo, en la cual se requiere uniformar criterios terapéuticos y que exige aún un mayor esfuerzo en pro de identificar su etiología.

7. ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA. ESPECTRO CLINICO Y TRATAMIENTO.

Erazo, R.; Torres, R.; Cervilla, J.; Mujica, M.; Wolf, E.; Cerda, M.; Ferrando, C.

Clínica Alemana, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

La encefalomyelitis diseminada aguda (EMDA) es una mielino patía del SNC, generalmente monofásica y que habitualmente sigue a una infección viral, cuya patogenia es probablemente autoinmune. Puede comprometer la sustancia gris y el SNP. El espectro clínico es muy amplio, desde manifestaciones neurológicas menores hasta compromiso severo de curso fatal.

Describimos 26 pacientes diagnosticados entre 1992-99. La distribución por sexo fue de 17 varones y 9 mujeres. Las edades fluctuaron entre 1 y 11 años, con un promedio de 4 años. 14 niños (54%) tuvieron cuadro febril previo 4 a 7 días antes de la aparición de los síntomas. 5 casos

ocurrieron post-varicela, 2 se asociaron a *mycoplasma pneumoniae*, y 1 a herpes simple. Los signos y síntomas principales fueron síndrome piramidal (20), parálisis flácida (11), ataxia (9), parálisis de pares craneales (8), mioclonías (4), convulsiones (4), polirradiculoneuropatía (3), s. meníngeo (3), neuritis óptica bilateral (3), distonía (2), y opsoclonos (1). Los exámenes mostraron alteración del LCR en 5 casos, y presencia de bandas oligoclonales en 3. La resonancia nuclear magnética resultó alterada (hiperintensidades de sustancia blanca y gris en T2) en 22 de los 24 niños sometidos al examen. La TAC cerebral fue normal en 18 niños. Los tratamientos usados fueron corticoides (26 casos) e inmunoglobulina (3 casos).

De los 26 casos, 24 respondieron a los corticoides. La metilprednisolona resultó especialmente efectiva. La inmunoglobulina fue efectiva en 2 casos. La recuperación demoró entre 3 y 60 días. No hubo recidivas ni mortalidad. 5 niños presentaron secuelas: síndrome piramidal leve (2) epilepsia (2) y amaurosis (1). Se enfatiza la importancia del diagnóstico de EMDA, diferenciándola de S. Guillain-Barré, S. de Fisher y encefalitis, pues es una entidad que mejora con tratamiento esteroide, lo que permite disminuir la mortalidad y secuelas en los niños afectados.

8. ADRENOLEUCODISTROFIA CEREBRAL INFANTIL LIGADA AL CROMOSOMA X: Efectos del beta interferon glicosilado en la evolución clínica de cuatro pacientes.

Hernández, Marta; Troncoso, Ledia; Moviglia, Gustavo.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La Adrenoleucodistrofia ligada al X (ADL-X) es una enfermedad peroxisomal neurodegenerativa que afecta la integridad de la mielina cerebral y periférica. Es la más común de las enfermedades neurodegenerativas peroxisomales y afecta a 1 x 20.000 hombres. La forma cerebral ocurre entre los 6-10 años, es rápidamente progresiva llevando el estado vegetativo y muerte en la primera década de la vida, iniciándose con un proceso desmielinizante difuso de predominio occipital con infiltración perivascular. En esta forma está fuertemente involucrada una reacción autoinmune semejante a la Esclerosis múltiple.

La terapia con beta interferon está basada en su conocido efecto inmunorregulatorio inhibiendo o suprimiendo los efectos inmunoactivadores de ciertas citoquinas cerebrales, por lo que se ha considerado un agente potencialmente terapéutico. La asociación con aceite Lorenzo y dieta baja en ácidos grasos de cadena muy larga se inició en nuestros pacientes. Se inició tratamiento con beta Interferon, aceite Lorenzo y dieta baja en VLCFA en cuatro pacientes que reunían criterios clínicos, neuroradiológicos y bioquímicos de ADL-X en distintas etapas de su enfermedad, sometiéndose todos estos a un examen físico general y neurológico periódico, exámenes de laboratorio, neurooftalmológico, funciones de nervio periférico para detectar progreso de enfermedad o aparición de efectos colaterales del tratamiento. La evolución clínica en tres de nuestros pacientes no se vio modificada con la terapia siguiendo ambos su evolución natural. En el cuarto paciente no se evidenció progresión de la enfermedad.

9. ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA: CLINICA, LABORATORIO Y NEUROIMAGENES.

Hernández, Marta; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; López, Isabel; Pinto, Fernando.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Chile.

La encefalomiélitis aguda diseminada (EAD) es una enfermedad desmielinizante aguda inflamatoria del SNC caracterizada por síntomas neurológicos que se inician días o semanas después de una infección viral o vacuna. La variada gama de presentación clínica, hacen difícil su diagnóstico requiriendo un alto índice de sospecha diagnóstica y confirmación mediante neuroimágenes que muestren lesiones multifocales diseminadas en el SNC. El manejo precoz y adecuado disminuye la morbimortalidad en el periodo agudo.

Presentamos 18 pacientes con EAD. Hospitalizados durante 1994-1998, 13 niñas y 5 varones, cuyas edades fluctúan entre los 30 meses y 14 años (promedio 7.2a). 77% tenían antecedentes de infección previa. Las manifestaciones clínicas fueron: intenso compromiso del estado general (83%), disfunción cerebral (66%), síndrome

cerebeloso y compromiso nervios craneanos (50%), convulsiones tónico clónicas (28%), trastornos esfinterianos y compromiso visual en 11%.

Ningún paciente mostró bandas oligoclonales en LCR y 6 pacientes presentaron pleocitosis o aumento de proteínas,

RNM cerebral mostró lesiones en sustancia blanca cerebral y tronco cerebral en 72%, lesiones cerebelares en 61% alteraciones en ganglios basales y tálamo en 44%, alteraciones nervios ópticos en 17%. No se realizó RNM medular en ningún paciente.

EAD es una enfermedad que se presenta principalmente con alteraciones cerebrales, asociadas a manifestaciones de tronco cerebral y cerebelares. El diagnóstico es confirmado con RNM cerebral. El LCR es positivo sólo en 33% de los casos.

10. ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA: TRATAMIENTO Y EVOLUCION.

Hernández, Marta; Troncoso Mónica; Troncoso Ledia; López Isabel; Pinto, Fernando.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán Santiago, Chile.

La encefalomiélitis aguda diseminada (EAD) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda del SNC. Su etiopatogenia está mediada inmunológicamente, razón por la cual los esteroides son ampliamente usados en su tratamiento.

Presentamos la evolución de 18 pacientes con EAD, de 10 meses a 14 años. A 16/18 pacientes se les trató con esteroides en distintas etapas de su evolución clínica (X.: día 13 con rango de 3 a 30 días). En 9/16 pacientes se usaron pulsos de metilprednisolona endovenosa, 2/116 pacientes fueron tratados con betametasona (0.4 mg k d) y un caso recibió prednisona oral. Los esteroides se mantuvieron por un periodo de 30-45 días.

No se trataron aquellos pacientes que tenían signología leve o rápidamente regresiva.

La evolución clínica fue heterogénea. 15/16 pacientes se recuperaron ad integrum, tres pacientes quedaron con secuelas neurológicas severas, incluyendo un paciente que fallece tras permanecer un año en estado vegetativo. El seguimiento fue de 2.27 años (6m a 5 años).

Los pacientes que recibieron tratamiento fueron los que presentaron un cuadro clínico más severo y una mayor cantidad de lesiones desmielinizantes en las neuroimágenes. En los cuatro pacientes que presentaron secuelas neurológicas importantes, incluyendo el que fallece, la terapia se inicia tardíamente.

No hubo diferencias significativas entre el grupo tratado/no tratado, probablemente debido a la asociación entre la administración de tratamiento y severidad clínica.

11. LA RATA MUTANTE *taiep*: MODELO PARA COMPRENDER ENFERMEDADES EN HUMANOS.

Cabello, JF; Novoa, F; Santos, Couve, E. Unidad de Neuropediatría, Hospital Carlos Van Buren.

Laboratorio de Bioquímica Celular y Genética, Facultad de Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile; Unidad de Microscopía Electrónica, Facultad de Ciencias, Universidad de Valparaíso.

Los modelos animales constituyen una fuente permanente de comprensión de enfermedades y sus mecanismos patogénicos. Los mutantes de mielina han permitido avanzar en la comprensión de los complejos procesos de mielinización, desmielinización y remielinización.

Nos propusimos analizar las proyecciones clínicas derivadas a lo largo del estudio del mutante neurológico *taiep*.

Taiep es una rata que sufre una mutación autosómica recesiva espontánea, expresada fenotípicamente como temblor, ataxia, inmovilidad, epilepsia y parálisis. Electrofisiológicamente la afección se limitó exclusivamente al sistema nervioso central (SNC). El estudio microscópico del SNC permitió caracterizar procesos de dis y desmielinización, para luego precisar un defecto microtubular en el oligodendrocito que afectaría el transporte intracelular de los componentes estructurales de la mielina. Este mecanismo sería similar al propuesto para algunas formas de la enfermedad de Alzheimer. El estudio bioquímico mostró un descenso en las cantidades de proteínas estructurales de mielina, comprometiéndose severamente a la proteolípídica, su componente principal y también involucrada en la enfermedad de Pelizaeus Merzbacher. Los

transplantes de oligodendrocitos en *taiep* abren nuevas esperanzas para pacientes con esclerosis múltiple y otras enfermedades de sustancia blanca.

12. EPIDEMIA DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA EN EL AÑO 1993: ESTUDIO COLABORATIVO EN LA EVALUACION DE SECUELAS NEUROLÓGICAS 6 MESES Y 6 AÑOS DESPUÉS.

Mesa, T.; Ortúzar, P.; Kolbach, M.

Departamento de Pediatría Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La enfermedad meningocócica es una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial con tasas de letalidad de un 5-10%. Una vez superada la etapa aguda tiene en general buen pronóstico, sin embargo existe un porcentaje no despreciable de secuelas neurológicas a posterior. En el año 1993 se produjo en Santiago una epidemia de meningitis meningocócica con un aumento en la tasa de incidencia de un 3,8 a 5,9 x 100.000 hab. La cepa epidémica fue el *Streptococo* grupo B CH539, el que afectó a un total de 328 casos (notificados); de ellos 24 fallecieron, obteniéndose una tasa de letalidad de un 7,3%.

Objetivos: Estudiar las características de la población pediátrica afectada por la epidemia de enfermedad meningocócica y evaluar la incidencia y caracterización de las secuelas neurológicas en estos pacientes 6 meses y 6 años después.

Sujetos, Materiales y Métodos: Se estudió en forma prospectiva a 137 pacientes menores de 19 años en 6 áreas de la RM. 6 meses después se realizó una evaluación neurológica que consistió en un examen físico y neurológico completo y en forma paralela un examen otorrinolaringológico y psicológico. 6 años después se repitió la misma evaluación a aquellos que habían presentado alteraciones en el examen previo. **Resultados:** El mayor porcentaje de casos provenía del área Sur de la RM (35%, n=48). El porcentaje total de pacientes con secuelas fue de un 19,7% (n=27), con una edad promedio de 3,4 años, la cual fue estadísticamente diferente a la edad promedio de los pacientes sin secuelas (5,0 años). El mayor porcentaje de niños

secuelas se concentró en el grupo de 1 a 2 años (38,7, n=12). En la evaluación neurológica a los 6 meses, el 44,4 % presentó alteraciones en el desarrollo psicomotor (DSM); dentro de ellas la más frecuente fue la alteración del lenguaje (83,3%), en especial del lenguaje expresivo (78,6%). El total de retraso del DSM (RDSM) fue de un 48,1%. El % de hipoacusia en el total de los pacientes secuelas fue de un 51,8% (n=14). 6 años después se reevaluó neurológicamente a 12 pacientes y otorrinológicamente a 9, encontrándose 1 caso de RDSM y 4 de hipoacusia.

Conclusiones: Se pudo evidenciar que el porcentaje de secuelas neurológicas es considerable, pero que a medida que pasa el tiempo hay una importante reducción de ellas. Dentro de las secuelas las dos más frecuentes son la hipoacusia y el RDSM. De este trabajo se concluye lo imprescindible que es tanto el seguimiento neurológico a todos los pacientes afectados por meningitis meningocócicas como la evaluación otorrinolaringológica formal con exámenes que certifiquen la ausencia de compromiso auditivo. Vale la pena destacar que la gran mayoría de los pacientes con hipoacusia no fueron detectados en la evaluación neurológica de rutina. En la evaluación a los seis años, se constató una disminución importante de secuelas, en especial del compromiso auditivo, ya que un 44,4% había regresado.

13. COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES PEDIATRICOS PORTADORES DEL VIH.

Bravo, E.; Dragnic, Y.; García, C.; Manríquez, M.

Instituto de Neurocirugía Asenjo, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Facultad de Medicina Occidente Universidad de Chile, Servicio de Neuropediatría Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Un alto porcentaje de pacientes pediátricos portadores del VIH desarrollarán complicaciones neurológicas (75-90%), las cuales difieren de aquellas que se observan en pacientes adultos, dadas las características propias del sistema nervioso central inmaduro del niño. La principal manifestación en pacientes pediátricos es la Encefalopatía VIH, de la cual existen diversas categorías clínicas y cuyo diagnóstico

se basa en los hallazgos del examen neurológico, evaluación del neurodesarrollo y características de la neuroimagen.

Pacientes y Método: El grupo de estudio corresponde a los pacientes VIH positivos controlados en el Servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Son revisados los antecedentes clínicos, evaluación del neurodesarrollo, análisis de neuroimagen y se actualiza el examen neurológico.

Resultados: Número de pacientes: 13 (fallecidos 2); sexo femenino: 8, masculinos; edad promedio: 6,2 años (rango 1,5-10 años); neurodesarrollo: normal 6, anormal 7; circunferencia craneana: normal 11 (4 casos límite inferior p5-25), microcefalia 2; trastorno motor: síndrome piramidal: 7 casos; encefalopatía VIH: total 8 casos; tipos de encefalopatía progresiva: 2, progresiva con plateau: 1, estática: 5. Neuroimagen (TAC) normal: 5, atrofia leve: 2, atrofia moderada-severa: 1, calcificación de ganglios basales: 1, leucoencefalopatía y otros: 0.

Conclusiones:

1. Un importante número de pacientes evoluciona con encefalopatía VIH, siendo la forma estática la predominante.
2. La clínica relevante es el retraso del neurodesarrollo asociado al síndrome piramidal.
3. La TAC proporciona excelente información referente al grado de atrofia y presencia de vasculitis cálcica.
4. El eventual compromiso de sustancia blanca debe ser evaluado con RNM cerebral.

14. CONVULSIONES FEBRILES EN UNA GUARDIA PEDIATRICA.

Pujadas, C.; Hughes, S.; Majewski, J.
Hospital Z.G.A.D. Evita Pueblo Berazategui; Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dentro de las urgencias neurológicas las convulsiones febriles (C.F.) ocupan un lugar preponderante por lo sorprendidas y angustiantes que son para el grupo familiar del afectado.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la incidencia de aparición de las C.F. en la guardia de un hospital zonal general de agudos del cono urbano bonaerense, y su posterior seguimiento en el consultorio de neurología infantil.

Material y método: Se evaluaron los diagnósticos de consulta de guardia pediátrica durante

el año 97 y se constató el seguimiento posterior de C.F. en consultorios externos de Neurología infantil de las C.F. Criterios de inclusión Pacientes de entre 6 meses y 6 años, sin patología neurológica previa con diagnóstico de crisis convulsivo y fiebre cuantificada.

Resultados: Durante el año 97 se realizaron 57.334 consultas en la guardia pediátrica y se encontraron 194 (0,338) con diagnóstico de C.F. Solo 7 pacientes (3,6%) concurren más de una vez a guardia con el mismo cuadro. La incidencia de status fue baja 2 pacientes (1,03%) y de procesos infecciosos del S.N.C. de 3 casos (1,54%). Del total de C.F. solo 21 pacientes (10,8%) fueron controlados en el consultorio de neurología infantil durante más de un año sin repetir crisis.

Conclusiones: Si bien el cuadro de las C.F. puede ser dramático; Su incidencia fue de sólo el 0,338% del total de consultas; el control por guardia con una explicación de las implicancias del mismo luego de descartar patologías de mayor envergadura, dio por satisfechas las expectativas de los padres. Dado que el 47,42 % de las C.F. ocurrieron en agosto, septiembre y octubre se podría inferir que epidemiológicamente el Herpes virus tipo 6 tuvo mayor incidencia y se podrían realizar campañas de concientización para bajar aún más su aparición.

15. DISCRIMINACION DIAGNOSTICA EN EL SINDROME DE RETT, A PROPOSITO DEL ANALISIS AUDIOVISUAL DE CINCO CASOS.

Menéndez, Pedro; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Hernández, Marta.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán.

El Síndrome de Rett, presente casi exclusivamente en niñas, obedecería a una alteración del cromosoma X, aún sin marcador determinado. Se caracteriza por una demencia rápidamente progresiva, conducta autística, ataxia de tronco, convulsiones, microcefalia adquirida y movimientos extrapiramidales estereotipados de extremidades superiores. La variedad de signos que acompañan al cuadro y la incidencia relativamente baja de su presentación (1:15.000) hace que el análisis de las manifestaciones clínicas sean fundamentales

para su reconocimiento. 5 niñas, portadoras de Síndrome de Rett, hospitalizadas en nuestro Servicio, entre 1992-1999, fueron analizadas con filmación de vídeo, analizándose su conducta, los episodios alcalóticos, apneas, las particularidades de la expresión facial y los movimientos anormales. Todas las niñas presentaron detención del desarrollo psicomotor, retardo mental, pérdida del contacto visual, disminución del interés por el juego, pérdida del propósito del uso de las manos y estereotipias manuales en línea media. Tres tenían marcha apraxia-atáxica. Tres niñas cursaron con convulsiones parciales de difícil manejo y dos con movimientos coreoatetósicos. Se discute, en función del estudio comparativo de las imágenes filmadas, los elementos básicos del diagnóstico inicial, las características evolutivas del estadio rápido destructivo y del estadio pseudoestacionario. Finalmente, las características diferenciales con otros síndromes neurodegenerativos.

16. NUEVOS CASOS DE CONVULSIONES EN MENORES DE 2 AÑOS EN UN AÑO: CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO.

Culcay, Catalina; López, Isabel; Fernández, Freya; Troncoso, Ledia.

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

Introducción: En los 2 primeros años de vida las convulsiones tienen incidencia elevada, constituyéndose un grupo heterogéneo clínica y etiológicamente, con riesgo de alterar su desarrollo neurológico y dificultades en el control de crisis. Nos interesa conformar una cohorte de seguimiento prospectivo de estos casos con el objeto de generar datos locales que aporten a dimensionar y caracterizar el problema y, a comprender las relaciones entre crisis tempranas y alteración neurológica.

Objetivos: 1) identificar y recoger antecedentes clínicos de todos los nuevos casos de convulsiones en menores de 2 años que consultan en un año al HCSBA. 2) estudiar la evolución neurológica de los pacientes.

Pacientes y Método: Se revisó mensualmente todos los registros EEG realizados a menores de

2 años entre Agosto 1997 y Julio 1998. De estos 376 registros, 75 casos: 33 niñas y 42 varones, cumplieron con los criterios de presentar una primera crisis a contar de Julio 1997. Se diseñó un protocolo de seguimiento que considera control neurológico, evaluación formal del desarrollo, EEG, imágenes según criterio.

Resultados: Los pacientes se agruparon en convulsiones neonatales (CNN) (8), convulsiones febriles (CF) (29), Convulsiones provocadas (CP) (21), convulsiones no provocadas (CNP) (17). Las CNN se presentaron entre 8h y 10 d de vida, en relación a EHI y/o prematuridad (6). Las CF aparecieron entre 4-24 m, siendo simples en 24/29 casos. Las CP fueron secundarias a infecciones (15/21), de SNC (12/15). Las CNP fueron espasmos infantiles (6), crisis parciales (7). El seguimiento actual (X:12 m) cubre 56 pacientes: CNN (6), CF (19), CP (15), CNP (16). 24 pacientes, 32% del total y 42% del grupo en seguimiento presentan epilepsias, incluyendo todo el grupo CNP, 2 de grupo CNN y 5 del CP. Once casos corresponden a EPI generalizadas sintomáticas y 5 a parciales sintomáticas. 43% tienen evidencias de retraso psicomotor y 33% de déficit motor. El grupo CF presenta un examen neurológico normal.

Conclusiones: 1) La suma de CNN y convulsiones provocadas representan el 77% de las primeras crisis en el grupo estudiado. 2) A excepción de CF, las convulsiones en los primeros años de vida representan un alto riesgo de epilepsia y de alteración neurológica asociada en el corto plazo. 3) Espasmos infantiles y epilepsias parciales sintomáticas son las epilepsias de mayor frecuencia en este grupo etario.

17. INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ASPECTOS BIODEMOGRÁFICOS Y FACTORES ASOCIADOS.

Martínez, V; Valenzuela, R; González, P; Schiattino, I; Larraguibel M.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur, División de Bioestadística. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: El suicidio está entre la segunda y tercera causas de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Estudios de seguimiento de adolescentes que han intentado suicidarse muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años

siguientes.

Objetivo: Describir las características biodemográficas y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de niños y adolescentes pertenecientes a Área Sur de Santiago.

Material y Método: En 1998 se evaluaron niños y adolescentes referidos por intento de suicidio del Servicio de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés. Fueron criterios de exclusión: analfabetismo, retardo mental y psicosis. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Entrevista Clínica Semiestructurada, Escala de Birlson para el Trastorno (Tr) Depresivo Mayor en la Niñez y Adolescencia, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Intención Suicida de Pierce, Escala de Ideación Suicida de Beck, Eje V Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas de CIE 10, Fe VI Evaluación Global de Discapacidad Psicosocial de CIE 10, Escala CGI Impresiones Clínicas Globales y Escala de Intención Social de Graffar.

Resultados: Constituyeron la muestra. 22 niños y adolescentes (17 mujeres y 5 hombres), cuyas edades fluctuaron entre 9 y 18 años (media=15,1; DS=24). Sólo 1 (4,5%) no asistía al colegio. 11 (50%) habían repetido algún curso. 10 (45,5%) vivían con ambos padres, 7 (31,8%) con sólo uno de ellos, 4 (18,2%) con tutor y 1 (4,5%) en hogar de menores. Había disfunción familiar en 18 (81,8%). 8 (36,4%) habían sufrido maltrato. Se diagnosticó Tr. Depresivo Mayor en 15 (68,2%), Tr. Adaptativo en 4 (18,2%). Abuso de Sustancias en 1 (4,5%) y otros en 2. El método más usado fue ingestión de medicamentos en 17 (77,3%). Las principales causas referidas fueron: en 7 (31,8%) dificultades en la relación con ambos padres, en 6 (27,3%) con la madre y en 6 (27,3%) en relaciones amorosas. En cuanto a la finalidad del intento fue: en 8 (36,4%) resolver problemas, en 8 (36,4%) escapar, en 6 (27,3%) cortar el sufrimiento, en 6 (27,3%) manipular el ambiente y en 5 (22,7%) llamar la atención. 5 (22,7%) requirieron hospitalización. 7 (31,8%) habían cometido intentos anteriores. Había antecedente familiar de intento de suicidio en 5 (22,7%) y de suicidio en 3 (13,6%). Hubo antecedentes de psicopatología materna en 12 (54,5%) y paterna en 5 (22,7%).

Conclusión: Psicopatología individual, disfunción familiar, dificultades en las relaciones Interpersonales y rendimiento escolar aparecen

como factores relevantes en los niños y adolescentes con intento de suicidio.

18. INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA IDEACIÓN E INTENTO.

Valenzuela, R.; Martínez, V.; González, P.; Schiattino I; Larraguibel M.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur, División de Bioestadística, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: Ideación e intento son dos factores de riesgo para suicidio. Su estudio en niños y adolescentes a nivel nacional es escaso. En este grupo etáreo el intento es un acto impulsivo, potencialmente peligroso y no comunicado abiertamente. La ideación se asocia a severidad y repetición del intento, depresión y desesperanza.

Objetivo: Describir las características asociadas a intento e ideación suicida en un grupo de niños y adolescentes pertenecientes al Área Sur de Santiago.

Material y método: Se estudió 22 niños y adolescentes (17 mujeres y 5 hombres) cuyas edades fluctuaron entre 9 y 18 años (media=15,1; DS=2,4) referidos por intento de suicidio del Servicio de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés durante 1998. Criterios de exclusión fueron: psicosis, retardo mental y analfabetismo. A la muestra se les aplicó los siguientes Instrumentos: Escala de Intención Suicida de Pierce (cuyo puntaje califica severidad del intento), Escala de Ideación Suicida de Beck (hace referencia a la ideación en el día del intento y en el día de la evaluación), Entrevista Clínica Semiestructurada, Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Niñez y Adolescencia, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Desesperanza de Beck, Eje V Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas de CIE 10, Eje VI Evaluación Global de Discapacidad Psicosocial de CIE 10, Escala CGI Impresiones Clínicas Globales y Escala de Clasificación Social de Graffar.

Resultados: El análisis de la Escala de Intención Suicida de Pierce mostró que 13 (59,1%) fueron catalogados como mediano intento y 9 (40,9%) como alto intento. 13 (59,1%) pensaron que el intento los mataría, 15 (68%) deseaban morir, 13

(59,1%) manifestaron que su acto fue impulsivo. 16 (72,7%) no notificó a un auxiliador potencial ni antes ni después del intento y 7 (31,8%) estaban descontentos de haberse recuperado. No dejaron nota suicida 18 (81,8%). Además existió diferencia significativa entre el puntaje de la Escala de Ideación Suicida de Beck el día del intento y el del día de la evaluación. El estudio de correlaciones (Spearman) muestra una asociación entre el puntaje de depresión de la Escala de Birlson con el puntaje de la Escala de Ideación Suicida de Beck el día de la evaluación ($p=0,00$) y entre el puntaje de ideación el día de la evaluación y el del día del intento ($p=0,00$).

Conclusión: Del análisis de los resultados podemos concluir que en el grupo estudiado, el intento de suicidio fue un acto serio y potencialmente suicida, con una clara intención de muerte en el 68% de la muestra.

19. TRATAMIENTO CON CITALOPRAM EN ADOLESCENTES DEPRIMIDOS, CON INTENTO DE SUICIDIO. UNA EXPERIENCIA CLÍNICA.

González, P.; Martínez, V.; Valenzuela, R.; Schiattino, I.; Larraguibel, M.

Departamento de Psiquiatría. División Ciencias Médicas Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

El desarrollo de los nuevos antidepresivos apunta a la búsqueda de mayor seguridad, tolerancia y eficacia. En el caso de pacientes deprimidos intentadores de suicidio estos factores son preponderantes al momento de elegir un antidepresivo. El Citalopram es el más selectivo de los inhibidores de la recaptación de serotonina, tiene pocos efectos colaterales y es relativamente seguro en términos de sobredosis. Por esta razón se utilizó en nuestro estudio.

Material y Método: La muestra estuvo formada por 22 adolescentes derivados al Servicio de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés entre Marzo y Diciembre de 1998, por intento de suicidio. Se les aplicó al ingreso una entrevista psiquiátrica semiestructurada y los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de depresión de Birlson; Escala de ansiedad de Hamilton; Escala de puntuación del intento de Pierce; Escala de ideación suicida de Beck, Eje

V y VI del CIE 10; Escala de Graffar; Escala de CGI y Escala de UKU. Se realizó el diagnóstico de depresión en 14 pacientes y se inició tratamiento con Citalopram 20 mgrs diarios, asociado a psicoterapia de apoyo. Se realizaron controles por un periodo de 6 meses.

Resultados: La mejoría se evaluó de acuerdo a la evolución clínica y a la disminución de los puntajes de las Escalas de Birleson: con promedio 23,78 puntos al inicio, 13,38 al mes y 6,87 a los 6 meses; Ansiedad de Hamilton: 18,28 puntos al inicio, 7,38 al mes y 3 a los 6 meses; Ideación Suicida de Beck: promedio de 26,5 puntos en el intento, 8,85 puntos al inicio, 3,76 al mes y 0 a los 6 meses; un 57,14% y 35,71% aparecen moderada y marcadamente enfermos al inicio en CGI al mes 23,08% y 15,39% respectivamente y 61,54% mostró mejoría importante al mes en esta escala. Los efectos colaterales no fueron severos.

Conclusiones: De nuestra experiencia con el uso de Citalopram, podemos concluir que es un fármaco adecuado para el uso en este tipo de pacientes, por sus escasos efectos adversos, rápido inicio de acción antidepressiva y poca toxicidad. Es necesario realizar estudios Comparativos.

20. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DEPRESION EN ESCOLARES.

Vásquez C.

Universidad del Mar, Chile.

El síndrome depresivo en la infancia es un trastorno psicológico grave, que acarrea una alteración del estado de ánimo, de procesos vegetativos, de la conducta y del pensamiento, la cual implica sufrimiento para el niño y sus familiares, además de limitaciones relevantes en su desempeño social.

En el presente estudio, de carácter exploratorio-descriptivo, se buscó aportar a la detección del cuadro con el fin de contribuir a establecer bases para la elaboración de estrategias de prevención y tratamiento.

Se estudió durante Julio de 1988 a un grupo de 329 escolares, entre 12 y 19 años (42% hombres) de la ciudad de Punta Arenas, los cuales pertenecían a establecimientos municipales (68%), particulares subvencionados (21%) y particulares pagados (11%).

Se les aplicó la Escala de Depresión para Niños

de Lang y Tisher (CDS) la cual consta de dos subescalas: en la correspondiente a Depresión se evalúa la presencia de este tipo de síntomas a través de ítems relacionados con Respuesta Afectiva, Autoestima, Sentimientos de Culpa, etc. La otra escala mide la intensidad del Animo Positivo.

Los resultados indicaron que el 20% de la muestra presentó síntomas depresivos. Se evidenciaron diferencias significativas en relación al sexo ($\chi^2=8.2642$; $p=0.0040$), presentando la niñas un 25% de casos depresivos, versus un 13% de los varones. De igual modo, el Tipo de Establecimiento fue una característica que se asoció en forma significativa a una mayor proporción de depresión.

Al asociarse la depresión con el Tipo de Familia, se encontraron relaciones no significativas con el Tipo de Núcleo Parental y con la ubicación del sujeto en la fratria, mostrándose una proporción levemente mayor de casos depresivos en familias monoparentales e hijos mayores.

Finalmente se discuten los aspectos teóricos de la Depresión en la Infancia, los aspectos metodológicos de este tipo de estudios y las consecuencias para la Psicología Clínica de este tipo de trastorno.

21. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL SDA CON HIPERACTIVAD, UN CASO CLINICO EN VIDEO.

Corsí, E.

NeuroRehab Ltda.

Este trabajo presenta el tratamiento conductual de un niño de 9 años portador de déficit atencional con hiperactividad, el cual había sido tratado desde los 5 años con medicamentos y con otros tipos de tratamiento a los cuales se había mostrado refractario. Al momento del inicio del tratamiento el niño había sido expulsado de su colegio por problemas de agresividad y conducta disruptiva en el aula, conductas que presentaba con similar intensidad en su hogar.

Se utilizó inicialmente el "Modelo de la Familia Enseñante", que consiste la internación en un ambiente lo más similar posible a sus condiciones naturales, con una programación conductual rigurosa durante todo el día, el cual fue llevado a cabo por el autor y dos coterapeutas. Durante esta etapa se suspendieron los medicamentos y

por un periodo breve se limitó el contacto con la familia.

En una Segunda Etapa, el niño fue reinsertado en su familia, y se trabajó con el niño y su madre en la generalización de las conductas de autocuidado y de las habilidades sociales y escolares adquiridas. Se entrenó a la madre en el uso de técnicas de Alabanza de Conducta Específica, Tiempo Fuera, Práctica Positiva, Guianza Manual y otras.

En una Tercera Etapa fue reinsertado en un colegio normal, en la cual se programó la generalización de habilidades adquiridas al ambiente escolar, a través de proveer entrenamiento a la profesora en procedimientos básicos de manejo de conducta disruptiva y reforzamiento de conductas apropiadas. El niño logró reducir tasas de conducta disruptiva a niveles normales y aumentar sus habilidades de autocuidado, académicas, de comunicación y sociales, lo cual le ha permitido mantenerse integrado a su contexto escolar.

Se discuten las implicaciones prácticas de las técnicas conductuales en este tipo de trastornos, y se analizan cada una de las etapas de tratamiento a través de un video.

22. PATRONES RELACIONALES INTRAFAMILIARES E IDENTIDAD CON TENDENCIA A LA VERGÜENZA.

Riquelme, René; Donoso, Tania

Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Vergüenza y culpa se constituyen como patrones emocionales siempre presentes en la ontogenia del ser. Es posible hacer una distinción entre estos dos procesos: la culpa es entendida como una emoción determinada en relación a algo que se ha hecho (o que se cree que se ha hecho), es decir, estaría vinculada a un acto realizado por la persona. La vergüenza en vez, es posible de ser mapeada como una emoción vinculada esencialmente al ser, es decir, está en el marco de la identidad de la persona.

En esta presentación, basada en teorías familiares multigeneracionales y en observaciones clínicas, se reflexiona e ilustra la polivalencia de sintomatología social aparecida en un miembro de una familia estudiada trigeneracionalmente.

Se revisa el concepto de identidad del sí mismo con tendencia a la vergüenza y la posibilidad de describir sintomatología clínica como asuntos humanos entendidos transgeneracionalmente. Se presentan algunos aspectos clínicos de un proceso familiar, en el cual es posible observar procesos emocionales de culpa y vergüenza entrelazados, que se vierten como patología social en el hijo menor de 5 años de la familia consultante.

23. VISION MATERNA DE LA EXPERIENCIA DE SUS HIJOS PREESCOLARES EN EL PROCESO DE SEPARACION PARENTAL.

Donoso, Tania; Wilson, J.E.

Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Los primeros 2 a 3 años luego de la separación de los padres constituyen un periodo de riesgo en el desarrollo psicológico de los niños, puesto que es una etapa crítica para todos los miembros de la familia hasta que logra reorganizarse nuevamente de un modo funcional. Las consecuencias de la separación parental involucran desajustes emocionales y conductuales en mayor o menor grado en todos los niños. La mayoría de las investigaciones se centran en escolares y adolescentes, siendo escasas las referidas a los preescolares. El estudio de esta etapa es de gran relevancia, puesto que son precisamente los primeros años de vida los fundamentales en el desarrollo del sí mismo y estructuración de la personalidad.

El objetivo de este trabajo consiste en describir algunas características de la vivencia que tienen los niños preescolares de la separación de los padres durante el periodo crítico (primeros 2 a 3 años), desde la perspectiva que tienen las madres de los niños.

Se estudió una muestra de 20 niños preescolares de familias de nivel socioeconómico medio y medio alto. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario que indaga la vivencia de la separación en los niños (Donoso, T.; Wilson, J.E., 1998), según la percepción de las madres.

Se muestran los resultados de la percepción que tienen las madres acerca de lo que entienden sus hijos respecto a la separación de sus padres (creencias y fantasías); de las atribuciones de responsabilidad que hacen; del grado de empatía

con los sentimientos maternos y paternos, y de las emociones y reacciones preponderantes manifestadas en el hogar. Los resultados obtenidos en las distintas variables se correlacionan con el nivel de ajuste socioemocional presentado por los niños, determinado mediante el inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños, Sección A (Rodríguez et al., 1995).

24. VIVENCIA DE LA SEPARACION DE LOS PADRES EN NIÑOS PREESCOLARES.

Donoso N., Tania; Wilson, J.E.; Buzetti, M.; Naveas, A.; Hein, Andreas
Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Los estudios de la vivencia de la separación parental en los niños preescolares señalan que los primeros 2 a 3 años post separación parental constituyen un período de riesgo en el desarrollo psicológico, hasta que familia se reorganiza de un modo nuevamente funcional. El estudio de este período del ciclo vital cobra relevancia, de momento que son precisamente los primeros años de vida los fundamentales en el desarrollo del sí mismo y estructuración de la personalidad. Este trabajo describe las características de la vivencia de la separación de los padres relatada por los propios niños durante el período inicial de la separación (primeros 2-3 años).

Se estudió una muestra de niños preescolares de familias de nivel socioeconómico medio y medio alto, cuyos padres se habían separado a lo más hace 2 a 3 años. Los datos se obtuvieron en una sesión individual de 60 minutos, durante la cual se realizó una entrevista clínica semi-estructurada y se aplicó el CAT-A.

Se muestran los resultados del conocimiento e información de la separación que manejan los niños, las atribuciones de responsabilidad, emociones preponderantes, creencias, fantasías de reconciliación, empatía con los sentimientos maternos y paternos y de los cambios percibidos en su hogar y en su Jardín. Se describen además las imágenes familiares y percepción de las relaciones interpersonales expresados proyectivamente a través del CAT-A. Por último se correlacionan los resultados obtenidos en las distintas variables con el nivel de ajuste socioemocional evaluado en los niños a través de la aplicación del Inventario de Problemas

Conductuales y Socioemocionales para niños, Sección A (Rodríguez et al., 1995).

25. PERCEPCION DE LAS CONSECUENCIAS DE LA SEPARACION DE LOS PADRES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS EDUCADORAS.

Donoso, Tania; Eissmann, P.; Poblete, P.
Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Un período de riesgo en el desarrollo psicológico de los niños son los primeros 2 a 3 años después de la separación de los padres. Este lapso de tiempo constituyen una etapa crítica en la cual la familia tiene que reorganizarse de un modo nuevamente funcional. Un alto porcentaje de los niños preescolares asiste al Jardín Infantil por varias horas diarias. Consecuencias de la separación parental en los niños, tales como diversos desajustes emocionales y conductuales son apreciados por las educadoras en el establecimiento educacional.

El presente estudio describe algunas características de la vivencia que tienen los niños preescolares de la separación de sus padres durante el período inicial de la separación (primeros 2-3 años), u que se manifiestan en el ámbito escolar. Se reporta una desde la perspectiva de las Educadoras. Se consideró las perspectivas referidas por las madres, las educadoras y la vivencia relatada por los propios niños.

Se reporta una muestra de 20 niños preescolares de familias de nivel socioeconómico medio y medio alto. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de un cuestionario acerca de la Vivencia de la Separación (Donoso, T.; Eissmann, P., 1998) construido con fines de esta Investigación. Se muestran los resultados de la opinión y observaciones que tienen las educadoras de los niños en su Jardín Infantil: entendimiento de la separación de sus padres (creencias y fantasías); atribuciones de responsabilidad, emociones preponderantes, cambios de conducta y de relación con las educadoras y con sus pares. Por último se describe el manejo afectivo y conductual que realizan las educadoras con ellos. Las distintas variables se correlacionan con el nivel de ajuste socioemocional presentado por los niños, el cual fue determinado mediante la

aplicación del Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños, Sección A (Rodríguez et al., 1995). Finalmente se proponen algunas estrategias específicas de intervención que se constituyen en factores protectores para el desarrollo de los pequeños viviendo esta difícil situación familiar.

26. APNEA: EXPERIENCIA CLINICA DE 5 AÑOS, HOSPITAL ROBERTO DEL RIO.

Prado, Marcial; Giacaman, Felipe; Vallejos, Marcos.

Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Roberto del Río.

La crisis de apnea definida como una detención brusca de la respiración mayor a 20 segundos de duración, o de menor duración asociada a bradicardia, cianosis o palidez extrema, constituye un evento grave, que pone en peligro la vida de quién la presenta, y que alarma tanto a la familia como el personal de salud a cargo. Para determinar la prevalencia de esta patología en el área norte de Santiago, conocer sus características epidemiológicas, los diagnósticos etiológicos, la sensibilidad del diagnóstico inicial, y el pronóstico de esta patología, se registraron todos los ingresos con el diagnóstico de crisis de apnea, o similares, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1998. De ellos se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes a los cuales se les aplicó un protocolo especialmente diseñado para el estudio. El método estadístico utilizado fue descriptivo, comparándose porcentajes y proporciones. Como pruebas de hipótesis se empleó chi-cuadrado y "t" de Student, considerándose significativo un valor de p menor que 0.05.

El total de pacientes registrados en el período de estudio fueron 283, de los cuales se seleccionaron aleatoriamente 81 (28.6%). Esta muestra estuvo constituida por 47 (58.0%) varones, y 34 (42.0%) mujeres. El promedio de edad fue de 3.3 meses, (5 días a 32 meses); menores de 6 meses 70 (86.4%). Un tercio de los pacientes presentó antecedentes perinatales, siendo el más frecuente el de prematuridad. Antecedente familiar de primer grado de muerte súbita se obtuvo en 3 pacientes (3.7%). El número promedio de crisis intrahospitalarias, en promedio

1.6. (1 a 3). El promedio de días de hospitalización fue 13.1, (1 a 150), y casi la mitad de los pacientes, 37 (45.7%), ingresaron a la UCE ya sea para estudio o por una complicación asociada, en promedio 6.2 días, (1a. 23). Del total de pacientes que constituyó la muestra, sólo en 12 de ellos (14.8%), luego de un estudio exhaustivo se logró determinar fehacientemente el diagnóstico de apnea, existiendo correlación entre la historia clínica, exámenes de laboratorio, y evolución intrahospitalaria. Las causas más frecuentes fueron trastorno de la deglución, reflujo gastroesofágico, anemia y enfermedad metabólica. En los 69 pacientes restantes (85.2%) no fue posible establecer el diagnóstico de apnea, ya sea porque el paciente no presentó crisis durante la hospitalización, su estudio exhaustivo fue negativo, o no se logró demostrar una relación causa efecto. Los diagnósticos de egreso más frecuentes en este grupo fueron trastornos de la deglución y reflujo gastroesofágico 30 (43.5%), enfermedades respiratorias 27 (39.1%), y síndrome convulsivo 6 (8.7%). En 53 de los pacientes (65.4%) se realizó al menos un control posterior al alta, con un promedio de seguimiento de 14 meses, (1 a 40 meses), de ellos 10 (18.9%) presentaron patología neurológica (retardo desarrollo psicomotor, o síndrome convulsivo). De los niños con diagnóstico definitivo de apnea, sólo en 9 de ellos (75%) se logró seguimiento, en promedio de 13 meses, (1 a 34 meses), y sólo 1 de ellos presentó patología neurológica (Síndrome de West).

Este estudio demuestra la baja sensibilidad de la historia clínica para esta patología en particular, dado que sólo en un bajo porcentaje de los casos se confirma el diagnóstico de apnea, después de un estudio exhaustivo que requiere de múltiples de exámenes y de numerosos días de hospitalización, la mitad de los cuales transcurren en la UCE. Otro hallazgo importante, es el hecho de que una vez superado el evento que causó la hospitalización la mayoría de los pacientes tienen un buen pronóstico neurológico.

27. INTOXICACION POR PLOMO EN EL NIÑO ESPECTRO CLINICO Y NEUROLOGICO.

Coria, C.; Darrigrande, O.; Rojas, L.; Brown, I.; Araneda, I.; Rojas, A.; Pizarro, M.; Moreau, J.; Morales, L.; Cid, P.; Acosta, M.; Anniballi, S.

Unidad de Neurología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Juan Noé Crevani, Psicólogos COSAM, SERMUS y Servicio de Salud Arica.

Introducción y Objetivo: La exposición al plomo (Pb) resulta de diversas fuentes ambientales, presentando un gran espectro de manifestaciones de índole neurológico, hematológico, óseo, renal, entre otras. En Arica se han detectado poblaciones expuestas a acopiós de minerales con alta concentración de Pb y niños en contacto directo con baterías de vehículos. Nuestro objetivo es analizar las manifestaciones neuropsiquiátricas que presentan estos niños a diferentes niveles de contaminación.

Pacientes y Métodos: Se evaluó un primer grupo de 54 niños provenientes de una villa aledaña al patio maestranza ferrocarril Arica-La Paz, cuyos niveles de Pb en sangre se encuentran entre 10 y 33 ug/dl, y un 2º grupo de 3 pacientes expuestos a baterías con niveles de Pb iniciales entre 167 y 203 ug/dl. Se les realizó evaluación neurológica, psicométrica (WISC-R, Bender-Koppitz, WIPPSI, Escala desarrollo psicomotor Soledad Rodríguez), y test neuropsicológicos (Trail making Test, Test de Matrices progresivas de Raven).

Resultados: En el primer grupo de 54 niños, treinta y cuatro (63%) tuvieron una evaluación neurológica normal. De estos el 70% presentaba nivel menor de 20 ug/dl. El resto presentó problemas como cefalea (13%), hiperactividad con o sin desconcentración (18.5%), trastornos del lenguaje (7.4%), trastornos del aprendizaje (5.5%), signos blandos (16%). La posibilidad de encontrar una alteración en la evaluación neurológica fue mayor en el grupo de niños con nivel entre 26 y 33ug/dl (83% versus 31 %) ($p < 0.05$). Todos los niños resultaron con un nivel intelectual normal, sin embargo en el grupo evaluado con test visomotor, aproximadamente un tercio presentó índices de compromiso cerebral orgánico.

Los 3 niños con intoxicación grave, consultaron por anemia severa, detectándose un retraso en el desarrollo psicomotor en todos ellos, sin presentar un cuadro de encefalopatía aguda.

Conclusiones: 1. La sintomatología neuropsiquiátrica del niño afectado por Pb es inespecífica y diversa, y más evidente clínicamente a partir de los 25 ug/dl. Se requiere una evaluación

psicométrica formal y completa para detectar compromisos más sutiles. 2. La exposición grave al Pb no se manifiesta necesariamente con una encefalopatía aguda, y debe buscarse como parte del estudio de un niño con retraso del desarrollo psicomotor.

28. SINDROME DE LOWE (OculoCerebral-Renal). PRESENTACION DE SEIS CASOS CLINICOS.

Rivas, M.; Leppe, O.

Servicio de Neurología y Neuropsiquiatría Hospital Carlos Van Buren, Facultad de Medicina, U. de Valparaíso, Valparaíso.

El síndrome de Lowe es una entidad rara producida por un defecto genético a nivel del cromosoma X (Xq24-q26), de herencia recesiva, caracterizado por afectar solo a varones. Siendo la madre portadora, y por presentar compromiso ocular (catarata); cerebral (hipotonía generalizada; hiperactividad, r. mental, etc) renal (acidosis tubular renal, aminoaciduria generalizada, fosfaturia, albuminuria) y raquitismo hipofosfatemico.

Se presentan seis casos clínicos pertenecientes al Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, incluyendo dos grupos de hermanos y un caso aislado, cuyas características fenotípicas, clínicas y bioquímicas se ajustan al síndrome en cuestión.

Destacamos su importancia por el riesgo de insuficiencia renal crónica y el consejo genético.

29. ATAXIA CEREBELOSA AGUDA EN LOS NIÑOS. ETIOLOGIA Y EVOLUCION

Castiglioni, Claudia; Hernández, Alejandra; Troncoso, Mónica; Hernández, Marta.

Servicio de Neuropsiquiatría infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La ataxia aguda en el niño puede ser secundaria a diversas patologías neurológicas, desde fenómenos postinfecciosos, de curso generalmente benigno hasta tumores de Fosa posterior de pronóstico menos favorable. Nuestro objetivo fue evaluar los pacientes que se presentaron con un síndrome cerebeloso agudo, su etiología, características clínicas, curso, evolución así como la incidencia relativa de las diferentes etiologías encontradas y su relación con el pronóstico neurológico posterior.

Pacientes y método: Se analizó los registros clínicos de 21 pacientes cuyo diagnóstico de ingreso fue el de un síndrome cerebeloso agudo, hospitalizados en nuestro servicio entre los años 1994 y 1999.

Resultados: De los 21 pacientes analizados 12(57%) eran de sexo femenino. La edad promedio de presentación del síntoma atáxico fue de 5 años 6 meses (rango 1a4m-14a). Seis pacientes (29%) se presentaron con ataxia leve, diez (48%) con ataxia moderada y 5(24%) con ataxia severa con pérdida de la marcha. Los principales síntomas y signos acompañantes fueron disimetría en 10 pacientes, irritabilidad y vómitos en 7 casos, cefalea en 6 y fiebre y nistagmo en 5 enfermos. En 9 pacientes (43%) existía el antecedente de un cuadro febril o infeccioso previo, en 3(14%) antecedente de tóxicos o fármacos. En relación a los exámenes generales realizados se pesquisó una leucocitosis en 2 de los pacientes que presentaban un cuadro febril. La PCR y el perfil bioquímico no presentaron alteraciones. Se realizó punción lumbar a 12 pacientes (57%), sólo uno tenía aumento de las proteínas (0.64 mg/dl) en ninguno se encontró aumento de células. En 10 Pacientes (47%) se realizó estudio metabólico (amonemia, lactacidemia, screening metabólico, aminoácidos en sangre y orina), sólo en 1 se detectó aumento del amonio en forma transitoria. En 19 pacientes (90%) se realizó TAC cerebral, 6 estaban alterados(29%). En 12 pacientes (57%) se realizó IRM cerebral, 10 mostraban alguna alteración (83%). El principal diagnóstico de egreso fue el de ataxia aguda postinfecciosa o idiopática benigna 7/21 (33%), siguiendo en frecuencia la encefalomiелitis diseminada aguda 5/21 (24%) y la ingesta de medicamentos o exposición a tóxicos en 3/21 (14%). Dos pacientes presentaron un tumor de tronco; 2, opsoclonomicroclono; 1, malformación de la vena de Galeno; 1, ataxia post TEC. En 10 pacientes (48%) el cuadro clínico regresó completamente en la 1ª semana de evolución; en 8 (38%) los síntomas regresaron entre la 3ª y 8ª semana de evolución. Tres pacientes fueron derivados a otro centro asistencial para su tratamiento quirúrgico. El promedio de seguimiento fue de 15 meses (rango 1-60 meses).

Conclusión: La ataxia aguda en los niños obedece en su gran mayoría a patología de pronós-

tico benigno con recuperación completa en 86% de los pacientes y sin secuelas posteriores. Un porcentaje alto de pacientes tiene el antecedente de cuadro infeccioso previo, por lo que se debe ser acucioso en la búsqueda de este antecedente anamnésico.

Se debe destacar el alto rendimiento que tuvo la IRM (10/12) en el estudio de éstos pacientes.

30. PARALISIS CEREBRAL. ANALISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO EN CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL CRUZ DEL SUR. PUNTA ARENAS.

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

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

La Parálisis Cerebral, es un trastorno no progresivo que se manifiesta por alteraciones del movimiento y postura, que dependen de una lesión del sistema nervioso central ocurrida durante el período temprano del desarrollo cerebral, entre los 3 y 5 años de edad. Suele asociarse a otros trastornos sensoriales, cognoscitivos, o de comunicación, así como a trastornos ortopédicos secundarios.

El presente estudio, tiene por objetivo analizar las características específicas de los pacientes atendidos en este centro asistencial. Para lo cual se realizó un análisis retrospectivo de las fichas de los pacientes en tratamiento, ingresados desde 1992 a la fecha. Se analizaron 83 fichas de aquellos pacientes mayores de 1 año de edad y menores de 18 años, determinándose, sexo, edad de diagnóstico, edad actual, tipo de parálisis cerebral, causa, morbilidad asociada, tratamiento quirúrgico, farmacológico, kinésico, fonoaudio-lógico, terapéutico ocupacional, evolución de acuerdo a inserción escolar e inicio de la deambulacion.

De la muestra analizada se observa una distribución por sexo levemente superior para el sexo masculino 11 constituyendo el 57 % de la muestra. En relación a la ciudad de origen, 79,5 % son de la XII región, 7,2 % de la V Región 3,6% de la X Región, 3,6% de la VIII Región y 4,8% de la Patagonia Argentina.

El promedio de edad fue de 7,01 años.

En relación al tipo de parálisis cerebral, el 86,7% son del tipo espástica, 2,4% hipotónica, y 8,4%

mixta. No se observó ningún paciente con parálisis cerebral del tipo distónica. Se analizan estos y otros datos y se comparan con lo publicado en la literatura.

31. ENFERMEDADES MITOCONDRIALES EN EL NIÑO. ESPECTRO CLINICO. A PROPOSITO DE 9 CASOS.

Erazo, R.; DiMauro, S.

Servicio de Neurología, Hospital Luis Calvo Mackenna; Clínica Alemana; Presbyterian Hospital, Department of Mitochondrial Diseases, New York.

Las enfermedades mitocondriales corresponden a defectos en la cadena respiratoria mitocondrial que provocan déficit de energía a nivel celular que se expresa clínicamente como miopatía, encefalopatía, neuropatía y miocardiopatía, aislados o asociados. Más raramente ocurren trastornos endocrinos, hematológicos, nefrológicos, hepáticos y gastrointestinales. Existen diversas entidades clínicas identificables: MELAS, MERRF, SKS, NARP, MNGIE, LHON, Pearson, Síndrome de Leigh. Excepcionalmente puede haber traslape entre ellas.

Hay signos comunes a la mayoría de estas entidades: ataxia, hipoacusia y talla baja. El diagnóstico se efectúa al detectar ragged red fibers en la biopsia muscular, y/o un defecto en los complejos de la cadena respiratoria y/o una mutación del ADNmt. Describimos 9 pacientes estudiados entre los años 1996 y 1999 en el Hospital Luis Calvo Mackenna y Clínica Alemana. La distribución por sexos fue de 6 niños y 3 niñas y las edades fluctuaron entre 0 y 12 años (X 4a). 4 pacientes presentaron encefalomiopatía, 2 miopatía, 2 encefalopatía, y 1 hepatopatía más atrofia óptica.

Los signos clínicos principales fueron: debilidad muscular (7), retraso psicomotor (6), talla baja (4), ataxia (4), hipotonía (4), hipoacusia (4), neuropatía (3), epilepsia (3), oftalmoplejía externa progresiva (2), cardiopatía (2), distonía (1), apnea (1), nefropatía (1), e insuficiencia hepática (1).

Los exámenes revelan: hiperlactatemia en 6 niños, piruvato elevado en 1, CPK elevada en 2 casos y RNM cerebral anormal en 5. Se detectan ragged red fibers en 3 niños. Antecedentes familiares y consanguinidad (-).

El curso clínico ha sido progresivo en todos y 3

de los pacientes fallecieron.

Los tratamientos efectuados: L-carnitina, coenzima Q10, riboflavina y vitamina K 3 no parecen haber inducido cambios clínicos favorables.

32. ENFERMEDADES MITOCONDRIALES EN EL NIÑO: HISTOPATOLOGIA, HISTOQUIMICA Y GENETICA. A PROPOSITO DE 9 CASOS.

Erazo, R.; Las Heras, J.; Taratuto, A.; Bonilla, E.; Vu, T.; Shanske, S.; Santos, M.; Harún, A.; Ferreira, J.; DiMauro, S.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Patología, Hospital San Borja-Arriarán, Neuropatología FLENI, Buenos Aires, Genética, Hospital Clínico Universidad Católica, Bioquímica, Universidad de Chile, Department Mitochondrial Diseases, NY.

Las enfermedades mitocondriales producen cuadros clínicos diversos, dependiendo del carácter localizado o generalizado de las mutaciones mitocondriales. Los déficits de los complejos I-IV aislados o múltiples, no se correlacionan necesariamente con un cuadro clínico determinado, pero su detección es esencial para determinar el tipo de enfermedad mitocondrial y orientar el estudio genético. El estudio histopatológico es especialmente importante pues apoya el diagnóstico de enfermedad mitocondrial al encontrar ragged red fibers, (aunque pueden verse en otras miopatías), fibras COX negativas o aumento de tinción con SDH. Sin embargo es la conjugación de estudios histoquímico, histopatológico y genético lo que permite establecer el diagnóstico definitivo. Describimos los resultados de los estudios efectuados a 9 niños con clínica y exámenes sugerentes de enfermedad mitocondrial.

8 niños fueron sometidos a biopsia muscular por punción para análisis histopatológicos. A 7 niños se les efectuó estudio histoquímico, uno mediante cultivo de fibroblastos. En 5 casos se efectuó estudio genético. El estudio histopatológico mostró ragged red fibers en 4 pacientes, aumento de tinción SDH en 6 y fibras COX negativas en 3. El análisis histoquímico detectó déficit de complejo I en 2 pacientes de complejo II en 1, de complejo III en 4 y de complejo IV en 3. 4 niños mostraron alteración de la enzima citrato-síntesis:

3 aumento, sugiriendo proliferación mitocondrial, y 1 disminución, hallazgo que orienta a depleción mitocondrial. El estudio genético permitió descartar MERRF y MELAS (3243) en 2 niños, y en otro detectó deleción única característica de Kearns-Sayre. Ningún paciente tenía historia familiar de mitocondriopatía que permitiera sospechar herencia materna o autosómica recesiva.

Enfatizamos la importancia de hacer estudio completo de los pacientes con enfermedad mitocondrial para optimizar el diagnóstico y dar consejo genético.

32. MIASTENIA GRAVIS EN NIÑOS: ANALISIS DE 34 CASOS.

Avaria, María de los Angeles; Kleinstauber, Karin; Solarí, Francesca; Novoa, Fernando; Amarales Claudia.

Universidad Austral de Chile; Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Hospital Regional de Punta Arenas.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es un trastorno poco frecuente en niños, de clínica heterogénea, existiendo pocos estudios de seguimiento en este grupo.

Objetivos: Analizar forma edad de presentación, estudio de laboratorio, tratamiento y la evolución en una serie de pacientes portadores de MG menores de 18 años.

Material y Método: Se analizan 34 casos de MG controlados en el HCSBA desde 1982 hasta Julio 1999, evaluando presentación, estudio, tratamiento y evolución.

Resultados: La edad de presentación promedio fue de 6,4 años (variando entre 8 meses y 17 años); 19 fueron mujeres. La latencia en el diagnóstico promedio fue de 10,3 meses. Se presentaron como oculares 70,6% (24 casos), generalizadas sin compromiso ocular 14,7% (5 casos) y generalizadas con compromiso ocular 14,7% (5 casos). Un 72 % de las MG de inicio ocular se generalizaron, en 81% dentro del primer año. La respuesta a los anticolinesterásicos fue parcial en la mayoría de los casos. El 65% (13/20) de los timentomizados mejoró, con remisión total en un 14,7% (5 casos). La mortalidad fue de un 8,8% (3 casos) y en 11,7% se asoció a epilepsia.

Conclusiones: Se evidencia:

1. Edad de presentación variable,
2. Presentación con compromiso ocular y generalización secundaria, frecuente,
3. Buena respuesta a timentomía,
4. Alta tasa de mortalidad en la muestra y asociación a epilepsia.

34. PARALISIS PLEXO BRAQUIAL: Evolución a largo plazo de 13 casos.

Hernández, Marta; Vergara, Miguel; Pinto, Fernando.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La parálisis de plexo braquial (PPB) es una complicación conocida de parto en podálica con extracción difícil de cabeza o brazos y de parto vértice con retención de hombros. La flexión lateral y rotación de la cabeza durante el parto provoca daño por estiramiento de las raíces de] plexo, siendo el compromiso del segmento C5C6, Tipo Erb-Duchène el más común. Incidencia 1-2.5 por 1000 recién nacidos vivos.

Presentamos 13 pacientes con P.P.B. cuyas edades fluctúan entre 1 mes a 6 años de edad, 9 sexo femenino, todos parto vértice 4 de ellos con fórceps excepto un paciente que nace por cesárea en podálica, en 4 de ellos se obtuvo antecedentes de retención de hombros. Los pesos de nacimiento fluctuaban entre 3.050-4.720, siendo el 90% mayor de 3.900 gr., 2 se acompañaron de fractura de clavícula y uno con encefalopatía hipóxica isquémica grado 1. La pesquisa de esta patología fue precoz, derivándose rápidamente a tratamiento multidisciplinaria con kinesioterapia motora, evaluaciones neuroquirúrgicas. Se realizan estudios electrofisiológicos desde el 1 mes de edad y evaluaciones clínicas periódicas.

En 9 casos el compromiso era de tronco superior, en 3 casos tronco superior y medio, 1 caso tuvo compromiso tronco inferior.

La evolución mostró resolución ad integrum en dos pacientes, el resto a la fecha del seguimiento presentaban anormalidad en la función de extremidad superior incluyendo un paciente que se sometió a cirugía, en el cual hubo una gran mejoría funcional pero sin llegar a la normalidad.

Conclusión: La Parálisis de plexo braquial es una complicación del parto poco frecuente y en la

mayoría de los casos con recuperación espontánea, pero aquellos pacientes cuya sintomatología persiste después del mes de edad tienen poca probabilidad de recuperación ad integrum, por lo que el tratamiento quirúrgico debiera plantearse.

35. PATRONES DE MOVIMIENTO Y VELOCIDAD EN EL PASO DESDE LA POSICIÓN EN DECUBITO A BIPEDESTACIÓN (MANIOBRA DE GOWERS) EN NIÑOS CHILENOS DE 5 A 1 AÑOS.

Muñoz, K.; Zúñiga, C.; Escobar, M.; Escobar, R.

Escuela de Kinesiología, Universidad Católica del Maule; Servicio de Pediatría, Hospital Padre Hurtado; Departamento de Pediatría, Universidad Católica de Chile.

Uno de los problemas habituales en evaluar la capacidad motora en niños menores es la falta de métodos objetivos de valoración. Los patrones de movimiento en el paso desde la posición en decúbito a posición bípeda y su velocidad de ejecución, se ha sugerido como una alternativa en la valoración de la capacidad motora en niños. El objetivo de este estudio fue evaluar la ejecución de la maniobra de Gowers en una población normal de niños chilenos, para de esta manera obtener parámetros de normalidad, que posteriormente permitan evaluar la capacidad motora en niños con trastornos motores de origen neurológico. Se estudiaron 816 niños sanos, entre 4 y 9 años de edad, enrolados voluntariamente de diferentes Colegios de la Región Metropolitana. A cada uno de ellos se les pesó y midió su talla y luego se les solicitó que realizaran, dos veces y lo más rápido que pudiesen, la maniobra de incorporación, desde la posición en decúbito dorsal a la posición de pie. Se midió el tiempo en alcanzar la posición de pie y se registró en cinta de vídeo la ejecución de la maniobra, para estudio posterior de los diferentes patrones de movimiento al incorporarse. El 100% de los niños ejecutó la maniobra sin dificultades. Se determinaron 2 patrones principales de incorporación, mano-pie en un 62,8%; mano-rodilla-pie en un 32,5%; y otros en un 4,7%. La edad y el sexo, mostraron una influencia significativa en el patrón de incorporación. El tiempo de ejecución de la maniobra de Gowers varió entre 0,72 y 3,81

segundos. La edad, el sexo, la maniobra de ejecución y el estado nutricional influyeron significativamente en la velocidad de ejecución de la maniobra de Gowers. Estos resultados sugieren que la maniobra de Gowers puede ser utilizada como un parámetro objetivo de evaluación motora en niños entre 4 y 9 años de edad y que los parámetros de normalidad deben considerar la edad, sexo y estado nutricional del niño.

36. MAGNITUD Y TENDENCIAS DEL CONSUMO DE MARIHUANA, PASTA BASE Y CLORHIDRATO DE COCAINA EN CHILE, EN JOVENES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD, DE ACUERDO A RESULTADOS DEL TERCER ESTUDIO NACIONAL, 1998.

Cumsille, Francisco; Fuentealba, Ricardo, Araneda, Juan Carlos.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE.

Objetivo: Describir la magnitud y tendencias del consumo de marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína en Chile, en jóvenes de ambos sexos, de distintos niveles socioeconómicos, cuyas edades fluctúan entre los 12 y 15 años de edad. **Material y Método:** La muestra del III Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile, fue de 31.665 individuos, los que representan a 6.940.727 personas que viven en zonas urbanas, de 62 comunas, de las trece regiones del país, de ambos sexos y cinco niveles socioeconómicos. Las tendencias que se analizan tienen su base en un sustrato metodológico común.

Resultados: La prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita en el último año, en jóvenes de 12 a 15 años de edad, fue de 3,39%. Los hombres presentaron una prevalencia de 3,75%, mientras que las mujeres presentaron una prevalencia de 3,00%. El nivel socioeconómico que presenta mayores consumidores a esta edad, es el N.S.E. Bajo (5,25%); mientras que los niveles socioeconómicos Medio Alto (1,81%) y Alto (2,10%) presentan la menor cantidad de consumidores.

Las tendencias del consumo de estas drogas entre 1994 y 1998, muestran un aumento significativo de la prevalencia del último año para cualquier droga ilícita en el grupo de 12 a 15 años de edad, de 2,24% en 1994; a 4,46% en 1996; y luego una disminución, también significativa, en

1998, con 3.39% de prevalencia.

37. MAGNITUD Y TENDENCIAS DEL CONSUMO DE MARIHUANA, PASTA BASE Y CLORHIDRATO DE COCAINA EN CHILE, EN JOVENES DE 16 A 18 AÑOS DE EDAD, DE ACUERDO A RESULTADOS DEL TERCER ESTUDIO, NACIONAL, 1998.

Fuentealba, Ricardo; Cumsille, Francisco; Araneda, Juan Carlos.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE.

Objetivo: Describir la magnitud y tendencias del consumo de marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína en Chile, en jóvenes de ambos sexos, de distintos niveles socioeconómicos, cuyas edades fluctúan entre los 16 y 18 años de edad.

Material y Método: La muestra del III Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile, fue de 31.665 individuos, los que representan a 6.940.727 personas que viven en zonas urbanas, de 62 comunas, de las trece regiones del país, de ambos sexos y cinco niveles socioeconómicos. Las tendencias que se analizan tienen su base en un sustrato metodológico común.

Resultados: Los hombres presentaron una prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita en el último año, de 17.27%; mientras que las mujeres presentaron una prevalencia de 10.77%. El nivel socioeconómico que presenta mayores consumidores a esta edad, es el N.S.E. Bajo (14.88%); mientras que el nivel socioeconómico Alto (11.88%) presenta la menor cantidad de consumidores.

Las tendencias del consumo de estas drogas entre 1994 y 1998, muestran una disminución de algo menos de un punto porcentual en la prevalencia de cualquier droga ilícita en el último año, entre 1994 (11,70%) y 1996 (10,44%). Mucho más significativo aún es el aumento en 1998, con relación a las dos mediciones anteriores, alcanzando una prevalencia de 14,04%.

38. EVALUACION PSIQUIATRICA EN ESCOLARES DE 1º Y 6º BASICO EN EL AREA OCCIDENTE DE SANTIAGO.

De la Barra, F.; López, C.; George, M.; Toledo, V.

Facultad de Medicina. U. de Chile. Departamento

Salud Mental Oriente y Salud Pública Norte. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud.

En submuestras representativas de dos cohortes de niños evaluados en 1º (N: 162 niños) y 6º básico (N: 210 niños), becados de Psiquiatría Infantil realizaron entrevista psiquiátrica semiestructurada, examen, mental del niño y diagnósticos según la clasificación CIE-10 en los seis ejes. La concordancia diagnóstica en 1º básico fue K-: 0.83.

La prevalencia de diagnósticos sindromáticos sin criterio de discapacidad agregado aumentó de 27.2% en 1º básico a 47.1% en 6º básico. Al agregar el criterio de discapacidad en 6º básico, la prevalencia disminuyó a 16.7%. Con respecto a 1º básico, en 6º básico se observó un aumento de: S. ansiosos y emocionales (de 3.7% a 17.1%), S. depresivos (de 0.6% a 2.4%), D. mixtos conducta/emociones (de 0.6% a 4.8%), D. del desarrollo psicológico (de 2.5% a 10%) y D. específicos de destrezas escolares (de 0.6% a 6.7%). Disminuyó la prevalencia de D. Hiperkinéticos (de 9.2% a 1.4%), Encopresis (2.4% a 0.5%) y enuresis (5.5% a 3.3%). Aparecieron diagnósticos nuevos (D. conducta (7.6%) y D. Personalidad (1.4%).

El 48.1% de los niños presentaba situaciones psicosociales anormales en 1º básico y el 56.8% en 6º básico. El 19% de los niños sufría discapacidad psicosocial asociada.

Dos tercios de los niños sometidos a situaciones psicosociales anormales presentaban desórdenes psiquiátricos o del desarrollo.

Un tercio de los niños con diagnóstico psiquiátrico o del desarrollo presentaban discapacidad social. El 5.1% de los niños presentaba discapacidad sin tener un diagnóstico psiquiátrico. Esta se explicaba por tener situaciones psicosociales graves asociadas.

Los resultados son concordantes con la literatura. Se confirma la utilidad del uso de clasificaciones multiaxiales.

39. SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESCOLARES DE 1º A 6º BASICO EN EL AREA OCCIDENTE EN SANTIAGO.

De la Barra, F.; López, C.; George, M. y Toledo, V.

Facultad de Medicina. U. de Chile. Departamentos Salud Mental Oriente y Salud Pública Norte. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Se informa sobre la evolución de problemas conductuales en dos cohortes de niños que iniciaron su escolaridad en 1992 y 1993 en 7 escuelas de las comunas de Pudahuel, Cerro Navía y Lo Prado. Se reporta la prevalencia de conductas problema según padres, profesores y los propios niños en las muestras totales de 1º (N: 1279 niños) y 6º básico (1062 niños) y en el grupo de niños seguidos durante los 6 años (N: 535 niños).

Los profesores consideran que más del 40% de los niños presentan conductas desadaptativas, tanto en las poblaciones totales como en el grupo de niños seguidos, en 1º y en 6º básico. Encuentran significativamente más problemas de aceptación de autoridad, logros cognitivos, concentración e hiperactividad en hombres que en mujeres en 1º y 6º básico.

Los padres reportan entre el 10 y el 14% de problemas conductuales, encontrando disminución significativa en la 2a cohorte de niños en 6º básico.

La autoestima baja evaluada por los mismos niños en 6º básico muestra una prevalencia entre el 17 y el 25%.

Los niños que permanecen en la misma escuela entre el 1º y 6º básico (grupo de seguimiento) presentan significativamente menos problemas en 1º y 6º básico que los grupos totales, según los profesores, pero no según los padres.

Se confirma la necesidad reportada en la literatura de utilizar varias fuentes de información. Los profesores son los evaluadores más consistentes a lo largo del seguimiento, informan más problemas en niños que en niñas en 4 tipos de conductas. Los niños con más problemas se cambian de escuela a lo largo del seguimiento.

40. SABIDURIA NATURAL ACERCA DE RESILIENCIA. MADRES DE MENORES DE 6 AÑOS. SSMO.

Valdés, Ana.

Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, Chile.

Resiliencia es la cualidad del individuo que le hace

ser capaz de enfrentar y superar exitosamente situaciones adversas, saliendo incluso fortalecido de ellas.

Operan en ella factores protectores, tales como los rasgos del individuo, la cohesión y ambiente familiar y el apoyo en el ambiente externo.

Nuestro interés fue conocer los conceptos de resiliencia que manejaban en forma natural las madres de los niños menores de 6 años en nuestro Servicio de Salud, cuya población beneficiaria es de características especialmente vulnerables a enfrentar situaciones de riesgo.

Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo:

Dos grupos focales

Encuestas a 457 madres que concurren a control de salud.

Edad promedio 28.6 años con 9.9 años de escolaridad.

Los resultados indican que los elementos considerados como más importantes son: Tener una familia unida (97.7), tener buena salud (97.9), tener buenos principios morales (98.9).

Se encuestó además acerca de la calidad de las acciones de Control de Salud para el menor de 6 años y las actividades que serían de interés para las madres, destacando entre estas contar con mayor tiempo de atención.

41. RELACIONES SEXUALES Y CONDUCTAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER AÑO.

Martínez, Alejandro; Martínez, Juan Carlos; González, Claudia; Pérez, Pablo. Universidad de Concepción, Chile.

Las relaciones sexuales en el adolescente traen como consecuencia en no pocas ocasiones un embarazo no deseado, el cual representa el punto de partida de una serie de acontecimientos negativos para la madre, el niño, la familia y la sociedad. Considerando los antecedentes antes señalados, planteamos como propósito de esta investigación aportar información sobre algunas características sexuales de la población universitaria recién ingresada y ciertas situaciones de riesgo relacionadas, con el fin de conocer la magnitud del problema y proporcionar los antecedentes necesarios para confeccionar programas educativos que ayuden a prevenirlos. Se aplicó una encuesta a la totalidad de estudiantes (n=1.192) que ingresaron a la

Universidad de Concepción el año 1997 y se practicaron el examen de salud en el Servicio Médico Estudiantil Universitario. Para determinar el grado de religiosidad de los alumnos se plantearon tres opciones: «muy religioso», «poco religioso» y «nada religioso», la respuesta fue seleccionada por el encuestado según lo que más le identificara.

El 30% de las mujeres y un 49% de los hombres, habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta ($p < 0.000001$). El promedio de edad de inicio fue de 16.3 ± 1.6 para los hombres y de 17.7 ± 2.1 años para las mujeres ($p = 0.000042$).

Por otra parte, del total de encuestados con experiencia sexual ($n = 447$), un 38.5% usaba anticonceptivos en forma habitual, siendo los más usados el preservativo (66.3%) y los anticonceptivos orales (27.9%).

Los encuestados considerados nada religiosos tuvieron un riesgo 4.5 veces superior de tener relaciones sexuales en comparación a los muy religiosos ($p < 0.000001$). La edad de inicio según grado de religiosidad fue de 17.5 ± 2.7 para los muy religiosos y de 16.3 ± 1.6 para los nada religiosos ($p = 0.003$).

De la población estudiada, el 5.7% era bebedor problema y el 3.4% era consumidor de drogas ilegales. El riesgo de los bebedores problemas de tener relaciones sexuales fue 3.8 veces superior en relación con los no bebedores ($p = 0.0000001$). Del mismo modo, el riesgo para los consumidores de drogas ilegales fue 6.1 veces superior respecto a los no consumidores ($p = 0.0000001$).

En nuestros resultados se detectan situaciones de riesgo que dicen relación con la precocidad en el inicio de una vida sexual activa, el escaso uso de métodos anticonceptivos y la asociación entre relaciones sexuales y consumo de drogas; así como factores protectores dados por el grado de religiosidad. El desafío sería entonces, tanto para padres y educadores, colaborar con una educación orientada a cambiar con ciertas conductas que se traduzcan en la prevención de un embarazo no deseado y de las consecuencias que de él se desprenden.

42. EFECTOS DE LA APLICACION DE UN PROGRAMA DE APOYO PSICOTERAPEUTICO EN LA ANGUSTIA DE PADRES

DE NIÑOS CON CANCER.

Cofré, J.; Flores, P.; Merino, V.; Trancoso, M.A.

Servicio de Pediatría, U. Oncohematológica, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

De acuerdo a la información relacionada al impacto del cáncer en el paciente pediátrico y los miembros de su familia, surge la necesidad de entregar una herramienta que permita abordar tal problemática desde el punto de vista psicoterapéutico.

Objetivo: medir la influencia de un taller de apoyo psicoterapéutico en el nivel de angustia en los padres de niños con cáncer en la Unidad Oncohematológica del Servicio de Pediatría del Hospital G. G. Benavente.

Diseño: se realizó un muestreo probabilístico de sujetos voluntarios que incluyó un total de nueve familiares de niños en tratamiento oncológico en el Servicio de Pediatría. Se aplicó la Escala de Depresión de Zung previo al inicio del Taller, y a su término (Pre y Post prueba para el grupo único).

Además se evaluó durante el desarrollo del taller, consistente en siete sesiones, las conductas manifiestas de los participantes mediante una pauta observación.

Resultados: al finalizar el taller se logró establecer una disminución significativa en la angustia de las madres de niños con cáncer tras la comparación de resultados Pre y Post test con un 99% de confianza, los cuales son homologables a todos los participantes. Por otro lado se evidencia un aumento progresivo en las puntuaciones de los nueve sujetos de la muestra en las categorías que constituyen la pauta.

Conclusión: la implementación de programas psicoterapéuticos que brinden apoyo y asistencia tanto al niño como a sus familiares frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer, permite disminuir el impacto psicológico y emocional, facilitando un mejor manejo de las situaciones concomitantes a la enfermedad.

43. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CASOS DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL LLEGADOS AL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPO, ENTRE LOS AÑOS 1994 Y JUNIO DE 1999.

Kong, M.; A.S. Indey, M.

Unidad de Salud Mental, Hospital Regional de Copiapó.

Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de Maltrato Infante-Juvenil derivados desde el nivel primario de atención a la Unidad de Salud Mental del Hospital de Copiapó.

Se observa un aumento creciente de los casos derivados, probablemente debido a la sensibilización y capacitación de los equipos de atención primaria en el tema.

Se analizan aspectos biopsicosociales de los casos tratados. Se observa una predominancia en el sexo femenino, en edad escolar y el tipo de maltrato más frecuente referido es el tipo sexual. Los datos se analizan en el sistema Epi-Info con el fin de cruzar variables y poder así obtener mayores datos que ayuden a una prevención más ajustada a la realidad.

44. EPILEPSIA ROLANDICA BENIGNA: SINTOMAS PSIQUIATRICOS.

Ubilla, A.; Abarzúa, A.; Salinas, J.; David, P.; Pizarro, C.

Servicio de Psiquiatría, Unidad de Neurología, Hospital Exequiel G. Cortés.

Introducción: La Epilepsia es la más frecuente de las condiciones crónicas de la niñez con una prevalencia de 5 por 1000. El grupo es muy heterogéneo, y no es un trastorno estático. Muchos trabajos sugieren que los pacientes con epilepsia tienen alto riesgo de trastornos psiquiátricos. Rutter et. al. reportan 33% de asociación no considerando trastornos afectivos. No hemos encontrado en nuestro medio estudios sobre el tema. La Epilepsia Rolandica Benigna es la más común de las epilepsias de la edad escolar.

Se caracteriza por aparición de crisis en el sueño o al despertar en 80% de los casos.

Se ha reportado en forma progresiva los últimos años, la evolución atípica, los hechos más frecuentes son su aparición en niños que presentan síntomas psiquiátricos y llegan a tener un coeficiente intelectual inferior a 80.

Pacientes y Método: Por ser la epilepsia genética más frecuente en el escolar y por su asociación a compromiso neuropsiquiátrico se planificó su evaluación y aplicación la escala de

Achembach a 25 pacientes atendidos entre 1989 y 1999 con seguimiento por una neuróloga de la Unidad de Neurología y una evaluación Psicométrica (Wisc-R) por una psicóloga a 17 pacientes de sexo masculino y 6 femenino, con edades comprendidas entre 6 y 11 años. Con seguimiento entre 1 y 5 años en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés.

Criterios de Inclusión: Ser referidos a Unidad de Neurología por crisis epilépticas con evaluación neurológica dentro de límites normales y EEG con espigas centro temporales con actividad de base normal y estudio neurorradiológico de cerebro normal.

Resultados: La evaluación psiquiátrica completa se logró en 13/25 pacientes. Los síntomas encontrados fueron en los niños: Hiperactividad (7/9), depresivos-ansiosos (4/9), quejas somáticas (4/9).

Trastornos del desarrollo (3/9), inseguridad y pasividad (2/9), y los síntomas de las niñas: Inseguridad, pasividad (4/4), quejas somáticas (3/4), confusión y retraimiento (3/4) depresivo-ansioso (3/4), retraimiento (2/4), inmadurez social (1/4). Y el compromiso del CI (6/13).

Conclusiones: Los síntomas asociados coinciden con lo descrito en la literatura y difieren por sexo. Las manifestaciones más frecuentes en el sexo masculino fue la hiperactividad, seguido por síntomas depresivo-ansioso y en el sexo femenino la inseguridad y pasividad, seguido por las quejas somáticas.

45. REFLEXIONES ACERCA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION.

Cordella, Patricia.

Departamento de Psiquiatría y Pediatría Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica. Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Se reflexiona acerca del fenómeno relacional, narrativo y bioquímico del trastorno de ansiedad por separación. Se caracteriza tanto el cuadro clínico del menor, las formas temperamentales de los niños que lo presentan, los tipos vinculares primarios de la diada madre-hijo, el desarrollo de los sistemas adrenérgicos en el niño y especialmente en la madre o el cuidador principal, y la narrativa familiar desde la cual surgen los

significados que harán de contexto a la aparición de síntomas y la consiguiente falla ontogénica en el tema de la individuación. Todos aspectos de una configuración rígida que denominamos diada-amenazada-de-despego mantenida por un contexto familiar particular. Se utilizan en la reflexión tanto los conceptos biológicos de los equilibrios fisioneuronales como los conceptos contruidos a partir de la experiencia con familias, que darán cuenta de los fenómenos relacionales. Se intenta transitar por el continuo de ambos dominios conceptuales. Llamaremos diada-amenazada-de-despego a una configuración diádica estable que modifica su funcionamiento al ser estimulada por una figura bioconceptual que llamaremos despego. El despego sería una situación de desapego transitorio, sabido como transitorio y sin embargo vivido como radical, que se manifiesta fisiológicamente en ambas biología alterando el equilibrio simpático-parasimpático y las cogniciones en cuanto a la sobrevivencia del otro miembro de la diada. El especialista intentará desrigidizar la diada ontoatascada en un momento presimbólico donde efectivamente el apego es sobrevivencia. El despego es un estímulo per sé a la angustia que de tanto ser estimulado se torna reflejo, de vías facilitadas, co tema y fantasías de destrucción, daño y muerte compartidas. En un intento de orden cognitivo separaremos los temas que parecen activarse en esta configuración al momento del despego: 1. El tema del equilibrio vegetativo (sistemas adrenérgicos) excitaciones, inhibiciones. 2. El tema de la genética, como formas dadas para estar en el mundo, o el temperamento. 3. El tema del apego y la forma en que crea tipos de vínculo y por tanto de relación con la madre y el resto de la familia. 4. El tema del significado: los discursos, guiones, frases que van construyendo el comportamiento. Cada tema es por sí solo un lugar de reflexión o investigación y constituye un acceso al sistema; un puerto de intercambio informacional; un lugar desde donde crear perturbación para el cambio configuracional. Cada tema es un lugar de movimiento, de cambio. El experto reconfigura síntomas, significados, formas relacionales, discursos encarnados, discursos descarnados (faltos de afecto) junto con la familia en puertos de diferencia, en un intento de desacoplar el defecto.

Conclusiones: La reflexión integradora de los

asuntos aparentemente fraccionados para los análisis, todos presentes en el momento del despego es necesaria para una terapia de orden avanzado requerida en los casos de grave angustia de despego que no responden a las clásicas y probadamente eficaces intervenciones reflejas: consejería, intervenciones conductuales y farmacológicas. La adicción diádica (avidez biológica del otro) y el gatillamiento angustioso en el despego, hacen necesario incluir en el encuentro-intervención aspectos tanto de la relación, la narrativa y la biología. Para esto la descripción, reflexión, análisis y cuestionamiento de los temas presentes en este tipo de configuración servirían de puertos de acceso terapéuticos posibles de considerar en el proceso. Estos niños intentarán desconfigurar históricos lugares de pseudo-solución angustiosa, sin éxito, en su afanoso deseo de ser individuos. La terapia que incluya diferentes contextos podrá tenderles una mano.

46. SINDROME CONVULSIVO ASOCIADO A ACIDURIA METILMALONICA Y HOMOCISTEINEMIA, RESPONDEDOR A VITAMINA B12. CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Durán, Gloria.

INTA, Universidad de Chile.

Los efectos deletéreos, sobre el sistema nervioso central, de la deficiencia nutricional de vitamina B12 prenatal y durante los primeros meses de vida, han sido reportados por varios autores, pero pocas veces están en la mente al momento de plantear el diagnóstico diferencial de un cuadro neurológico en la infancia. Los síntomas más frecuentes relacionados a este cuadro son hipotonía, apatía, compromiso de conciencia que evoluciona al coma, regresión neurológica, atrofia cerebral, atrofia del nervio óptico, asociado frecuentemente a anemia megaloblástica. Desde el punto de vista del laboratorio se caracteriza por la presencia de niveles anormalmente altos de ácido metilmalónico y homocisteína en sangre y orina, esto debido a que la cobalamina es cofactor de las enzimas comprometidas en ambas vías metabólicas. La mitad de los casos se debe a madres vegetarianas y la otra mitad a anemia perniciosa de la madre, muchas veces subclínica. **Caso clínico:** lactante de un año, sexo femenino,

hija de padres jóvenes no consanguíneos, madre en tratamiento por hipotiroidismo. Embarazo, parto y período de recién nacido normal. Lactancia materna exclusiva desde las primeras horas de vida. Desarrollo sicomotor y pondoestatural normal. A los tres meses de vida inicia convulsiones parciales complejas que se prolongan por dos semanas requiriendo diferentes esquemas de tratamiento. Neuroimágenes normales, estudio general normal, hiperlactacidemia (42.8 mg/dl), leve hiperamoniemia (170 ug/dl), metilmalonilcarnitina y propionilcarnitina en sangre, ácido metilmalónico (AAM) en plasma aumentado (430.8 ng/ml), hiperhomocisteinemia (16.5 uM/l), vitamina B12 en plasma de 730 pg/ml (vn250-1100), nivel B12 de la madre 249.8 pg/ml. Se inició tratamiento con vitamina B12 im (1 mg/día por 5 días y luego 3 veces por semana), con lo que se normalizó el nivel de AMM y homocisteína. El estudio completo de la vía metabólica de la cobalamina en fibroblastos fue normal, incluido la síntesis de transcobalamina II. Al año de vida tiene examen neurológico normal, desarrollo sicomotor y pondoestatural normal, sin nuevos episodios convulsivos. Considerando los resultados obtenidos, la respuesta al tratamiento y los niveles bajos de B12 de la madre, se presume que la etiología en este caso fue la exposición prenatal y post-natal a bajos niveles de vitamina B12, posiblemente por absorción disminuida en la madre. La deficiencia nutricional de vitamina B12, es considerada rara en países desarrollados, pero la popularidad de las dietas vegetarianas obligan a tenerla presente, especialmente porque pueden ser asintomáticas y el niño estar a riesgo de complicaciones neurológicas.

47. DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y SEGUIMIENTO DE ERRORES CONGENITOS DEL METABOLISMO (ECM) DE PRESENTACION NEONATAL. 1985 A 1999.

Raimann, Erna; Jiménez, Mónica; Valiente, Alt; De La Parra, Alicia; Durán, G.; Mabe, Paulina; Cornejo, Verónica.
UGEM, INTA, Universidad de Chile.

Durante los últimos 15 años hemos asistido en Chile a un notable incremento en el diagnóstico de ECM de presentación neonatal. El recién

nacido tiene un repertorio limitado de respuesta clínica frente a distintas enfermedades graves. Estos síntomas incluyen rechazo alimentario, vómitos letargia, coma, convulsiones que aparecen después de un periodo variable en que el niño es asintomático. Esto constituye una emergencia médica que requiere de un tratamiento intensivo. El objetivo de este trabajo es presentar 31 casos de ECM de inicio neonatal diagnosticados en el INTA, U. de Chile entre 1985 y 1999. Entre ellos se encuentra 16 casos de Enfermedad de la Orina Olor a Jarabe de Arce (MSUD), 10 Acidurias Orgánicas (AO): 8 acidemia propiónica y 2 acidemia metilmalónica y 5 defectos del Ciclo de la Urea (CU): 4 citrulinemia y 1 déficit de ornidna transcarbamilasa (OTC). La edad de diagnóstico promedio en MSUD fue 12.8 días (rango 5-17 días), en AO fue 5.9 días (rango 1-10 días) y en CU fue 6.2 días (rango 5-7 días). Todos los pacientes fueron sometidos a terapia nutricional intensiva (altas cargas de glucosa y lípidos) para frenar el catabolismo endógeno, se suspendió las proteínas de la dieta, recibieron suplemento de L-Carnitina y de L-Arginina los con CU. Trece niños fueron sometidos a diálisis peritoneal (DP) para remover metabolitos tóxicos, 4 con MSUD fueron DP durante 2.2 días, 6 AO fueron DP por 2.4 días y 3 CU fueron DP por 6.3 días. Se usó exsanguíneo transfusión en 1 caso de MSUD previo a la DP y en un CU sin respuesta. Los niveles de leucina en MSUD fueron en promedio 1.655 uW/L, el amonio en AO fue x 975 ug% y en CU x 996. Los pacientes con MSUD han sido seguidos por 44 meses en promedio, los con AO por 47 meses y los con CU por 13.6 meses en promedio. Un caso de MSUD falleció a los 6 meses por una sepsis, 4 casos de AO a los 5, 6, 30 y 58 meses y 2 casos CU a los 9 y 18 meses. En todos los casos el deceso se produjo por descompensaciones metabólicas secundarias a infecciones graves. En el grupo MSUD, 8 niños tienen desarrollo normal o limitrofe, 3 tienen retardo leve y 2 grave; en el grupo AO, 5 tienen desarrollo normal o limitrofe y 1 retardo grave. En CU, un solo niño ha sido seguido por 34 meses y tiene un retardo del desarrollo grave. Se concluye que el tratamiento intensivo en ECM de presentación neonatal debe iniciarse muy precozmente para evitar secuelas neurológicas y nutricionales.

48. MUTACIONES DEL GEN FMR1 EN 80 PACIENTES CON RETARDO MENTAL Y CARACTERISTICAS DEL SINDROME Xq FRAGIL.

Alliende, M.A.; Valiente, A.; Curotto, B.; Cortés, F.; Santa María, L.; Rojas, C. INTA, U. de Chile.

El síndrome de Xq frágil se presenta con una incidencia de 1 en 4000 hombres y es responsable de retraso mental (RM) en 1 de 8000 mujeres, aproximadamente. Esta alteración es producida por el incremento del número de repeticiones de trinucleótido CGG ubicado en el primer exón del gen FMR1, la hipermetilación de la isla CpG adyacente y represión de la expresión de la proteína FMRP; atribuyéndose a esta condición la causa del RM. En población con retraso mental de diversos orígenes étnicos se ha determinado entre 3 y 5% la frecuencia de mutaciones en el gen FMR1. En este trabajo se presentan los resultados del análisis directo de la mutación, mediante la técnica de Southern blot usando la sonda StB 12.3; de un total 106 individuos; 80 (73 hombres y 7 mujeres) presentan retraso mental y manifestaciones clínicas compatibles con el síndrome Xq frágil. Los otros 26 están conformados por 11 mujeres portadoras obligadas, madres de los pacientes X frágil involucrados en este estudio, 4 hermanas de los pacientes y 11 controles normales, 3 hombres y 8 mujeres. Los resultados indican que, de los 79 probandos sospechosos de ser portadores del síndrome en 21 casos (28%) se observó, una amplificación del alelo FRAXA entre 500 y 1 000 repetidos CGG compatibles con una mutación completa; dos de estos casos (2.5%) corresponden a un mosaico para premutación y mutación completa. En otros 3 casos (3.8%) se observaron amplificaciones no metiladas correspondiente a un alelo en la "zona gris". Entre las madres estudiadas se determinó que 100% de ellas tenían una mutación (9 premutaciones y 2 mutaciones completas). El presente trabajo pretende identificar la frecuencia de mutaciones FMR1 en población chilena con retraso mental y sospecha clínica del síndrome Xq frágil y sus familias, determinar mutaciones atípicas poniendo de manifiesto la necesidad de correlacionar el genotipo con la expresión de la proteína.

49. TEST DE METILACION Y FISH EN EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON SINDROME DE PRADER WILLI Y ANGELMAN.

Santa María, L.I.; Alliende, M.A.; Curotto, B.; Cortes, F.; Barrios, A.; Rojas, C. Laboratorios de Citogenética y Biología Molecular, INTA, Universidad de Chile.

Los síndromes de Prader Willi (SPW) y de Angelman (SA) son afecciones hereditarias con características fenotípicas y neuroconductuales muy diferentes y sin embargo ambas se asocian causalmente a la banda q11-q13 del cromosoma 15. El fenotipo SPW incluye hipotonía, hipogonadismo, hiperfagia con obesidad, estatura pequeña y retraso mental. Mientras que el SA se caracteriza por un retraso mental severo, alaxia, microcefalia, facie típica (happy puppet) y patrón electroencefalográfico anormal. En la región 15q11-13 reside el gen de una ribonucleoproteína (SNRPN), cuya secuencia promotora se encuentra normalmente metilada en el alelo materno y no metilada en el alelo paterno. El 70% de los pacientes con SPW presenta una deleción en el cromosoma 15 de origen paterno, el 20% una disomía uniparental materna y el 10% restante presenta otras mutaciones. En SA el 80% de los pacientes presenta la deleción en el cromosoma materno; 5% disomía uniparental paterna y el 15% restante, otras mutaciones. El Test de Metilación permite el diagnóstico en 99% de los casos en ambas afecciones; éste método se basa en la amplificación por PCR de las regiones metilables del promotor del gen SNRPN, luego de la conversión de citocinas (no metiladas) en uracilo, mediante tratamiento del DNA con bisulfito de sodio. Así es posible diferenciar las secuencias metiladas (banda de 130 pb) de las no metiladas (banda de 164 pb). Ambos fragmentos se observan en controles normales, en los casos SPW sólo se detecta la banda de 130 pb y en los casos de SA sólo la de 164pb. Sin embargo, para discriminar entre una deleción y una disomía uniparental, es necesario aplicar por hibridación «in situ» y fluorescencia (FISH) una sonda específica para el segmento 15q11-13. Se presentan los resultados del Test de Metilación y FISH en un total de 15 pacientes con sospecha clínica de SPW, y 15 pacientes con diagnóstico presuntivo de SA. Esta experiencia nos indica que

el test de metilación complementado con FISH en los casos positivos permite diagnosticar de manera precisa y rápida el 99% de los casos de SPW y SA, haciendo posible el consejo genético adecuado a las familias afectadas.

50. SINDROME DE PRADER WILLI: ANALISIS FENOTIPICO Y GENOTIPICO DE 9 PACIENTES.

Barrios, A.; Troncoso, L.; Alliende, M.A.; Curotto, B.; Cortés, F.

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

El síndrome de Prader Willi (SPW) es una afección genética producida por una alteración cromosómica a nivel de 15q11.12. Tiene una prevalencia estimada de 1:10.000 a 1:15.000 RN. Los mecanismos moleculares involucrados en la génesis del SPW son microdeleciones cromosómicas, disomía uniparental y mutaciones de los genes reguladores de imprinting. Cada uno de estos defectos tendría un riesgo de recurrencia diferente y también influiría en el fenotipo.

En el presente trabajo se analizan las características fenotípicas de 9 pacientes con SPW atendidos en el Policlínico de Neurogenética del INTA en el período 1994-1999, utilizando el Score clínico de Holm y se correlaciona el fenotipo con el genotipo, de acuerdo a los resultados obtenidos por estudio citogenético con banda de alta resolución, estudio de citogenética molecular (FISH), y estudio del patrón de metilación. También se evalúan los problemas conductuales más frecuentes.

El rango de edad de los pacientes fue de 2 a 12 años. En relación con el score de Holms el rango de puntajes fue entre 8 y 11,5 puntos, con relación directa con la edad. Del análisis fenotípico los hallazgos más relevantes fueron: hipotonía neonatal 9/9; dificultad para alimentarse 8/9; obesidad 9/9; estrechamiento biparietal 9/9, ojos almendrados 9/9; paladar ojival 9/9, manos y pies pequeños 9/9. Los trastornos conductuales más frecuentes fueron hiperfagia 9/9 y sedentarismo 9/9. La confirmación genético-molecular se ha realizado en 5 pacientes y de estos todos tenían un score superior a 9 puntos.

En resumen el SPW tiene un fenotipo variable en el tiempo, el score de Holm es muy útil para el diagnóstico clínico de la afección. El estudio

molecular es obligatorio para entregar un consejo genético certero.

51. EPILEPSIA Y FENILQUETONURIA.

Venegas, V.; Mena, F.; Raimann, E.; Cervilla, J.; Valenzuela, B.; De La Parra, A.; Hernández, D.; López, I.

Servicio Neurología Infantil Hospital Calvo Mackenna, Unidad de Enfermedades Metabólicas (INTA) U. de Chile; Servicio de TAC Y RNM Clínica Alemana; Servicio Neurología Infantil Hospital San Borja Arriarán

La Fenilquetonuria (PKU), es una enfermedad metabólica hereditaria, con déficit de Fenilalanina Hidroxilasa, que causa una acumulación de Fenilalanina (FA) y sus metabolitos secundarios, con un efecto de neurotoxicidad crónica, lo que se puede presentar con convulsiones. Los espasmos masivos (EM) son los más reportados. El objetivo de este estudio es describir las variables asociadas a las convulsiones en PKU. Se presentan 14 pacientes PKU de diagnóstico tardío con convulsiones en su evolución, 8 hombres y 6 mujeres, con edad mediana de 11a6m (5a4m-26a). La mediana de edad de diagnóstico PKU fue 2a1m (5m-6a7m). La mediana de edad de inicio de convulsiones fue 1a10m(6m-15a). Los EM se presentaron con mayor frecuencia (6/14), en 4 coincidió con el diagnóstico de PKU y en 3 casos fue la única manifestación de epilepsia. Siete pacientes están en remisión de crisis, con una mediana de 8a (3a-11a). De los pacientes que no están en remisión, 4 presentan crisis parciales y 3 de tipo generalizadas. El examen neurológico fue anormal en 13/14 (2 microcefalia, 6 alteraciones motoras 8 hiperreflexia, 4 alteraciones de pares craneales y 11 movimientos anormales). Cinco pacientes tenían un control metabólico adecuado, 6 regular y 3 malo. La evaluación psicométrica reveló 2 pacientes con CI normal lento y 12 con retardo mental de grado variable. El electroencefalograma (EEG) presentó anomalías epilépticas específicas en 11 pacientes (78,6%), sin relación con el control metabólico ni la actividad epiléptica clínica, pero en algunos casos con un patrón pseudoritmico particular. La resonancia nuclear magnética(RNM), fue anormal en el 100% de los casos. Las anomalías no se relacionaron con el grado

de control metabólico, ni la evolución de la epilepsia. Se concluye que no hay una relación en la evolución de las convulsiones y el nivel de FA. En cambio las convulsiones en estos pacientes, se relacionan con anomalías en el examen neurológico, en el EEG y la RNM.

52. PSICOSIS AFECTIVA EN ADOLESCENTES: FENOMENOLOGIA Y EVOLUCION DE 4 CASOS CLINICOS.

Pizarro, C.; Holmgren, D.

Sección de Neuropsiquiatría Infantil y Servicio de Psiquiatría Adultos. Hospital Naval, Viña del Mar.

En los adolescentes la enfermedad bipolar habitualmente debuta como psicosis de fase mixta, lo que determina su bajo reconocimiento y mal diagnóstico confundiendo con Esquizofrenia, Histeria y Psicopatía según distintos autores.

Se presenta la fenomenología y evolución de 4 adolescentes donde la Enfermedad Bipolar debuta como psicosis.

Dos son hombres, ambos de 14 años. El primero con antecedentes de disfasia mixta residual, presenta inquietud psicomotora, insomnio, alucinaciones auditivas y visuales y, delirio de muerte; hospitalizado 10 días evoluciona con Depresión Delirante y 4 años después con episodio maníaco, en tratamiento hace 6 meses con Valproato Sódico 1.500 mg./día con buena respuesta. El segundo con antecedentes de disfunción familiar, presenta una psicosis maniaca típica; hospitalizado 7 días evoluciona bien, 2 años 6 meses con Carbonato de Litio 1.050 mg./día.

Dos son mujeres ambas con antecedentes de separación conyugal reciente. La primera a los 12 años presenta Inquietud psicomotora, insomnio, lenguaje desorganizado, alucinaciones visuales y ánimo depresivo; hospitalizada 7 días, evoluciona bien 2 años con Valproato Sódico 1.000 mg./día. La segunda a los 14 años presenta inquietud psicomotora, insomnio lenguaje disgregado delirio místico y ánimo depresivo; hospitalizada 30 días evoluciona bien, 1 año 3 meses con Valproato Sódico 750 mg./día y Lamotrigine 75 mg./día.

Se concluye que 4 casos de enfermedad bipolar atendidos en la Sección de Neuropsiquiatría

Infantil debutan como psicosis, 3 de ellos en forma poliforma haciendo difícil el diagnóstico, pero evolucionado rápidamente con distintos fármacos estabilizadores del ánimo.

53. HOSPITALIZACION POR INTENTO DE SUICIDIO EN LA NIÑEZ: TRES AÑOS DE EXPERIENCIA.

Valdivia, M.; Vielma, F.; Fuentealba, O.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Con la finalidad de mantener actualizado el conocimiento de las características de los niños que intentan cometer suicidio y de los métodos empleados, la Unidad de Psiquiatría de Enlace ha mantenido un programa de registro y manejo inicial de los niños ingresados por intento de suicidio al Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Concepción desde Octubre de 1995. El presente trabajo entrega los resultados de los primeros tres años de esa experiencia. En el periodo de estudio (Octubre '95 - Septiembre '98) se hospitalizaron 38 menores por 39 intentos (una niña se hospitalizó en dos oportunidades). Un 84,21% eran del sexo femenino y un 92,11% tenía entre 11 y 15 años de edad. En 35 de las hospitalizaciones (89,74%) fue posible efectuar una evaluación por psiquiatra infantil y los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno del Animo y Trastorno Disocial.

El 58,49% de los intentos ocurrió en la casa del menor, el método más frecuente utilizado fue la sobredosis de medicamentos (79,49%) y la mayoría de los menores reconocían como motivación el deseo de terminar con su vida (53,85%). En la gran mayoría de los intentos fue posible pesquisar alguna situación desencadenante (82,05%).

El estudio de las características de los niños que intentan suicidio así como de las circunstancias en que este intento se presenta, permitirá una mejor comprensión de los procesos subyacentes y por lo tanto un mejor manejo terapéutico.

54. LA EXPERIENCIA DE 50 AÑOS DE USO DE LAS SALES DE LITIO.

Bahamondes M., A.P.

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

La experiencia de 50 años de uso de las sales de litio para el tratamiento del Trastorno Bipolar, ha demostrado ser una buena alternativa. Sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de pacientes que no responde al tratamiento, otro grupo no tolera los efectos secundarios, y por último hay un grupo de pacientes para el cual el litio está contraindicado.

Por estas razones constantemente se están buscando otros medicamentos que tengan la característica de ser estabilizadores del ánimo. La eficacia del ácido Valproico y la carbamazepina ya ha sido demostrada en diversos estudios rigurosos. Sin embargo, al igual que el litio estos estabilizadores son más eficaces durante la fase de manía que en la depresión.

Se presenta una revisión de las nuevas alternativas para el tratamiento del Trastorno Bipolar, destacando la lamotrigina, un nuevo anticonvulsivante.

55. TRASTORNO PRIMARIO DE LA VIGILANCIA: SEGUIMIENTO DE 9 CASOS.

Fernández, F.; Japaz, O.; Monsalve, E.; Valenzuela, R.; Gajewski, C.; Menéndez, P. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: En 1990 Weinberg propuso llamar trastorno Primario de la Vigilancia a aquellos pacientes cuyo cuadro clínico se caracteriza por habilidad disminuida para mantener el alerta durante actividades continuas, ensoñación, pérdida de turno, dificultad para completar tareas, evitar actividades repetitivas o estructuradas, inquietud motora, descuido y negligencia, y otras actividades destinadas a mejorar el alerta; además, serían cariñosos, afectuosos, compasivos, y queridos por padres y profesores.

Objetivo: Evaluar la evolución de un grupo de pacientes diagnosticados como trastorno primario de la vigilancia desde 1994.

Material y Método: La muestra consistió en 9 pacientes, 8 mujeres y 1 hombre, 8 de ellos diagnosticados en el servicio de Neurología del Hospital San Borja Arriarán y 1 derivado del servicio de Neurología del hospital de Rancagua. Se realizó en cada paciente una evaluación psicológica, psiquiátrica y neurológica.

Resultados: La edad fluctuaba entre 11 y 23 años. La mayoría (8) de sexo femenino. En

control actual se mantienen 5 y todos ellos reciben psicoestimulantes. Seis (6) establecen estrategias para mantener el alerta y 5 evitan actividades estructuradas o repetitivas. En el área escolar destaca que 8 tienen un rendimiento regular a bueno y que 9 tienen buena conducta y adecuada socialización. En relación al ritmo sueño vigilia: 6 duermen siesta y 4 duermen 12 horas o más como tiempo total. En cuanto al estado anímico: 4 se perciben con ánimo regular a malo, lo mismo sucede con la autoestima. Según inventario de Beck: 6 tienen síntomas depresivos. En los antecedentes familiares destacan los de: Depresión (en 2 casos), suicidio (también en 2 casos) y 2 de los padres con características compatibles con trastorno primario de la vigilancia.

Discusión: Sugerimos la importancia de un diagnóstico precoz y de un tratamiento a largo plazo, de carácter multidisciplinario, que garantice una adecuada adhesividad al tratamiento y pesquisa oportuna de síntomas depresivos.

Conclusiones: Se constata la mantención de los criterios diagnósticos, corroborando que este cuadro persiste toda la vida. Los pacientes en tratamiento tienen un mejor rendimiento escolar y funcionamiento global. Se reconoce una alta asociación con síntomas depresivos, mayor que la población general. Aquellos pacientes que reciben psicoestimulantes tienen mejor autoestima y un buen estado de ánimo.

56. SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL (SDA) EN LA ADOLESCENCIA: EVOLUCION Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA.

Fernández, F.; Japaz, O.; Flández, A.; Dünner, P.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Está descrito en la literatura que los síntomas del SDA persisten en una proporción sustancial en la adolescencia (30-70%). Existe una asociación con trastornos externalizadores-disocial (TD) y/o opositorista desafiante (TOD) - e internalizadores - ansiedad (A) y depresión (D).

Objetivos: 1) Describir la proporción de pacientes que continúan con el diagnóstico de SDA y las características de éste en la adolescencia. 2) Evaluar comorbilidad psiquiátrica asociada y

compararla con un grupo control.

Métodos: Estudio de seguimiento de pacientes adolescentes controlados en nuestro servicio por SDA (índices n=20) y comparación de éstos con casos controles (n=20). Se realizaron entrevistas semiestructuradas (Criterios para el diagnóstico del trastorno por Déficit Atencional, TD y TOD del DSM IV y cuestionarios de autoreporte (STAIC, inventario de Beck).

Resultados:

- 1) Persistencia del diagnóstico de SDA en el grupo índice: 16/20 (80%), características: predominio desatención; 7/20 (35%) predominio hiperactividad-impulsividad; 2/20 (10%), con ambos criterios: 7/20 (35%).
- 2) Presencia del Trastorno Oposicionista Desafiante (Negativista): índices; 9/20 (45%), controles; 1/20 (5%).
- 3) Presencia del Trastorno disocial: índices; 4/20 (20%), controles; 2/20 (10%).
- 4) Trastorno Negativista + Trastorno disocial, índices; 4/20 (20%) controles, 1/20 (5%).
- 5) Ansiedad en índices: <percentil 20 (bajo el promedio): 5/20, entre percentil 20-80 (promedio): 12/20, y >percentil 80 (sobre el promedio) 3/20. Ansiedad en controles: < percentil 20 (bajo el promedio): 3/20, entre percentil 20-80 (promedio): 16/20, y >percentil 80 (sobre el promedio) 1/20.
- 6) Escala de depresión; ausente (A), leve (L), moderada (M) y severa (S). índices: A: 4/20, L: 12/20 (60%) M: 3/20, S: 1/20. Controles: A: 13/20 (70%), L: 5/20, M: 2/20, S: 0/20.

Conclusiones:

- 1) La persistencia del diagnóstico de SDA se encontró en un 80% con un predominio de desatención.
- 2) El SDA se asoció a el trastorno negativista (oposicionista desafiante).
- 3) El SDA con trastornos externalizadores tiene mayor prevalencia de trastornos depresivos lo que debe considerarse en el tratamiento integral del paciente.

57. EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO CON ADOLESCENTES Y SUS MADRES.

Dünner, Paola.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Se atiende a un gran número de adolescentes con dificultades emocionales y conductuales, lo cual se acompaña de las dificultades propias de la edad juvenil, inestabilidad emocional, conflicto separación-dependencia y configuración de una nueva imagen de sí mismo.

El grupo de pares durante la adolescencia tiene una gran importancia en la formación de la identidad.

Objetivo: Poner en práctica un proyecto orientado al abordaje grupal de la problemática de los adolescentes, en forma paralela a un taller con sus madres, con el fin de favorecer el desarrollo de su identidad personal e integración social, y desarrollar las habilidades parentales necesarias para responder a las necesidades de los hijos.

Metodología: Psicoterapia (adolescentes) y taller grupal (madres) de orientación cognitivo, con 8 adolescentes entre 12 y 14 años y sus madres. Se realizaron 9 sesiones de 1 hora de duración con una frecuencia semanal.

Resultados:

- a) Trastornos externalizadores: 5 de 6 mostraron mejoría (disminución de problemas conductuales, aumento de responsabilidad, mejor rendimiento escolar)
- b) Trastornos internalizadores: 3 de 3 mostraron mejoría (aumento de emociones positivas y aumento de sociabilidad).

58. BIBLIOTECA PÚBLICA "SAN BORJA-ARRIARAN": Acción cultural al interior de un hospital público.

Rivas, P.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán.

En el año 1997, el Servicio de Salud Metropolitano Central a través del Complejo Hospitalario San Borja-Arriarán; en el Programa de Apoyo al Niño Hospitalizado dependiente del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, se firmó un convenio con la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos para implementar el Proyecto «Un libro para Sanarme», consistente en 200 textos y 80 juegos didácticos.

En la actualidad se cuenta con 945 textos y 277 juegos. Esta Biblioteca Pública ha permitido cubrir más eficientemente necesidades psicológicas,

pedagógicas, culturales y recreativas de los niños hospitalizados.

Es de nuestro interés dar a conocer esta experiencia cultural, única en su género a modo de incentivar la formación de Bibliotecas similares en los hospitales públicos de nuestro país.

59. ARTE CON LOS NIÑOS: Una experiencia nueva en un Hospital Pediátrico General.

Urrutia, P.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán.

A partir de 1980, se desarrolló en el Hospital Clínico San Borja-Arriarán, el Programa de Apoyo al Niño Hospitalizado que persigue como objetivo brindar una atención integral en los aspectos psicológicos, educacionales y recreativos.

A partir de comienzos del año 1998, el Instituto Cultural de Providencia, en conocimiento de nuestra labor, decide ampliar y apoyar nuestros objetivos acercando el arte de los artistas a los niños hospitalizados mediante talleres de pintura y escultura realizados dentro del Hospital y durante su estadía hospitalaria.

Este proyecto conjunto, que se mantiene hasta la fecha, ha sido altamente gratificante para el personal de Salud, niños hospitalizados y artistas participantes. Nuestro objetivo al presentarlo es promover un proyecto que puede ser replicable en otros hospitales y que hace más sobrellevable para el niño y su entorno próximo, la estadía hospitalaria.

60. PROGRAMA DE ATENCION INTERSECTORIAL DE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA, DE LA ATENCION Y DEL APRENDIZAJE EN PREESCOLARES Y ESCOLARES DEL NIVEL BASICO UNO. IQUIQUE 1999.

Aguilera, A.; Bustos, M.; Díaz, M.; Milla, L.; Volenski, J.

Servicio de Psiquiatría, Hospital de Iquique.

Introducción: Una amplia gama de trastornos infantiles, clasificables en nosologías pediátricas, neurológicas y psiquiátricas, pueden manifestarse en dificultades de la atención, conducta y aprendizaje en la etapa preescolar y escolar temprana. La evaluación, detección precoz e intervención oportuna requiere de los esfuerzos

conjuntos del colegio, la familia y el equipo de salud.

Material y Métodos: Desde marzo de 1998 se encuentran en capacitación continua los profesores de kinder, primero y segundo básico, de grupo diferencial y orientadores de los colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Iquique. Los temas abordados son: síndrome de déficit atencional, trastornos de la conducta, trastornos del aprendizaje, evaluación e intervención familiar, manejo en el aula, sistemas de referencia y contrarreferencia. Paralelamente, se ha dispuesto un equipo multiprofesional, conformado por psicopedagoga, psicóloga, asistente social, terapeuta ocupacional y psiquiatra infantil, el que atiende a los niños derivados directamente desde los colegios, los que no han respondido a la intervención inicial.

Resultados: En esta primera etapa del trabajo, es posible realizar una evaluación cualitativa, la que indica una notable interacción entre los profesionales de educación y salud, lo que ha redundado en la pesquisa precoz e intervención oportuna (a nivel del establecimiento) de los casos con las alteraciones aludidas, derivándose a especialista las situaciones que realmente lo ameritan, reduciéndose el plazo de espera a menos de una semana, priorizando la intervención psicosocial, educacional y familiar como paso previo y/o complementario a la farmacológica.

Conclusiones: Esta experiencia demuestra la importancia del abordaje multiprofesional e intersectorial.

61. EL NIÑO HOSPITALIZADO EN UN SERVICIO DE PEDIATRIA. PERCEPCION DE SU ENTORNO.

Gallardo, L.; Herrera, M.; Salinas, M.; Viza, Y.; Bustos, M.; Volenski, J.

Servicio de Pediatría, Hospital de Iquique.

Introducción: El ingreso de un niño a un hospital trae consigo repercusiones en su vivenciar y en sus interacciones sistémicas. Existe abundante material bibliográfico que documenta las consecuencias intrapsíquicas y relacionales que afectan al niño cuando es hospitalizado. Un buen modo de estudiar el estado psíquico de los niños, es la evaluación proyectiva a través del dibujo, por lo que se ha escogido este método para conocer la percepción que de su entorno tienen los pacientes

de un Servicio de Pediatría.

Material y Métodos: En la primera parte del trabajo, se realiza una revisión bibliográfica en relación a las consecuencias psíquicas de la hospitalización pediátrica, y a la validez del dibujo como herramienta exploratoria al respecto. Durante un mes, se seleccionó a los niños ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Iquique, que tenían entre siete y diez años de edad, y con disposición para ser entrevistados y dibujar. Alumnas de Educación Parvularia establecieron relación empática con ellos, solicitándoles en primer término la realización de un dibujo que representara la visión de sí mismos y de su entorno, para luego realizar una entrevista semi-estructurada.

Resultados: De acuerdo a la permanencia en el niño de los elementos de normalidad proyectiva, fue posible dividir los resultados en tres grupos, de mayor a menor compromiso afectivo y emocional. Fue notoria la influencia positiva del Programa Hospital Amigo, que el Servicio de Pediatría fomenta. No obstante, se encontró evidencias de afectación por la separación familiar y de distancia de los médicos, siendo más cercanas efectivamente las figuras de los restantes miembros del equipo de salud.

Conclusiones: Esta experiencia corrobora la información bibliográfica disponible.

62. ABORDAJE NEUROCOGNITIVO EN LA REHALITACION DE LA ORTOGRAFIA.

Todd, Helena; Cabezas, Marcia; Montalva, Natacha.

Corporación para el Desarrollo del Aprendizaje.

La ortografía es una destreza que forma parte de la expresión escrita y que por la universalidad de la comunicación cobra cada vez mayor importancia. Es por esto que un niño con déficit neurocognitivo con problemas en esta área experimenta sentimientos de decepción y rechazo, que conducen finalmente a la desesperanza aprendida.

Históricamente este tipo de trastorno ha sido abordado desde un punto de vista visoperceptivo. La literatura contemporánea apunta a una doble intervención tanto por la línea visomotora como por la auditiva, siendo esta última la fundamental. La metodología CDA (Cognición. Desarrollo y

Aprendizaje) ha sido desarrollada para cubrir el tratamiento de niños con trastornos de aprendizaje y se basa en el desarrollo de destrezas y procesos neurocognitivos. El tratamiento se realiza con programas estructurados y preestablecidos, aplicados en grupos pero a partir de un diseño individual, dando énfasis en el aprendizaje basado en el éxito. El equipo es multidisciplinario. Dentro de esta metodología las estrategias (la intervención con que abordamos el problema de la ortografía) se enfocan principalmente a través de la melacognición tanto desde el punto de vista de la percepción auditiva como visual. En la perspectiva fonológico-lingüística los últimos estudios han relacionado el desarrollo de la conciencia fonológica con un buen desempeño a nivel ortográfico; por el lado viso-perceptivo la globalización de este desempeño.

63. SINDROME DEL NIÑO ZAMARREADO (BABY SHAKE SYNDROME): PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y ENCUESTA A PADRES.

Rendich, S.; Montecinos, T.; Cabello, J.F.; Novoa, F.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Carlos Van Buren.

Unidad de Neuropediatría, Hospital Carlos Van Buren.

El síndrome del niño zamarreado (baby shake syndrome) es una forma frecuente de maltrato infantil que puede originar graves lesiones, muchas veces utilizada por padres y cuidadores en desconocimiento de las serias lesiones cerebrales que el niño puede sufrir.

El objetivo de esta presentación es exponer un caso clínico de un lactante de 4 meses que resulta con daño cerebral severo, secundario probablemente a un síndrome del niño zamarreado.

Se evalúa el conocimiento de los padres acerca de las potenciales lesiones que pueden originar dichas maniobras, comparándolas con otras formas de agresión física, a través de una encuesta de selección múltiple. Se propone, realizar la prevención del maltrato en el control del niño sano en forma activa, mencionando dirigidamente a los padres los riesgos que tiene el zamarreo.

64. CONSIDERACIONES DEL GRUPO DE

TRASTORNOS DEL DESARROLLO FRENTE A LAS TERAPIAS Y ADVERTENCIA RESPECTO AL REAL SIGNIFICADO DE ALGUNAS TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO EL METODO TOMATIS, DELFINOTERAPIA Y EL METODO DEL DOCTOR LEVINSON, ENTRE OTRAS.

Carvajal, M.; Segura, H.

Grupo de Trastornos del Desarrollo.

Durante el presente año, el Grupo de Trastornos del Desarrollo se ha preocupado de investigar sobre algunos métodos alternativos de tratamiento de los trastornos del desarrollo. Siguiendo la tradicional línea de investigación que lo caracteriza, se han analizado tres métodos no tradicionales de abordaje terapéutico, encontrándose ciertas inexactitudes teóricas que pueden llevar a error a los beneficiarios últimos de nuestra labor: los pacientes y sus familias. Buscando la coherencia de nuestra labor de estudio, se intenta difundir no sólo las inexactitudes halladas, sino que también la corrección teórica y empírica a éstas, de manera de brindar al cuerpo de profesionales una mirada más acabada a estos abordajes no avalados por estudios científicamente controlados.

65. «APADENE» ASOCIACION DE PADRES DE NIÑOS CON EPILEPSIA Y PROGRAMA DE EPILEPSIA. HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA.

Devilat, Marcelo; Cabrapan, Elba; Gormaz, Verónica; Gómez, Verónica; Lemp, Gelma. Programa de Epilepsia y Apadene.

Escuela de Trabajo Social. Universidad del Pacífico.

Objetivo: Mostrar las experiencias y acciones de Apadene y el Programa de Epilepsia en cumplimiento de sus propios fines.

Método: La asociación fue fundada en Junio de 1997 como entidad autónoma, de autogestión y sin tutorías. Sus propósitos son: contribuir al diagnóstico y tratamiento de los niños, propender al reconocimiento de la epilepsia por los profesionales, autoridades y la comunidad, y realizar acciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Resultados: Apadene ha realizado 26 sesiones, con asistencia promedio de 28 de sus 48 socios.

En ellas se comparten experiencias, se realiza educación y otras actividades como danza, cantos y recitaciones con lo cual disminuye la ansiedad que origina la enfermedad. Otras acciones han sido la celebración de la Navidad, un Mesón informativo, presentaciones ante autoridades, charlas radiales, entrevistas en periódicos (El Mercurio), e instauración del Día del Niño con Epilepsia (09.08.99).

Conclusión: Ambas instituciones han contribuido a disminuir el impacto de la enfermedad y sus acciones son un esfuerzo de autogestión con alto rendimiento.

66. CARACTERISTICAS CLINICAS DE ESTUDIO MULTICENTRICO DE SINDROME DE TOURETTE.

Miranda, Marcelo; Menéndez, Pedro; Trancoso, Mónica, Hernández, Marta, David, Perla.

Clínica Avansalud, Servicio Neuropsiquiatría Infantil San Borja Arriarán, Unidad de Neuropediatría Hospital Exequiel González Cortés.

El Síndrome de Tourette es un trastorno caracterizado por la presencia de movimientos involuntarios (tics motores) y vocalizaciones (tics vocales), frecuentemente asociado a trastorno obsesivo compulsivo y déficit atencional. Presenta una distribución mundial, sin embargo, existen escasas comunicaciones en Latinoamérica.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en 70 pacientes y analizar avances en este trastorno.

Resultados: Cincuenta y cuatro varones y 16 mujeres fueron estudiados, con una edad promedio de inicio de síntomas de 6.4 años (rango 2-20). Los tics motores más comunes fueron pestañeos, muecas, encogimiento de hombros, sacudidas de cabeza, mientras que los vocales fueron predominantemente simples como ruidos nasales, silbidos, sopidos; sólo cinco casos mostraron palilalia, tres ecolalia y seis coprolalia (8.5%). Se observó una prevalencia de 22.8% de trastorno obsesivo compulsivo y 35.7% de déficit atencional. Cuarenta y cinco pacientes (64.2%) tuvieron un familiar de primer grado con tics, y nueve (12.8%) tuvieron familiares con trastorno obsesivo compulsivo.

Se discuten los elementos clínicos, los exámenes, la evolución según los esquemas terapéuticos y

la evidencia actual que plantea la presencia de desinhibición de los circuitos neuronales cortico-subcorticales en la fisiopatología de este cuadro. **Conclusión:** Nuestro estudio, apoya la homogeneidad clínica y base genética del Síndrome de Tourette independientemente de la distribución geográfica u origen étnico de la población analizada.

67. EL NIÑO CON SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL, ESTUDIO COMPARATIVO Y CARACTERIZACION BIO PSICO SOCIAL DE CONSULTANTES EN POLI-CLINICO PARA UNA ATENCION INTEGRAL.

*Andrade, L.; Rojas, V.; Colombo, M.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital
Carlos Van Buren, Valparaíso.*

El síndrome de déficit atencional SDA es el trastorno bioconductual más frecuente durante la edad pediátrica, el que se asocia a alteraciones sociales, psicopedagógicas y comorbilidad del niño, que alteran su calidad de vida. El objetivo de este trabajo fue comparar las características de los niños diagnosticados con SDA con un grupo de niños sanos y precisar sus diferencias. Se aplicó una encuesta previamente validada para niños con SDA a 64 niños sanos de iguales condiciones socioeconómicas. Las muestras fueron comparables en edad y escolaridad, con una prevalencia significativa del sexo masculino en los niños con SDA 82% contra un 56% en los sanos. Los niños control viven en su mayoría con ambos padres 74,6%, y los SDA un 22,4% viven sólo con la madre y 20,7% con otros familiares, menos de la mitad viven con ambos padres. El nivel de escolaridad de ambos padres control es significativamente superior. De los antecedentes familiares destaca 19% alcoholismo y 15% de drogadicción en los padres de niños con SDA. El embarazo es deseado en el 52% de las madres de niños SDA y en el 84% de las madres controles. No se encuentra diferencia en la morbilidad perinatal y el peso de nacimiento es normal. El desarrollo psicomotor muestra una adquisición de sedestación y marcha más tardío en los niños con SDA, todos controlaron esfínter antes de 4 años. Los niños con SDA presentan trastornos del sueño e irritabilidad en un 43% y 48% respectivamente, características que se

presentan en menos del 20% de los controles. A su vez los padres perciben que el DPSM de sus hijos, ha sido adecuado en el 90% de los controles pero en los niños con SDA el 28% lo nota regular, considerándolo malo en un 8%. Los niños con SDA han sido más veces hospitalizados 68% versus un 45% de los controles y se registran accidentes y traumatismos tan solo en los SDA. La adaptación escolar es normal en el 91% de los controles y 54,4% de los SDA, con quejas de conducta en el 91% en contraste del 20% de los controles. La repitencia en los SDA es de un 50% con un 35% de más de una vez versus el 10% en control. El rendimiento escolar es bueno en 77% de los controles y es regular y malo en el 52% de SDA en los controles no se registran expulsiones siendo de 22% en SDA. Este estudio nos permitirá enfocar el manejo farmacológico y psicoterapéutico hacia las áreas que sean modificables y mayor trascendencia para el buen desarrollo del niño.

68. SINDROME PSEUDOBULBAR CONGENITO (SPC): PRESENTACION DE 3 CASOS CLINICOS

*Rojas, V.; Novoa, F.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital
Carlos Van Buren, Valparaíso.*

El Sde. Pseudobulbar Congénito o Sde. Perisilviano Bilateral Congénito es una entidad recientemente descrita debida a un trastorno de la migración neuronal caracterizado por parálisis pseudobulbar, retardo mental y motor de grado variable, convulsiones y displasia perisilviana bilateral. Se presentan 3 casos clínicos diagnosticados y controlados en nuestra unidad.

Caso 1: Varón de 7 años, en estudio desde período de lactante por hipotonía, hiporreflexia, hiperlaxitud articular, retraso motor y del lenguaje. Se realizó estudio metabólico, tiroideo electromiografía y cariograma normal. En Sept. 1996 visto en neurología infantil destaca al examen dificultad en articulación de palabras, sialorrea, reflejo maseterino exacerbado, disfagia a sólidos diagnosticándose un SPC. TAC cerebro de abril 1997 dentro de límites normales. En julio de 1999 inicia cuadro convulsivo T-C que cede con anticonvulsivantes habituales.

Caso 2: Varón de 9 años con antecedentes de epilepsia desde los 5 meses de edad y retraso

de DSM especialmente en el área del lenguaje en control y tratamiento en fonoaudiología. TAC cerebral: esquizencefalia temporoparietal bilateral. En julio de 1999 evaluado en neurología infantil destaca imposibilidad de articular palabras emitiendo sólo sonidos, sialorrea, disfgia leve, microglosia reflejo maseterino exaltado cuadro compatible con SPC.

Caso 3: Niña fallecida en agosto de 1999 a los 2 años de edad. En período de RN inmediato presenta depresión respiratoria por Sde, aspirativo, destaca desde en nacimiento trastorno de la deglución severa, boca cerrada imposible de abrir. Hipótesis diagnóstica Sde. de Moëbius. A los 15 días se realiza gastrostomía. Durante los primeros meses destaca además reflejo maseterino muy exacerbado, síndrome piramidal bilateral y retraso de DSM por lo que su cuadro se cataloga como SPC. TAC cerebro abril 1998: signos involutivos frontotemporales bilaterales. Evoluciona con RGE patológico, desnutrición secundaria, SBOR, múltiples hospitalizaciones por neumonías aspirativas (7). Desde junio de 1999 oxígeno dependiente por daño pulmonar crónico, atelectasias bibasales. Fallece por aspiración masiva pulmonar en su domicilio en agosto 1999.

69. SINDROME DE RETARDO DE FASE DE SUEÑO ASOCIADO A TELEVISION NOCTURNA.

*Menéndez G., P.; Fernández K., F.
Unidad de Neurología, Clínica Avansalud;
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital
Clínico San Borja Arriarán.*

El Síndrome de Retardo de Fase de Sueño (SRFS) es un trastorno del ritmo circadiano caracterizado por aumento progresivo y permanente de la latencia inicial del sueño nocturno. 14 escolares ($X=10a\ 8m$) que reunían criterios de ver televisión cotidiana hasta conciliar sueño, régimen escolar matinal, Tiempo Total de Sueño (TTS) < 25% de lo esperado para edad, bajo rendimiento escolar, irritabilidad, atención disminuido, anorexia matinal sin somnolencia diurna, fueron seguidos prospectivamente 15 días en fase de estabilización (T1) y 60 días en tratamiento (T2). Se excluyó patología neurológica y trastornos ambientales relevantes. La media del desfase inicial fue de 3:50 hs; el TTS=

4:19 hs y Conners = 21.21. Se estudió inventado de índices de irritabilidad, déficit atencional, anorexia y heteroagresividad. Un EEG digital con privación total de sueño fue practicado en toda la serie. 9 pacientes estudiados con polisomnograma y/o Test de Latencias Múltiples de Sueño (TLMS). Tras fase de estabilización (T1), se inició tratamiento circadiano: privación de sueño de 24 hs inicial, restricción progresiva de TV, mantención fija del despertar, incluyendo fines de semana.

Resultados: 3 pacientes mostraron disminución significativa de latencias en el TLMS, uno presentó sueño REM inicial en el Polisomnograma. En T2 el retardo de fase disminuyó a 1:48 hs, el TTS se incrementó a 6:20 hs, el T. Conners disminuyó a 15.92. Se consideraron 8 niños respondedores estables (57.1%). Estos mejoraron índices de desfase en 2:36 hs ($p<0.001$), el d-TTS en 2:25 hs y alcanzaron un TTS promedio de 7:36 hs, en torno a -10% de lo esperado. El grupo mejoró significativamente parámetros de rendimiento escolar ($p<0.01$), Conners ($p<0.001$), irritabilidad ($p<0.005$), pero no fue significativo para heteroagresividad ni anorexia matinal. Se discuten causas del fracaso en no respondedores y posibilidad de agregar fototerapia. Se concluye sobre la importancia del diagnóstico diferencial con el SDAH, el Trastorno Primario de Vigilancia y la Depresión Infantil.

70. KERNICTERUS TARDIO EN PACIENTE PORTADOR DE SINDROME DE CRIGLER NAJJAR: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

*Dragnic, Y.; García, C.M; Manríquez, M.;
Tellerías, L.
Departamento de Pediatría Facultad de
Medicina Occidente Universidad de Chile y
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital
San Juan de Dios.*

El Síndrome de Crigler-Najjar fue descrito en 1952, se trata de una enfermedad hereditaria autosómico recesiva que resulta de una variedad de mutaciones en el locus UGT1 localizado en el cromosoma 2. Se caracteriza por una deficiencia en la actividad de la enzima Glucoronil Transferasa hepática, resultando en una hiperbilirrubinemia no conjugada crónica. Son reconocidos dos síndromes: el tipo 1, donde se describe una

ausencia completa de la actividad enzimática y el cual no responde a la inducción con fenobarbital; y el tipo 2, en la cual existe una actividad parcial de la enzima respondiendo a la inducción con fenobarbital. Clínicamente la mayor morbilidad está dada por las secuelas neurológicas irreversibles secundarias a la Encefalopatía Bilirrubínica ya sea de aparición precoz o tardía. En esta presentación se describe el caso de un paciente de 4 años de edad, sexo masculino, hijo único de padres sanos no consanguíneos y quien desde el día de vida evoluciona con hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, del orden de 25 mg/dl. Es tratado con fototerapia con mala respuesta inicial pero sin presentar complicaciones neurológicas. Biopsia hepática y ecografía abdominal normales, pendiente estudio enzimático. Al mes de vida se plantea diagnóstico presuntivo de Sd. de Cliger-Najjar tipo 2, iniciándose tratamiento con fototerapia nocturna a permanencia y fenobarbital con buena respuesta clínica y de laboratorio. Al año de vida es suspendido el tratamiento, manteniendo niveles de bilirrubina de 18-25 mg./dl. Su neurodesarrollo es normal hasta la edad de 3 años, cuando es hospitalizado por una severo cuadro de instalación caracterizado por compromiso de conciencia, hipotonía generalizada y regresión global de los hitos del desarrollo. A su ingreso se destacan: hiperbilirrubinemia de 55 mg/dl., glutamina LCR normal, pruebas hepáticas con leve alteración de transaminasas y protrombina normal, TAC cerebral que muestra signos involutivos parenquimatosos leves. Su estado neurológico actual revela un buen contacto ocular, comprensión parcial de órdenes, trastorno global del lenguaje de predominio expresivo, trastorno de la deglución, ausencia de control postural asociado a movimientos distónicos de predominio orofacial y miembros superiores. Potenciales evocados auditivos alterados. El tratamiento rehabilitador de las secuelas descritas ha resultado poco alentador hasta la fecha.

71. DISPLASIA VASCULAR EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS.

Bravo, E.; Culcay, C.; Dragnic, Y.; Manríquez, M.; Sagredo, C.

Instituto de Neurocirugía Asenjo; Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Juan

de Dios; Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Facultad de Medicina Occidente. Universidad de Chile.

La Neurofibromatosis 1 es una enfermedad genética frecuente caracterizada por proliferación hamartomatososa y neoplásica tanto del SNP como del SNC, así como de elementos de la cresta neural. Su incidencia es de 1x3000 y su modo de herencia autosómico dominante de expresión variable. Se ha localizado el defecto genético a nivel del brazo largo de cromosoma 17, viéndose alterada la producción de neurofibromina, proteína involucrada en procesos de regulación celular.

Por tratarse de una enfermedad multisistémica existe una variada gama de complicaciones frecuentes, entre ellas: macrocefalia, retardo del desarrollo, displasias esqueléticas, desarrollo de tumores, etc.

Entre las complicaciones frecuentes se encuentra la enfermedad cerebrovascular.

Es por ello que consideramos interesante presentar un paciente controlado en nuestro servicio portador de NF1 en quien se confirmó la presencia de una Displasia Vascular durante el estudio de un Accidente Vascular Encefálico.

Paciente sexo masculino de 1a. 11 m., padres sanos no consanguíneos, sin antecedentes de neurofibromatosis familiar, quien presenta manchas café con leche y efélides axilares desde el nacimiento. No hay antecedentes relevantes en período neonatal ni primeros meses de vida. A los 9 meses presenta en forma abrupta hemiparesia izquierda y convulsiones focales ipsilaterales. Se practicó neuroimagen (TAC) que mostró imagen compatible con infarto frontal derecho. Luego se practica Angio-RNM que confirma hallazgo ya señalado asociado a lesión vascular antigua del caudado anterior, hamartomas en cápsula interna izquierda y estenosis posiblemente displásica del sifón carotídeo derecho asociado a severa estenosis de arteria cerebral media. Se realiza Angiografía que confirma Displasia Vascular, así como origen carotídeo de la arteria angular derecha la cual llena por anastomosis córtico-corticales todo el hemisferio derecho.

Desde el punto de vista clínico el paciente ha evolucionado con hemiparesia y retardo leve del desarrollo, su epilepsia se ha controlado

adecuadamente y no existen evidencias de nuevos accidentes vasculares hasta la fecha.

72. CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS AÑO 1998 EN EL INCA: ANALISIS DE 8 CASOS.

Cuadra, L.; Aros, P.; Zuleta, A.; Ramírez, D.; Fuentes, A.; Valenzuela, S.; Badilla, L.; Gómez, V.; Palma, A.
Servicio de Neurocirugía Infantil, Instituto de Neurocirugía.

El Servicio de NC. Infantil del Instituto de Neurocirugía Asenjo, ha operado desde Enero de 1990 a la fecha (30.07.99) 60 pacientes menores de 115 años portadores de epilepsia refractaria a tratamiento médico. De ellos, 5 corresponden a cirugía realizada desde Enero a Diciembre de 1998. Se analizan en detalle estos casos. La edad de inicio de la Epilepsia varía desde los 2 meses hasta los 11 años de edad. Todos tenían más de 2 años de evolución de las crisis. El estudio consistió en evalúo clínico, electroencefalográfico, neuroimagen, SPECT, y calidad de vida.

La edad de operación en promedio fue a los 10 años con un rango de 4 a 15 años. En 3 pacientes se realizó corticografía intraoperatoria y en uno estimulación cortical de áreas elocuentes. Dos casos correspondieron a cirugía del lóbulo temporal, 2 casos a occipital, 2 casos frontal 1 caso a fronto parietal más callosotomía y 1 hemiferectomía selectiva.

Se realiza análisis prequirúrgico, cirugía y evolución post quirúrgica. De ellos 5 pacientes están sin crisis, 2 pacientes con mejoría notable y 1 igual al preop. La neuropatología mostró 3 displasias, 3 gliosis y 2 angiomas. No hay tumores.

73. SIRINGOMELIA LUMBAR Y QUISTE ESPINAL SACRO.

González, J.E.; Schinitzler, S.; David, P.; Avendaño, M.; Llorente, L.; Escobari, J.; Avendaño, L. Unidad de Neurología Hospital Exequiel González Cortés.

Paciente de 9 años, sana previamente comienza con paraparesia gradual de 7 meses de evolución asociada a incontinencia anal y vesical leve.

Al ingreso al Servicio destaca, máculas café con

leche y pecas axilares. El examen neurológico revela Paraparesia Flácida moderada a severa, predominio distal. ROT aquiliano y rotuliano ausentes bilateral, sensibilidad termoalgésica afectada y propioceptiva conservada esfínteres: tono anal disminuido. Rx columna; espina bífida desde L4 a S5.

Estudio VCN-EMG-PES - Bloqueo completo L4 a distal. RNM medular revela Siringohidromielia Toracolumbar; quiste espinal sacro.

Se opera: Exéresis quiste radicular sacro y siringostomía, con recuperación parcial de Paraparesia sobre 70%.

Se comentan los quistes espinales y su manifestación clínica.

74. SINDROME DE AICARDI: NUEVOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS. A propósito de un caso con quistes coloidales de línea media.

Erazo, R.; Alvarez, C.; Devaud, C.; Cervilla, J.; Burón, V.

Servicio Neurología-Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile.

El síndrome de Aicardi es un desorden congénito descrito en 1965 como la triada de espasmos masivos, agenesia del cuerpo caloso y coriorretinitis lacunar. La herencia es autosómica dominante ligada al X (mutación de novo). Se presenta el caso de un lactante de sexo femenino quién a los 3 meses de edad comienza con espasmos en flexión y crisis TCG, destacando al examen neurológico RDSM leve CC. Normal, hemiparesia izquierda y fondo de ojo normal.

Los estudios de TORCH, aminoacidemia, aminoaciduria, a. láctico, pirúvico y amonio resultan normales. El EEG mostró lentitud basal y actividad epileptiforme focal témporo-occipital derecha. La TAC cerebral evidencia quistes de línea media y la RNM detecta además agenesia parcial del cuerpo caloso y trastornos de la migración neuronal por lo cual se plantea dg. de Síndrome de Aicardi. La Rx. de columna demuestra hemivértebras. Actualmente, a los 7 meses de vida, la paciente acusa RDSM moderado, desaceleración del crecimiento craneano y control parcial de las crisis epilépticas, ahora parciales y hemigeneralizadas.

Nos pareció importante exponer este caso pues

cumple con los nuevos criterios descritos por J. Aicardi (1999): 1. Trastornos de la migración neuronal. 2. Quistes alrededor del tercer ventrículo (considerados ahora casi exclusivos de esta entidad). 3. Heterotopias periventriculares. 4. Papilomas de plexo coroideo. 5. Coriorretinitis y 6. Agenesia del cuerpo calloso, estos dos últimos considerados signos importantes pero no esenciales para el diagnóstico, pues ocasionalmente pueden estar ausentes en casos de S. Aicardi.

75. VARIANTES DE LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CERÓIDEA. PRESENTACION DE TRES CASOS.

Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; López, Isabel; Ríos, Loreto; Flores, Alex; Cid, María Eugenia; Birke, Eliana; Díaz, Carlos; Mercado, Verónica.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Hospitales Regionales de Antofagasta, Temuco, Chillán.

Introducción: Las LNC son enfermedades neurodegenerativas progresivas caracterizadas por pérdida neuronal y depósito de lipopigmentos autofluorescentes en los tejidos. Además de las formas clásicas se han identificado 14 formas atípicas, 20% de las LNC. Varían en su presentación, hallazgos físicos, forma de transmisión, locus genético y hallazgos neuropatológicos.

Objetivo: analizar características clínicas, neuropatológicas y neuroradiológicas de tres pacientes formas variantes de LNC.

Pacientes: Dos mujeres y un varón, de entre 11-13 años de edad, iniciaron entre los 4-9 años, convulsiones generalizadas en 2 casos y deterioro cognitivo seguido de convulsiones generalizadas en el otro. Todos presentaron deterioro intelectual lentamente progresivo, convulsiones generalizadas y parciales persistentes con regular control farmacológico, en un caso crisis fotosensibles de muy difícil manejo; síndrome cerebeloso y síndrome piramidal leve. La fundoscopia mostró defecto tapetoretinal en sólo uno de los casos, y leve atrofia papilar en otro, el ERG fue normal y los potenciales evocados leve aumento de latencias centrales. El EEG fue siempre patológico con alteración del ritmo de base, actividad epileptiforme y descargas occipitales autosostenidas y crisis con estimu-

lación fótica. TAC y RNM mostraron en todos los casos atrofia cerebral progresiva supra o infratentorial, cortico-subcortical. En todos el estudio neuropatológico de piel (microscopía óptica y electrónica) fue normal, no así en cerebro donde en dos niños el hallazgo principal fue la presencia de cuerpos curvilíneos y en uno además de cuerpos curvilíneos había cuerpos granulares.

Comentario: Cuando la presentación de la LNC no es clásica, se produce un retraso en el diagnóstico, un estudio no apropiado y una dilatación en el consejo genético.

76. RMN EN LA PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA, (PEESA) a propósito de dos casos.

Troncoso, Mónica; López, M. Eugenia; Barrios, Andrés; Birke, M. Eliana.

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán; Hospital Sótero del Río, Hospital de Antofagasta.

Introducción: La PEESA es una enfermedad neurodegenerativa adquirida, debido a la infección persistente en el SNC por una forma alterada del virus sarampión generalmente.

Objetivo: presentar y discutir las imágenes en RMN de dos niños con PEESA, ya que éstas pueden ser orientadoras y su desconocimiento puede llevar a diagnósticos erróneos.

Pacientes: 2 niños hombres en quienes se confirmó el diagnóstico de PEESA por la presencia de anticuerpos antisarampión en suero y LCR. **Caso 1:** Sano hasta los 9 años 9 meses cuando presentó status convulsivo generalizado, permanece asintomático por 3 meses y comienza con pérdida de memoria, inatención, perseverancia, además de disminución del lenguaje, alexia, agrafia, agregándose pérdida de control esfinteriano y mioclonías multifocales. No tiene antecedentes de Sarampión, fue vacunado normalmente, 6 meses después tiene parésia de la mirada vertical, mioclonías segmentarias y generalizadas que se interponen durante la marcha y dificultan la sedestación, balismo, temblor de acción, hipertonia en rueda dentada, reflejos arcaicos. EEG con trazado de base desorganizado, y descargas periódicas de complejos OL de alto voltaje. Encontrándose en estadio 2 la RMN mostró lesiones hiperintensas

en T2 en ambos caudados y lenticulares y escasas en sustancia blanca subcortical. **Caso 2:** antecedentes de sarampión a los 7 meses de vida. A los 11 años comenzó con cambios conductuales, dificultades de concentración, alexia, agrafia, agnosia visual, verborrea, ecolalia, luego se agregaron convulsiones. Aparecen además hipokinesia, postura en semiflexión, hipertonia en rueda dentada. El EEG de entonces mostraba paroxismos de polipuntas y punta onda lenta generalizada. Encontrándose en estadio 1 a 2 la RMN mostró lesiones hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR subcorticales bifrontales y temporo-parietooccipital derecha y bitemporales. Meses después el EEG muestra complejos periódicos difusos de polipunta onda lenta y multionda lenta bi y trifásicas de alto voltaje y clínicamente aparecieron mioclonías generalizadas y multifocales.

Comentario: La presencia de lesiones de sustancia blanca en la PEESA pueden llevar a confusión con otros cuadros como esclerosis múltiple, encefalomiелitis diseminada entre otras, y por las lesiones hiperintensas de los ganglios basales debe incluirse en el amplio espectro de diagnósticos diferenciales de las llamadas necrosis estriatales.

77. ENFERMEDAD DE SANDHOFF: hallazgos neuroradiológicos.

Troncoso, M.; Hernández, M.; Cervilla, J.; Novoa, F.; Flández, A.; Marengo, J.; Troncoso, L.

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

Objetivo: Comunicar las características neuroradiológicas en tomografía computada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro en 3 pacientes con enfermedad de Sandhoff, haciendo énfasis en la utilidad de estos exámenes para la orientación etiológica de dicha gangliosidosis.

Pacientes: tres niños que iniciaron detención de su desarrollo en los primeros meses de vida, apareciendo posteriormente macrocefalia, mancha rojo cereza, amaurosis, sobresaltos, signos piramidales y pseudobulbares. El estudio demostró disminución de la actividad de hexosaminidasas A y B. En todos la TC y RMN mostró importantes cambios de señal en

sustancia blanca que inicialmente hicieron sospechar los diagnósticos de leucodistrofias de inicio precoz (Canavan, Krabbe) pero otros hallazgos como hiperdensidad talámica en TC y los cambios de señal en RMN de estructuras grises centrales, entre otros, hacían altamente probable el diagnóstico de Enfermedad de Sandhoff. La espectroscopía por RMN fue normal. **Conclusión:** Las neuroimágenes son de gran ayuda en diversos cuadros neurológicos, entre ellos las gangliosidosis, haciendo posible canalizar el estudio diagnóstico.

78. DEFICIT DE BIOTINIDASA: un caso de inicio neonatal.

Troncoso A, Ledía; Troncoso Sch, Mónica; Carrera M., Jorge.

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán; Hospital Base de Puerto Montt.

Introducción: Existen dos defectos en el ciclo de la biotina, déficit de biotinidasa y déficit de holocarboxilasa sintetasa, ambos resultan en un déficit de carboxilasas múltiples y son biotina dependientes. La deficiencia de biotinidasa, o déficit de carboxilasas múltiples de inicio tardío, generalmente inicia sus manifestaciones clínicas en la infancia, y en pocos casos su inicio ocurre en el primer mes de vida.

Objetivo: presentar un caso de déficit de biotinidasa de inicio neonatal, para insistir en la búsqueda de este cuadro susceptible de tratamiento.

Paciente: niña de 3 meses, padres no consanguíneos, embarazo y parto normales, fue un recién nacido normal hasta la segunda semana de vida en que comienza con mioclonías generalizadas. Luego se agregó temblor de extremidades e irritabilidad; posteriormente episodios paroxísticos de desviación ocular y cianosis peribucal con progresiva desconexión sensorial. A las 10 semanas de vida aparecieron lesiones en piel tipo dermatitis seborreica. A los 3 meses era una lactante con alopecia parcial, dermatitis seborreica y lesiones eritematosas en tronco, extremidades y cuero cabelludo, conjuntivitis; sin dismorfias ni visceromegalia, con estridor laríngeo y compromiso del sensorio, con crisis de desviación ocular y mioclonías multifocales, sin control cefálico, escasa motilidad

espontánea, cefaloparesia, hipotonía axial, temblor y leve hipertonia de extremidades, clonus pedal bilateral. Los exámenes de laboratorio mostraron acidosis láctica en sangre y LCR. El EEG con trazado de base mal organizado y descargas de espigas multifocales y generalizadas. En sangre la carnitina total estaba disminuida, se detectó la presencia de 3 hidroxisovalerylcamitina, y un déficit de biotinidasa. Una vez iniciado el tratamiento con biotina y carnitina se observó una rápida desaparición de los fenómenos epilépticos con mejoría del trazado electroencefalográfico, recuperación progresiva del sensorio, mejorando su motilidad espontánea. Las lesiones de piel han ido mejorando en forma más lenta.

Conclusión: En todo niño que inicie convulsiones precozmente en la vida se debe estudiar el metabolismo de la biotina ya que permite una intervención terapéutica oportuna, y un consejo genético.

79. EMPIEMA SUBDURAL: ANALISIS DE 2 CASOS CLINICOS.

Barrios, A.; Prussing, L.; Morales, M.; Luna, F.; Melo, E.

*Servicio de Pediatría, Unidad Neuropediatría.
Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional Rancagua.*

El objetivo de la presentación es resaltar las características clínicas del cuadro de Empiema Subdural y la necesidad de un tratamiento oportuno, a raíz de dos casos clínicos diagnosticados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua.

Paciente 1: E.B.L., sexo masculino, 13 años ingresa (Agosto 1995) con historia de 4 días de cefalea progresiva, vómitos, hiperestesia periorbitaria derecha. Destaca al examen fiebre, signos meníngeos y focalidad derecha. TAC cerebral normal, signos de sinusitis frontal derecha. Citoquímico de LCR demuestra 155 células (64% polimorfonucleares). Se plantea diagnóstico de Meningitis Bacteriana y Obs. Encefalitis Herpética (manejo con Ceftriaxona y Aciclovir). Evoluciona con crisis parciales secundariamente generalizadas y cefalea persistente, por lo cual, a los 6 días de ingreso se realiza RNM cerebral que demuestra Empiema Subdural Fronto-parietal Derecho, interviniéndose

quirúrgicamente el mismo día. Cultivo demuestra *Streptococo beta hemolítico grupo G*, completando tratamiento con penicilina sódica durante 6 semanas, con excelente evolución.

Paciente 2: C.C.G., sexo femenino, 13 años. Ingresó (Agosto 1999) por cuadro de 4 días de evolución de cefalea, fiebre, vómitos, Sd. Confusional, focalidad neurológica izquierda. Parámetros de laboratorio de infección bacteriana, citoquímico LCR demuestra, 185 células (73% polimorfonucleares), TAC cerebral muestra colección subdural frontal derecha. Por sospecha de Empiema Subdural se solicita, RNM cerebral confirmándose éste. Se realiza intervención quirúrgica al segundo día de ingreso. Cultivo demuestra *Streptococcus milleri*, por lo cual, se deja tratamiento asociado de Cloranfenicol (15 días) y Penicilina Sódica (6 semanas). TAC de senos paranasales muestra sinusitis etmoidal. Evolución favorable.

Comentario: El Empiema Subdural es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son determinantes en el pronóstico. Signos de infección bacteriana, focalidad neurológica, y neuroimagen sugerente deben hacer plantear el diagnóstico. La búsqueda de un foco sinusal primario debe plantearse como primera línea cuando se diagnostique este cuadro en la edad pediátrica.

80. ENCEFALITIS HERPETICA.

Avendaño K., L.; Yañez C., N.; González G., J.E.; Avendaño B., M.

Objetivo: se desea destacar esta etiología como causa de encefalitis con manifestaciones convulsivas focales, destacan la importancia del estudio de EEG precoz y del inicio empírico del tratamiento con aciclovir EV, previo a la confirmación etiológica. Se debe realzar la trascendencia de la neuroimagen en este cuadro.

Material y Métodos: Se presentan 3 resúmenes de fichas de pacientes en edad pediátrica: 2 del Hosp. De Carabineros y 1 del Hosp. Exequiel González Cortés; en que se sospechó dicho cuadro y se inició precozmente el tratamiento con aciclovir.

Los 3 pacientes debutaron con Sd. convulsivo (focal, parcial complejo o TCG), en todos hubo alteraciones de conciencia y de conducta.

Estudio serológico (PCR) + 1/3 neuroimagen típica 3/3 LCR sugerente 2/3 EEG típico 3/3: trazado de base enlentecido, con puntas-ondas lentas en área temporal.

Evolución a la fecha: en dos de los pacientes excelentes y uno aún hospitalizado.

Conclusión: se ratifica lo descrito en la literatura sobre el manejo pronóstico de la encefalitis herpética, precozmente tratada, por lo que se debe sensibilizar a los pediatras, fundamentalmente a los intensivistas frente a este enfoque de sospecha y tratamiento precoz.

81. CASO CLÍNICO: ESTUDIO CLÍNICO Y SEROLÓGICO PARA CAMPYLOBACTER YEYUNI EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE.

Troncoso, Mónica; Solari, Francesca; Marengo, Juan José; Prof. Figueroa, Guillermo; Troncoso, Myriam.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán; Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una de las causas más frecuentes de Parálisis Fláccida, tanto en los niños como en adultos, y está aceptado que es un desorden agudo inmune que posee epitopes targets en nervios craneales, espinales y raíces nerviosas. Además, la infección por *Campylobacter yeyuni* (CY) está reconocida como un común antecedente en el SGB.

Paciente y Método: Se recibe niño con historia sugerente de Síndrome de Guillain Barré, al cual se le realiza estudio clínico, citoquímico de LCR, electrofisiológico, cultivo de deposiciones, serología para CY y medición de anticuerpos Antigangliosidos GM1 en suero y LCR.

Caso Clínico: Paciente escolar de 7 años con historia de diarrea previa que comienza con debilidad progresiva ascendente de instalación aguda y llega a su plateau en 6 días (no camina, no controla tronco, sin compromiso de pares craneales y respiración abdominal). Se trata al ingreso con inmunoglobulinas ev. Citoquímico de LCR (4to. día de evolución) con prot. 0,32gr % / GB 3 por mm y que gira al 15vo día de evolución a prot. 1,85 gr % / GB 2 por mm. Estudio electrofisiológico al 8vo día muestra una

polineuropatía (PNP) motora pura mixta de predominio axonal y se repite al 15vo día de evolución donde no hay mayores cambios. Cultivo de deposiciones seriados fue negativa. IgG específicos para CY suero 0,75 UA (VN<0,4) y LCR de >2 UA. Anticuerpos anti GM1 suero 0,21 UA (Corte 0,186) y LCR de 0,13 UA. Evolucionando recuperando lentamente habilidades perdidas.

Conclusión: Paciente evoluciona en forma similar a niños con PNP axonal motora pura (Trabajos en el noreste de China), donde ha sido más elevada la asociación con CY y Ac: antigangliosidos. En nuestro caso se encuentra positivo el Ac antiGM1 y serología para CY, quedando claro que en este niño la causa de su SGB fue reacción inmune cruzada. Por eso planteamos que sería importante estudiar todos los casos de SGB en niños en Chile para ver la incidencia y prevalencia de estos anticuerpos en nuestra población.

82. ENCEFALOPATIA NECROTISANTE AGUDA.

Vallejos, M.; Llanos, L.; Rodillo, E.; Adlerstein, L.
Hospital Roberto del Río.

En 1995 M. Mizuguchi describió un nuevo cuadro clínico caracterizado por inicio febril e infección respiratoria alta o diarrea, seguido de compromiso de conciencia importante, frecuentemente asociado a convulsiones y estudio de neuroimagen cerebral con lesiones múltiples y simétricas que afectan principalmente a tálamo, sustancia blanca periventricular, cerebelo y tronco en la cual se han descartado otras causas de encefalopatía (infecciosas, hipóxicas, metabólicas, vasculares, etc.).

A esta entidad la llamó Encefalopatía necrotizante aguda.

La mayoría de los trabajos publicados en la literatura corresponden a pacientes de Japón o lejano oriente, habiéndose descrito sólo 5 pacientes fuera de oriente por lo que consideramos importante dar a conocer este caso.

Lactante de 11 meses, previamente sano que inicia cuadro de fiebre y compromiso del estado general. Se le diagnostica amigdalitis y queda en tratamiento con amoxicilina.

Persiste decaído, somnoliento y deposiciones

líquidas por lo que vuelve a consultar presentando crisis convulsiva tónica generalizada (2) recibe diazepam posterior a lo cual cae en coma. Se ingresa al Hospital de Copiapó. Se realiza P.L. que es normal y TAC que muestra múltiples lesiones hipodensas simétricas, en talamos, sustancia blanca periventricular y cerebelo por lo cual es enviado al Hospital Roberto del Río.

El paciente ingresa en coma (Glasgow 1-1-3) respirando espontáneamente, con respuesta de descerebración frente a estímulos dolorosos, miosis, hipotonía a hiperreflexia.

Se realiza nueva P.L. que muestra proteinorraquia de 89 mg/dl sin células. Glicemia, amonemia y ácido láctico normales.

RNM muestra imágenes hiperintensas en ambos talamos, sustancia blanca periventricular, cerebelo y protuberancia.

Evoluciona con lenta mejoría del nivel de conciencia y 4 días después del ingreso mantiene ojos abiertos, con parálisis de la mirada horizontal, pupilas isocorias reactivas a la luz, hipotonía generalizada, síndrome piramidal bilateral. Para descartar posible enfermedad metabólica se estudió aminoacidemia; aminoaciduria; ácidos orgánicos, carnitina y ésteres de acilcarnitina. Se intentó tratamiento con altas dosis de corticoides sin respuesta.

Dado los hallazgos clínicos y neurorradiológicos descritos se plantea el diagnóstico de Encefalopatía Necronizante Aguda.

83. LABORATORIO DE ELECTROMIOGRAFIA PEDIATRICA: EXPERIENCIA DE SUS DOS PRIMEROS AÑOS.

Escobar, R.; Necochea, C.

Unidad Neuromuscular, Departamentos de Pediatría y Neurología, Universidad Católica de Chile.

La evaluación electromiográfica se considera una verdadera extensión del examen neurológico clínico en la evaluación del sistema neuromuscular, constituyendo el método esencial en el delineamiento neurofisiológico y patofisiológicos de las enfermedades que afectan a este sistema. El desarrollo de las técnicas electromiográficas ha ocurrido básicamente con relación al estudio de las patologías que afectan al sistema neuromuscular adulto, por lo que la implementación técnica así como los protocolos de estudio

no necesariamente satisfacen las necesidades de evaluación de las enfermedades neuromusculares que se presentan en la edad pediátrica. La presente comunicación tiene como objeto mostrar la experiencia acumulada en el periodo de agosto de 1997 a septiembre de 1999 en un laboratorio electromiográfico pediátrico. Durante este periodo se estudiaron 96 pacientes, con una edad promedio de 5 años (rango 12 días a 15 años). En todos los pacientes estudiados se logró realizar un examen contable. Se efectuaron un total de 107 exámenes, 102 estudios de conducción nerviosa más electromiografía, 3 test de estimulación repetitivo y 2 test de tensilon. Los diagnósticos electrofisiológicos más frecuentes fueron examen normal en 39%, plexopatía braquial en 14%, miopatía 13%, polineuropatía sensoriomotriz 10% y polineuropatía o polineuropatía axonal motora 6%. En un 42% hubo confirmación de la presunción diagnóstica clínica y en un 15 % hubo rechazo de ella.

84. SINDROME DE COFFIN SIRIS: 2 CASOS CLINICOS Y REVISION DE LA LITERATURA.

Aravena, T.; Castillo, S.; Villaseca, C.

Servicio de Genética, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Servicio de Genética, Hospital Roberto del Río.

Presentamos los casos clínicos de 2 pacientes de sexo femenino. La primera paciente de 10 años, hija única de una pareja joven con un aborto espontáneo previo, presentaba retraso del crecimiento de inicio posnatal, retardo mental, macrocefalia, cabello ralo, hirsutismo corporal, facie tosca, cejas pobladas, nariz ancha, filtrum largo, boca grande, macroglosia, micrognatia, escoliosis, braquidactilia de predominio distal, pulpejos prominentes e hipoplasia ungueal del quinto dedo bilateral. La segunda paciente, de 5 años, sin antecedentes familiares de importancia, presentó desnutrición severa de inicio posnatal, con rasgos dismórficos similares a la primera paciente, salvo en que presentaba microcefalia y piel laxa. A ambas pacientes se les realizó estudio de cariograma en sangre que resultó ser normal, 46,XX. Considerando la presencia de retardo Mental, hirsutismo corporal, cabello ralo, facie tosca e hipoplasia ungueal del quinto dedo

se realizó el diagnóstico clínico de síndrome de Coffin Siris, enfermedad genética de la que existen menos de 100 casos publicados. La forma de herencia de este síndrome, al parecer autosómica dominante, aún se encuentra en discusión. El síndrome de Coffin Siris debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del retardo mental asociado a rasgos toscos.

85. SINDROME DE DANDY WALKER. DIAGNOSTICO PRECOZ, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Pujadas, C.; Giaccio, J.

H.G.Z.A.D. Evita Pueblo. Berazategui; Pcia de Bs. As. Argentina.

Sin dudas las malformaciones del neuroeje fetal, son exclusivo terreno de la ecografía diagnóstica durante el embarazo. Dada su sensibilidad podemos reconocer con premura defectos del sistema nervioso central para su tratamiento precoz en la vida extrauterina.

Presentamos los hallazgos por imágenes encontrados en un paciente con Síndrome de Dandy Walker, haciendo comparación con un patrón normal, con el objeto de transmitir e informar que es esperable observar en este cuadro.

Nuestro paciente tratado precozmente presentó una evolución favorable con relación al grupo de pacientes con este diagnóstico y consecuente déficit neurológico irreversible por su enfermedad de base.

86. PRESENTACION DE UN CASO DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN PACIENTE ESCOLAR.

Rojas, V.; Rivas, M.; Novoa, F.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren Valparaíso.

La Esclerosis Múltiple, es una enfermedad de etiología aún no precisada, relacionada con factores genéticos, inmunológicos y ambientales caracterizada desde el punto de vista anatómopatológico por la presencia de múltiples lesiones en la sustancia blanca del SNC, cuyo rasgo más característico es la pérdida acusada de mielina, con relativa preservación de los axones. La dispersión espacial y temporal de las lesiones es el rasgo clínico más característico de la enfer-

medad en el cual se basa su diagnóstico presentándose con amplia preferencia entre los 20 y 45 años, según la literatura médica actual sólo un 2 a 3% de los casos se registran en menores de 15 años. Por lo anterior hemos querido presentar el cuadro clínico de una escolar de 12 años sin antecedentes mórbidos personales ni familiares padres chilenos, nacida en Suiza, residente en Chile desde hace 5 años quien el 12-12-1996 presentó un cuadro de cefalea y parestesias en su mano izquierda de 3 días de duración, con un examen y TAC cerebral normales siendo catalogada como cefalea vascular. Permanece asintomática por dos años y medio hasta el 15-4-1999 cuando presenta parestesias de mano y pie derecho seguido de síndrome piramidal, con 2 TAC cerebrales normales se solicita RNM la cual demuestra múltiples imágenes hiperintensas a nivel de sustancia blanca cerebral ampliamente sugerentes de desmielinización, bandas oligoclonales en LCR (-). Este último episodio regresó en 6 días quedando posteriormente asintomática. Por la presencia de dos brotes clínicos de déficit neurológicos asociado a neuroimagen característica se planteó el diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

87. MENINGITIS CRONICA IDIOPATICA: PRESENTACION DE UN PACIENTE.

Andrade, L.; Rojas, V.; Novoa, F.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

La Meningitis Crónica Idiopática es un Sde. clínico reconocible desde 1973 con un patrón neuroradiológico característico de engrosamiento meníngeo sobre las convexidades cerebrales y en menor grado sobre el tentorio cerebelar. Es un diagnóstico de exclusión luego de un acucioso estudio etiológico de LCR (3) y una evaluación sistémica mínima. De etiopatogenia desconocida. En la literatura se han intentado tratamientos con corticoides asociado a antiTBC con favorable respuesta.

Se presenta niña de 4 años, atendida en el extrasistema, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, padres no consanguíneos. Al año 7 meses comienza con vómitos agregándose a los 2 meses fiebre intermitente de 38°C-38,5°C con examen físico negativo salvo,

leve hipertrofia de clitoris. Se toman los siguientes exámenes: hemograma con 35.000 blancos 64 % neutrófilos, anemia microcítica, trombocitosis, VHS 50. Leve acidosis metabólica en sangre. Glicemia, albuminemia, Ac. antiendomiso, Ac. antinuclear, ANCA, Ac. antiDNA, DHEA, cortisol suero, electroforésis de proteínas, hemocultivo, Ca, P, MG, Eco Abdominal: (-). Evoluciona con fiebre prolongada episódica recurrente, matinal, asociada a retraimiento, anorexia, náuseas y vómitos, sintomatología que se mantiene hasta hoy. Hemogramas de controles sin cambios (leucocitosis, anemia).

A los 3 años 6 meses persiste el cuadro clínico, la menor se encuentra desnutrida y con talla baja se repite estudio inmunológico que resulta (-), CMV(-), Toxoplasma(-), HIV(-). Estudios de ácidos grasos en plasma negativo, estudio tiroideo (-), Rx edad ósea: N. A solicitud de los padres se realiza TAC cerebral que muestra una significativa dilatación ventricular supratentorial con signos involutivos difusos. Se deriva a neurología para estudio. Al examen físico destaca macrocefalia con Sde. Piramidal bilateral. LCR:160 GB 85% PMN, prot 34mg%, gluc 50 mg%, ADA, Tinta China, cultivo de Koch, conriente y de hongos, cisticercos (-) RNM de cerebro: engrosamiento meníngeo difuso compatible con Paquimeningitis difusa idiopática, signos de abiotrofia y de hidrocefalia no reabsortiva 2ª. Previo a inicio de tratamiento se realiza biopsia de aracnoides no encontrándose elementos que sugieran una infección específica. Se plantea como tratamiento empírico Azacortid más Isoniacida el cual por diversas causas aún no es posible de iniciar.

88. ESCLEROSIS TUBEROSA. ASOCIACION CON ANGIOMIOLIPOMA RENAL.

Colombo, M.; Novoa, F.

Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso.

La esclerosis tuberosa es un síndrome multisistémico caracterizado por síntomas neurológicos y tumores en múltiples órganos incluyendo riñón, cerebro, piel, ojos, corazón y pulmón.

Se presenta una familia en que la madre y sus tres hijos presentan esclerosis tuberosa. Los niños, todos varones, con edades de 8, 15 y 17 años, presentan manchas despigmentadas en la

piel, calcificaciones cerebrales certificadas por TAC cerebral, epilepsia en tratamiento, con buena respuesta y trastornos del aprendizaje, por capacidad mental limitrofe. La madre y 2 de los niños (de 8 y 17 años) tienen adenoma sebáceo. Como parte de su estudio se realizó una ECO abdominal a los 3 niños, observándose en 1 de ellos (17 años) un angioma lipoma renal. Su evaluación nefrológica hasta la fecha es normal. Se plantea la necesidad de evaluar periódicamente a los pacientes con esclerosis tuberosa, dirigiéndose a buscar presencia de tumores, para hacer un tratamiento oportuno y evitar secuelas.

89. MIALGIAS POST EJERCICIO COMO FORMA DE PRESENTACION DE UNA DISTROFINOPATIA.

Kleinsteuber, Karin; Rocco, Paola; Herrera, Luisa; Vainzof, Mariz; Birke, María Eliana; Yañez, Manuel; Flandes, Ana; Carvallo, Pilar; Avaria, María de los Angeles.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Borja Arriarán, Depto. de Biología Celular y Molecular, P.U. Católica de Chile; Programa de Genética Humana, ICBM, U. de Chile; Centro de Estudios del Genoma Humano, Universidad de Sao Paulo; Hosp. Regional de Antofagasta; Universidad Austral de Chile.

Introducción: Las mialgias son síntomas frecuentes cuyo diagnóstico específico es difícil. Entre las causas raras figuran fenotipos leves de distrofinopatías debidas a mutaciones en el gen de la distrofina al igual que las distrofias de Duchenne y Becker.

Objetivo: Presentar un caso de distrofinopatía confirmada por genética e inmunohistoquímica, manifestado por mialgias post ejercicio sin debilidad.

Caso clínico: Paciente de 8 años inicia a los 7, episodios de mialgias post ejercicio, asociados a elevaciones de creatinfosfokinasa (CPK) mayores de 1000 U/L, con CPK entre episodios de alrededor de 500 U/L, sin mioglobinuria. Al examen destaca leve hipertrofia de pantorrillas con fuerza normal. Test de ejercicio isquémico, electromiografía, neuroconducción y microscopía electrónica de músculo son normales. El análisis molecular del gen de la distrofina por PCR

confirma deleciones de exones 45,47,48,50 y 51. El análisis en biopsia muscular por inmunofluorescencia da señal positiva para distrofina y el Westernblot detecta una disminución de la masa molecular y de la cantidad de proteína.

Conclusiones: Las mialgias post ejercicio son parte del amplio espectro fenotípico de las distrofinopatías, y por tanto deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las mialgias. Las técnicas de genética molecular e inmunológicas son esenciales en el estudio de estos cuadros que de otro modo quedarían sin diagnóstico etiológico.

90. PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO EN CHILE.

Rodríguez O., Jorge; González A., Raúl; Cisterna S., Claudia; Paéz C., Patricia; Montero O., Cecilia
Servicio Neurología, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

La panencefalitis esclerosante subaguda postsarampión (PEES), es en la actualidad una entidad infrecuente en aquellos países donde existen programas regulares de vacunación

contra el sarampión. Presentamos un caso, con evolución rápida a la muerte, en el cual, fueron observados los hallazgos característicos. Entre los más relevantes: títulos elevados de anticuerpos antisarampión en el líquido cefalorraquídeo (LCR), patrón periódico en el EEG, fenómenos de desmielinización progresiva en el scanner y resonancia nuclear magnética cerebral, asociados a la presencia constante de crisis mioclónicas. A pesar de una terapia continua con alfa-interferón intratecal, cimetidina en dosis inmunorreguladoras y un antiviral, se observó un deterioro, progresivo del paciente. El estudio neuropatológico reveló importante compromiso a nivel de los centros semioviales de los hemisferios frontales, de predominio hemisférico izquierdo. La microscopía mostró abundantes fenómenos de infiltración mononuclear perivascular. En la sustancia blanca destacaba un fenómeno de pseudoespongiosis. La presencia de cuerpos de inclusión del tipo Cowdry A, fue observada en algunos astrocitos de la sustancia blanca. Se presenta el vídeo del paciente con las descargas mioclónicas periódicas propias de la enfermedad.

Palabras clave: panencefalitis esclerosante subaguda postsarampión (PEES). alfa-interferón.

INDICE DE AUTORES

AUTORES	TRABAJO
Abarzúa, A.	44
Acosta, M.	27
Adlerstein, L.	82
Aguilera, A.	60
Alliende, M.A.	48, 49, 50
Alvarez, C.	74
Amarales, C.	30, 33
Andrade, L.	67, 87
Aniballi, S.	27
Aranda, L.	4
Araneda, J.C.	36, 37
Aravena, L.	27
Aravena, T.	84
Aros, P.	72
Avaria, M. Angeles	33, 89
Avendaño B., M.	73, 80
Avendaño K., L.	73, 80
Badilla, L.	72
Bahamondes, P.A.	54
Barra, C.	6
Barrios, A.	49, 50, 76, 79
Birke, M.E.	75, 76, 89
Bonilla, E.	32
Bravo, E.	13, 71
Brown, I.	27
Burón, V.	5, 74
Bustos, M.	60, 61
Buzetti, M.	24
Cabello, J.E.	11, 63
Cabezas, M.	62
Cabrapan, E.	65
Campos, M.	4
Carrera, M.J.	78
Carvajal, M.	64
Carvallo, P.	89
Castiglioni, C.	2, 29
Castillo, S.	84
Cerda, M.	7
Cervilla, J.	7, 51, 74, 77
Cid, M.E.	75
Cid, P.	27
Cisterna, C.	90
Cofre, J.	42
Colombo, M.	67, 88
Cordella, P.	45
Coria, C.	3, 27
Cornejo, V.	47
Corsi, E.	21
Cortés, F.	48, 49, 50
Couve, E.	11
Cuadra, L.	72
Culcay, C.	71
Cumsilla, E.	36, 37
Curotto, B.	48, 49, 50
Darrigrande, O.	27
David, P.	44, 66, 73
De la Barra, F.	38, 39
De la Parra, A.	47, 51
Devaud, C.	74
Devilat, M.	5, 65
Díaz, C.	75
Díaz, M.	60
DiMauro, S.	31, 32
Doloren, B.	52
Donoso, T.	22, 23, 24, 25
Dragnic, Y.	13, 70, 71
Dunner, P.	56, 57
Duran, G.	46, 47
Eismann, P.	25
Erazo, R.	7, 31, 32, 74
Escobar, M.	35
Escobar, R.	35
Fernández, F.	2, 16, 55, 56, 69
Ferrando, C.	7
Ferreira, J.	32
Figueroa, G.	81
Flandes, A.	56, 89
Flores, A.	75
Flores, P.	42
Fuentealba, O.	53
Fuentealba, R.	36, 37
Fuentes, A.	72
Gajewski, C.	55
Gallardo, L.	61
García, C.	68, 70
George, M.	38, 39
Giacaman, E.	26
Giaccio, J.	80
Godoy, J.	4
Gómez, V.	5, 65, 72
González, C.	41
González, J.E.	73, 80

González, P.	17, 18, 19	Moviglia G.	8
González, R.	90	Mujica, M.	7
Gormaz, R.	65	Muñoz, K.	35
Guerra, P.	6	Naves, M.	24
Guldenfinger, E.D.	11	Necochea, C.	83
Harun, A.	32	Novoa, F.	11, 32, 63, 68, 77, 86, 87, 88
Hein, A.	23, 24, 25	Orrego, E.	1
Hernández, A.	29	Ortúzar, P.	12
Hernández, D.	51	Páez, P.	90
Hernández, M.	8, 9, 10, 15, 29, 34, 66, 77	Palma, A.	72
Herrera, L.	89	Paredes, M.	30
Herrera, M.	61	Pérez, E.P.	41
Hughes, S.	14	Pinto, F.	9, 10, 34
Indey, M.	43	Pizarro, C.	44, 52
Japaz, O.	55, 56	Pizarro, M.	27
Jiménez, M.	47	Poblete, P.	25
Kleinsteuber, K.	33, 89	Prado, M.	26
Kolbach, M.	12	Prussing, L.	25
Kong, M.	43	Pujadas, C.	14, 80
Larraguibel, M.	17, 18, 19	Quijada, C.	2, 6
Las Heras, J.	32	Raimann, E.	47, 51
Lemp, O.	65	Ramírez, D.	72
Leppe, O.	28	Rendich, S.	63
Llanos, L.	82	Rios, L.	75
Llorente, L.	73	Riquelme, R.	21, 28
López, C.	38, 39	Rivas, M.	28, 86
López, I.	2, 3, 9, 10, 16, 50, 75	Rivas, P.	58
López, M.E.	76	Rocco, P.	89
Luna, E.	79	Rodillo, E.	82
Mabe, P.	47	Rodríguez, J.	90
Manríquez, M.	13, 70, 71	Rojas, A.	27
Marengo, J.J.	1, 77, 81	Rojas, C.	48, 49
Martínez, A.	41	Rojas, L.	27
Martínez, J.C.	41	Rojas, R.	75
Martínez, V.	17, 18, 19	Rojas, V.	67, 68, 75, 86, 88
Mejewski, J.	14	Sagredo, C.	71
Melo, E.	79	Salinas, J.	44
Mena, F.	51	Salinas, M.	61
Menéndez, P.	15, 54, 66, 69	Santa María, L.	48, 49
Merino, V.	42	Santín, J.	4
Mesa, T.	4, 12	Santos	11
Milla, L.	60	Santos, M.	32
Miranda, M.	66	Schiattino, I.	17, 18, 19
Monsalve, E.	55	Schnitzler, S.	73
Montalva, N.	62	Segura, H.	64
Montecinos, T.	63	Shanske, S.	32
Montero, C.	90	Smalla, K-H.	1
Morales, L.	27	Solari, F.	33, 81
Morales, M.	79	Taratuto, A.	32
Moreau, J.	27	Tellerias, L.	70

Todd, E.	62	Vásquez, R.C.	20
Toledo, V.	38, 39	Venegas, V.	51
Torres, R.	7	Vergara, V.M.	34
Troncoso, L.	2, 3, 8, 9, 10, 15, 16, 49, 75, 77, 78	Vielma, F.	53
Troncoso, M.	2, 3, 9, 10, 16, 29, 60, 75, 76, 77, 78, 81	Vila, J.	30
Ubilla, A.	44	Villaseca, C.	84
Urrutia, P.	59	Viza, Y.	61
Vainzof, M.	89	Volenski, J.	60, 61
Valdés, A.	40	Vu, T.	32
Valdivia, M.	53	Wilson, J.E.	23, 24
Valenzuela, B.	51	Wolf, E.	7
Valenzuela, R.	17, 18, 19, 55	Wyneken, U.	1
Valenzuela, S.	72	Yañez, C.N.	80
Valiente, A.	47, 48	Yañez, M.	89
Vallejos, M.	26, 82	Zuleta, S.	72
		Zúñiga, C.	35

CUENTA DEL DIRECTORIO (Octubre 1997-Noviembre 1999)

El Directorio de la Sopnia, de acuerdo con los estatutos, cumple con la obligación de informar a sus socios acerca de la labor realizada durante su mandato de dos años.

1. Situación Administrativa.

Se ha mantenido una estructura organizativa estable y funcional.

La Directiva se ha reunido mensualmente, y también en forma extraordinaria, cuando la ocasión lo ha requerido.

Seguimos contando con una eficiente secretaria, Sra. Carolina Martínez, y una secretaria que funciona físicamente en una oficina que arrendamos en el edificio de las Sociedades Científicas del Colegio Médico de Chile (AG). Para agilizar su labor se compró una línea telefónica, y se renovó el equipo computacional.

Mantenemos también nuestra relación con una contadora, Sra. Cecilia Schmidt, que nos ayuda a controlar nuestros ingresos y egresos.

Aún no se ha logrado adquirir un local propio donde instalar nuestra secretaría, y que sirva de lugar físico donde pueda reunirse nuestro directorio y sean atendidos nuestros socios. Existe un acuerdo inicial con la Sociedad de Neurocirugía para adquirir en conjunto un departamento donde funcionar, que se ha postergado dada la situación económica actual imperante.

2. Comunicaciones:

Se ha logrado mantener en forma continua la publicación del Boletín de nuestra sociedad, gracias a la esforzada labor de su directora Dra. Freya Fernández y su comité editorial. Este boletín se sigue nutriendo de trabajos de ingreso a nuestra sociedad y de los trabajos presentados en nuestras reuniones científicas mensuales, siendo la cara que nos representa hacia el exterior. Seguimos contando con el auspicio de Drugtech del Grupo Recalcine, que financia y distribuye esta publicación. El Laboratorio Andrómaco distribuye además una hoja mensual

en que anuncia el temario de nuestras reuniones científicas periódicas y hace la difusión de las actividades del Grupo de Trastornos del Desarrollo.

3. Reuniones científicas mensuales.

Durante 1998 se mantuvo el esquema de reuniones científicas mensuales, desde Marzo a Diciembre, rotativas en los diversos servicios clínicos de Santiago que agrupan a neurólogos, psiquiatras, neurocirujanos y especialidades afines. En 1999 se intentó concentrar esta actividad en un solo punto de reunión, el Auditorium del Hospital Calvo Mackenna y con un horario distinto 12.30-14.00 hrs., manteniendo la rotación de los servicios clínicos responsables de ella. Lamentablemente la asistencia sigue siendo baja, a pesar de una calidad técnica adecuada. Nuestro Directorio se ha cuestionado la metódica de estas reuniones y ha estado recibiendo sugerencias y opiniones acerca de cómo programarlas a futuro, tarea que queda pendiente.

El laboratorio Andrómaco, como tradicionalmente lo ha hecho, nos sigue apoyando fuertemente en esta iniciativa.

4. Actividades de extensión

- **Cursos para profesores:** Entre el 26 y el 27 de Junio de 1998, se realizó exitosamente el curso «El niño en la sala de clases: aprendizaje y conducta», auspiciado por el COSAM de Ñuñoa y acreditado por el CEPIP del Ministerio de Educación. Este curso fue coordinado eficientemente por la Dra. Marta Hernández.

- **Cursos a provincia:** «Segundas Jornadas de Psiquiatría y Neurología pediátricas», realizado en Chillán entre el 20 y el 21 de Noviembre de 1998, en conjunto con la filial Ñuble de la Sociedad Chilena de Pediatría, organizado por la Dra. Verónica Mercado y la Dra. Patricia Urrutia.

- **Rama de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad Chilena de Pediatría:** Participación de las Dras. Verónica Burón y Carmen Quijada en los temas: «Enfrentamiento del niño con Epilepsia en la atención ambulatoria» y «Enfrentamiento del niño con Trastornos del Lenguaje en la atención ambulatoria», realizado en Septiembre y Octubre de 1998.

5. Publicaciones

El libro «Síndrome de Déficit Atencional, Neurobiología, Diagnóstico y Tratamiento», editada por nuestros socios Isabel López, Ledia Troncoso, Jorge Förster y Tomás Mesa, publicado por la Editorial Universitaria, tuvo su primera edición de 1000 ejemplares en Octubre de 98 y una segunda edición de 1000 ejemplares en Junio del 99.

6. Grupos de estudio

- **Grupo de trastornos del desarrollo:** se ha consolidado como grupo y sigue funcionando mensualmente, actualmente en la sede del Laboratorio Andrómaco, los últimos sábados de cada mes. Ya ha realizado dos jornadas anuales de reflexión, con gran convocatoria de asistentes, habiéndose revisado temas como Disfasias del Desarrollo, Síndrome de Déficit Atencional, Dibujo Infantil y Revisión de Bases Científicas de Terapias Alternativas en Trastornos de Desarrollo. Ha emitido informes técnicos acerca de Delfinoterapia en Autismo y Síndrome de Down, método de Tomatis y técnicas de estimulación vestibular en Déficit Atencional.
- **Grupo Chileno de Epilepsia:** A raíz de la fusión de este grupo con la parte científica de la Liga Chilena contra la Epilepsia para formar la nueva Sociedad Chilena de Epilepsia, este grupo dejó la tutela de nuestra Sociedad. Se definieron las relaciones futuras con esta nueva sociedad científica, con la cual compartimos socios en común, haciendo énfasis de su mutua independencia.

7. Nuevos socios.

ingresaron durante el período Noviembre 1997 a

Noviembre 1998 los siguientes socios:

- Dra. Sandra Venegas G., Psiquiatra.
- Dr. Mario Valdivia P., Psiquiatra.
- Dra. Marisol Avendaño, Neuróloga.
- Dra. Patricia González M., Psiquiatra.
- Dra. Vania Martínez N., Psiquiatra.

8. Patrocinios.

- "II Curso Internacional de Diagnóstico Precoz de Alteraciones Cerebromotrices según Vojta", realizado desde el 29 de Julio al 2 de Agosto de 1998, organizado por el Hospital Carlos Van Buren (Servicios de Pediatría y Medicina Física y Rehabilitación) en conjunto con el Hospital Exequiel González Cortés (Servicio de Pediatría).
- "I Curso Internacional de Locomoción Refleja, Terapia Vojta", primer módulo realizado desde el 10 al 28 de Mayo de 1999, organizado por la Sociedad Vojta Internacional en conjunto con el Hospital Exequiel González Cortés, Colegio de Kinesiólogos y Hospital Van Buren.
- Conferencia Nacional "Plan de Atención Psiquiátrica para Chile", realizada los días 18 y 19 de Mayo 1999, organizado por el Ministerio de Salud.
- "Primer Curso de Neurocirugía Pediátrica", realizado los días 23 al 25 de Septiembre de 1999. Organizado por el Servicio de Neurocirugía Pediátrica del Instituto de Neurocirugía Asenjo.
- "II Congreso Latinoamericano de Errores Innatos del Metabolismo y Pesquisa Neonatal", realizado entre el 24 y 27 de Octubre de 1999, organizado por la Sociedad Latinoamericana de Errores Innatos del Metabolismo y Pesquisa Neonatal.
- Primer Congreso Nacional de Padres y Amigos de Personas con Autismo "El Autismo en Chile", realizado los días 29 y 30 de Octubre de 1999, organizado por la Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT).
- "Simposium de Neuropsicología", a realizarse

los días 26 y 27 de Noviembre de 1999, organizado por la Universidad de los Andes.

9. Congresos anuales:

- XVI Congreso: «Urgencias en Psiquiatría y Neurología Infantil», presidido por la Dra. Mónica Kimelman, significó el debut de un nuevo sistema de organización de nuestros congresos al tener un Coordinador Psiquiátrico (Dr. Juan Enrique Sepúlveda) y un Coordinador Neurológico (Dra. Verónica Burón).
- El actual congreso, XVII Congreso «Evolutividad en la Patología Neuropsiquiátrica Infantil», inauguró la experiencia de organizarlo fuera de Santiago. Nuestro próximo congreso XVIII «Aportes del Siglo XX al desarrollo de la Neurología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia», ya tiene un Presidente del Comité organizador, el Dr. Juan Enrique Sepúlveda, y un coordinador psiquiátrico (Dra. Esperanza Habinger) y otro neurológico (Dr. Pedro Menéndez).

10. Relación con la Liga Chilena contra la Epilepsia.

Se logró un acuerdo que significa un apoyo financiero fijo de la Liga Chilena contra la Epilepsia para las actividades científicas de nuestra Sociedad, obligándonos a incentivar en nuestros socios el uso de recetarios y Banco de Medicamentos de la Liga, colaborar en actividades de extensión y educación en salud que realice, asignarle un espacio en nuestro Boletín para la difusión de sus actividades y un stand en nuestros congresos y cursos.

11. Relación con el Ministerio de Salud.

Nuestro Vice-Presidente, el Dr. Ricardo García, nos representó en la Conferencia Nacional: Plan de Atención Psiquiátrica para Chile, realizada el 18 y 19 de Mayo 1999, organizada por el Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental.

También, en una iniciativa de la misma Unidad de Salud Mental, el Dr. García trabajó, a partir de Enero 1998, en una comisión para revisar y proponer una relación adecuada en la interacción

entre psiquiatras y psicólogos en la atención clínica de la población. El Dr. García coordinó el Comité de Expertos en Psiquiatría de nuestra Sociedad, representando la postura oficial de los psiquiatras infanto-juveniles.

12. Relación con CONACEM.

Nuestra Sociedad sigue contribuyendo al financiamiento de esta Comisión, y participando en la acreditación de Psiquiatras y Neurólogos infantiles. Nuestra opinión es que se ha fortalecido el reconocer a CONACEM como la única instancia certificadora de especialistas

13. Relación con Colegio Médico de Chile (A.G.).

El Comité de Expertos en Psiquiatría de nuestra Sociedad elaboró recomendaciones para nuestros afiliados en relación a honorarios para hijos de colegas, a raíz de una recomendación que hizo llegar el Comité de Ética del Colegio Médico acerca de este punto. Se elaboró una respuesta técnica a una petición efectuada acerca del uso de Terapia Asistida con Delfines en niños con Autismo y Síndrome de Down.

La Dra. Anahí Martínez nos ha representado gremialmente frente al Consejo Regional Santiago del Colegio Médico.

14. Fondo Nacional de Salud.

Nuestra Sociedad, representada por su Presidente, participó en el Encuentro FONASA-Sociedades Científicas, realizado el 20 Enero 1999, presentando la postura de los especialistas frente a prestaciones complejas que aún no cubre FONASA.

15. Relaciones Internacionales.

SLANI se autodisolvió en Octubre 1998 y fue reemplazado por FESLANI (Federación de Sociedades Latinoamericanas de Neurología Infantil). En Marzo 1999, en una reunión en Montevideo, asistieron como representantes de Chile los Dres. Isabel López y Fernando Pinto.

Esta Federación sesionará cada 2 años y una de

sus funciones principales es la formación y acreditación de los neurólogos infantiles latinoamericanos. La Dra. Isabel López asumirá esta función y el Dr. Fernando Pinto participará en la elaboración de los estatutos.

Finalmente, al terminar esta cuenta, declaramos que nos queda una tarea pendiente muy importante: seguir validándonos como una entidad científica seria que tiene un rol importante como agente de opinión acerca de políticas de

salud en nuestro campo y en contribuir fuertemente en instancias de perfeccionamiento y educación continua de nuestros asociados, que están distribuidos muy desigualmente en nuestro territorio en relación a las necesidades de la población.

Dr. Jorge Förster M.
Past-President

El Comité de Etica y el Comité de Asesoría Científica de la Asociación de Neuropediatras de Chile (ANP) se encuentran conformados por los siguientes miembros:

12. Relación con Colegio Médico de Chile (A.C.)

El Comité de Etica y el Comité de Asesoría Científica de la Asociación de Neuropediatras de Chile (ANP) se encuentran conformados por los siguientes miembros:

13. Relación con Colegio Médico de Chile (A.C.)

14. Fondo Nacional de Salud

15. Relación con el Ministerio de Salud

16. Relación con el Ministerio de Salud

17. Relación con el Ministerio de Salud

18. Relación con la Liga Chilena contra la Epilepsia

19. Relación con el Ministerio de Salud

20. Relación con el Ministerio de Salud

21. Relación con el Ministerio de Salud

22. Relación con el Ministerio de Salud

23. Relación con el Ministerio de Salud

• XVII CONGRESO DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tema Central: "Aportes del Siglo XX al Desarrollo de la Neurología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Proyecciones Futuras".

Fecha: 5, 6 y 7 de Octubre del 2000

Lugar: Viña del Mar, Chile

Presidente del Congreso

Dr. Juan Enrique Sepúlveda R.

Coordinador Neurología

Dr. Pedro Menéndez G.

Coordinadora Psiquiatría

Dra. Esperanza Habinger C.

TEMAS NEUROLOGIA

- *Trastornos del Sueño y Apneas en el niño. Desarrollo de técnicas diagnósticas y avances en la individualización de mecanismos neurobiológicos. Novedades terapéuticas.*
- *Evolución de la Patología Neuroinfecciosa en pediatría. Progresos en Neuroinmunología y nuevos conceptos en infecciones del Sistema Nervioso Central.*
- *La revolución de la Neuroimagen. Aportes de las técnicas imagenológicas en Neurología Neonatal. El futuro de la RNM y la espectroscopía.*
- *Organización de la Investigación Neuropediátrica Prospectiva a nivel nacional Neuropediátrica basados en la Evidencia. Catastro de Recursos Humanos y Técnicas.*

TEMAS PSIQUIATRIA

Grandes Orientaciones Teóricas en Psiquiatría Infanto-Juvenil

- *Psicoanálisis*
- *Sistémica*
- *Cognitivo-Conductual*
- *Biología y Psicofarmacología*
- *Estructuralista-Dialéctica*
- *Integración de las diversas escuelas*

Talleres Clínicos

- *Análisis y abordaje terapéutico de casos clínicos desde cada perspectiva teórica.*
Análisis integrativo

• CONGRESO DE JERUSALEM DEL AÑO 2000 LA INFANCIA PROMETIDA

Fecha: 29 de Octubre al 3 de Noviembre del 2000

Lugar: Centro de Convenciones Internacional de Jerusalem

Bajo el Patrocinio de:

- *Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y Profesionales Asociadas (IACAPAP)*
- *Asociación Mundial de Salud Mental Infantil (WAIMH).*
- *Asociación Internacional de Psiquiatría del Adolescente (ISAP).*

El Programa Científico incluirá:

- *Conferencias, Simposios y Talleres, Sesiones de Posters y Simposios Satélites.*
- *Sesiones Abiertas de "Conozca el Autor" y "Alrededor de un Mes".*
- *Mesas Redondas: "La niñez en los respectivos países".*
- *Los niños y adolescentes participarán en Simposios y Talleres relevantes.*

El Tema básico del Congreso: "La Niñez Prometida", trata en todos los aspectos del desarrollo del infante, del niño y el adolescente para las siguientes décadas.

Entre otros temas:

- Psicopatología del Desarrollo.
- Investigación acerca del Cerebro y las Neurociencias, Imágenes y Bioquímica Molecular.
- Aplicaciones en Psicofarmacología y Acercamientos Psicosociales.
- Genética.
- El Niño, la Familia y la Sociedad.
- Factores de Protección y de Riesgo.
- Autoafirmación y Autoestimulación.
- Trauma y Post-trauma (PTSD).
- Nuevos Sistemas Nosológicos y su relevancia en la entrega de servicios.

Simpósios Sateles:

- Adopción Internacional.
- Los Niños y los medios de comunicación masiva.
- Psicoanálisis.
- Educación.
- Migración de Menores.

El Congreso está bajo el Patrocinio de la Sra. Reuma Weizman, esposa del Presidente de Israel.

Información adicional solicitarla a: Dra. Marcela Larraguibel, fonos: 551.0044 - 632.0884 o al sitio web del Congreso: www.kenes.com/childhood

• EPILEPSIA 2000 - I CONGRESO LATINO-AMERICANO DE EPILEPSIA

Fecha: 7, 8 y 9 de Septiembre del 2000

Lugar: Santiago - Chile

Tema Central: "Perfil de la Epilepsia en Latinoamérica y Perspectivas del Tercer Milenio"

Durante el evento se expondrán además temas que incluyen "Epilepsia Avanzada", "Epilepsia Práctica", "Red informática para Epilepsia en Latinoamérica", "La Epilepsia vista por pacientes", "Organización Corporativa para la Epilepsia en Latinoamérica", "Historia y Arte en Epilepsia", y otros. Entre los invitados se cuentan: Dr. Jerome Enjel, Dr. Jean Aicardi, Dr. Josemir Sander, Dr. Hans Lüders, Dr. Natalio Fejerman.

GRUPOS DE ESTUDIO

• Sociedad Chilena de Epilepsia.

Se reúne Mensualmente, el segundo sábado de cada mes, en la sede de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Carlos Silva 1292 Dpto. 22. (Plaza Las Lilas).

Presidente:	Dr. Marcelo Devilat
Vicepresidente:	Dra. Ledia Troncoso
Secretario:	Dr. Manuel Campos
Tesorera:	Dra. Mireya Morales
Encargada de Publicaciones:	Dra. Isabel López
Directores:	Dr. Carlos Acevedo Dr. Tomás Mesa Dra. Lilian Cuadra

La Sociedad Chilena de Epilepsia es una Sociedad de profesionales interesados en las epilepsias, con personalidad jurídica y reconocimiento oficial de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), que están en trámite y fue fundada el 13 de Marzo de 1999.

Su referente histórico reside en profesionales Universitarios de la Liga Chilena contra la Epilepsia, entidad fundada el 6 de Diciembre de 1990, que fue autodisuelta después de haber realizado 84 sesiones de trabajo, para dar paso a la Sociedad Chilena de Epilepsia.

Los principales objetivos de la Sociedad son científicos, docentes y de colaboración con personas e instituciones dedicadas a la epileptología social, preferentemente a través de la Liga Chilena contra la Epilepsia.

• Grupo de Enfermedades Neuromusculares,

Se reúnen una vez al mes, el último viernes de cada mes, de 12.30 hrs., en el Auditorio del Laboratorio Recalcine (Terranova) abierto a todos los interesados

• Grupo Chileno de Neurología y Psiquiatría Perinatal.

Se reúnen el tercer Viernes a las 12.30 hrs cada 2 meses, en el Auditorio de Laboratorio Glaxo. Edificio del Pacífico. Presidente: Dr. Fernando Pinto L.

• Grupo de Estudio de Movimientos Anormales

Se reúnen el último Viernes de cada mes en la sede de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, Carlos Silva 1292 Dpto. 22 (Plaza Las Lilas).

• Grupo Chileno de Enfermedades Metabólicas

Con reuniones bimensuales, el segundo Jueves del mes correspondiente, de 13.00 a 14.00 hrs. INTA.

• Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo

Se reúnen el último Sábado de cada mes, en el Laboratorio Andrómaco, Vicuña Mackenna 3491

Presidente (S):	Dra. Maritza Carvajal.
Presidente:	Flgo. Marcelo Díaz
Secretario:	Flgo. Hugo Segura
Tesorero:	Dr. Enrique Vicentini
Directores:	Sra. Emelina Doñez Dra. Doris León

• **NUEVOS SOCIOS:**

Le damos la más cordial bienvenida a las Dras. Patricia González Mons, y Vanía Martínez Nahuel, que presentaron sus Trabajos de Ingreso en el XVII Congreso Anual y que han sido aceptadas como Miembros Activos de nuestra Sociedad, a partir del mes de Noviembre de 1999.

• Durante el XVII Congreso Anual de la Sociedad, se realizó la elección del Directorio para el bienio 1999-2001, quedando estructurado de la siguiente forma:

- Presidente:** Dr. Ricardo García Sepúlveda
- Vice-Presidente:** Dr. Tomás Mesa Latorre
- Secretaria General:** Dra. Marta Hernández Chávez
- Tesorera:** Dra. Virginia Boehme Krizwan
- Directores:** Dra. María Eugenia López Böhner
Dr. Pedro Menéndez González
Dr. Juan Enrique Sepúlveda Rodrigo
Dra. Patricia Urrutia González
- Past-President:** Dr. Jorge Förster Mujica

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

El Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia se propone como objetivo principal ser un instrumento de comunicación entre los socios y es así que ofrece sus páginas para difundir todos aquellos artículos relacionados con su actividad profesional.

Las contribuciones podrán tener la forma de trabajos originales, revisiones, casos clínicos, evaluaciones de programas asistenciales o actualidades, en las áreas de Neurología, Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente u otras disciplinas afines. Estos artículos se harán llegar al comité editorial del Boletín, que se encargará de su revisión con la colaboración de miembros de la Sociedad con trayectoria en el tema.

Los artículos se entregarán en papel tamaño carta, mecanografiados a doble espacio, e incluirán el original y dos fotocopias, más una copia registrada en disquette de 3.5 en Word 6.0 (P.C.). Se sugiere una extensión máxima de 10 páginas para artículos originales, revisiones y programas, y de 6 páginas para casos clínicos o actualidades. Como acompañantes del texto se incluirán solamente cuadros o tablas mecanografiadas en hojas separadas.

Se incluirá un primera página que contenga, a) título del trabajo, b) nombre y apellidos de los autores, c) lugar de trabajo, d) resumen del trabajo con un máximo de 150 palabras.

Se sugiere que los trabajos tengan el siguiente ordenamiento:

a) **Introducción:** Se plantearán y fundamentarán las preguntas que motivan el estudio y se señalarán los objetivos de éste.

b) **Pacientes (o sujetos) y Método:** se describirán los criterios de selección y las características de los sujetos. Se describirá la metodología usada y, cuando sea pertinente, detalles del diseño y de los métodos estadísticos empleados.

c) **Resultados:** Se refiere solamente a la

descripción en un orden lógico, de aquellos datos que se generan del estudio. No incluye su discusión.

d) **Discusión:** Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.

e) **Referencias:** Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición del problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto. La anotación se hará como sigue.

Revistas: Apellido e inicial de los autores: Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agrega et. al... A continuación anote el título del artículo en su idioma original. Luego el nombre completo de la revista en que apareció, año, volumen, página inicial y final.

Ejemplo: 1) Villalón H, Alvarez P, 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) Chiofalo N., Díaz A., Avila M. El Mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial compleja con sintomatología psiquiátrica. En *Las epilepsias. Investigaciones clínicas*. Editor: M. Devilat, 1991, pp 6-10 Ciba Geigy, Chile.

La secuencia propuesta, si bien es aplicable a un número importante de trabajos, no lo es para otros, como son revisiones o actualidades. En estos casos los autores se darán la organización que consideren pertinente.