

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS
QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS*

*Recopilación de casos en pacientes Embarazadas que ingresarón con trabajo de parto activo al
Hospital General San Juan de Dios; estudio retrospectivo de casos durante el periodo del
1 de Junio 1987 al 30 de Junio de 1993*

T E S I S:

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

P O R:

HECTOR RENE CALDERON SANCHEZ

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Guatemala, Abril 1994

05
+(6878)

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
SUBDIRECCION MEDICA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Oficio No. 8-G-93/94

Guatemala, 16 de marzo de 1994

Bachiller
Héctor René Calderón Sánchez
Presente

Estimado Bachiller Calderón:


El Comité de Investigación le informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de tesis titulado:

" COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE INGRESAN CON
TRABAJOS DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS "

Si no otro particular queda de usted,

Atentamente,

POR EL COMITÉ DE INVESTIGACION


Enf. Elea Maribel Hernández Arqueta
COORDINADORA

Vo. Bo.


Dr. César Augusto Reyes Martínez
JEFE
DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION

c.c. archivo



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 14 de Marzo
D.H. - 822. 24

de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER HECTOR RENE CALDERON
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SANCHEZ Carnet No. 8613047
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:


"COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS, QUE INGRESARON
CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS".

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodológica, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

del 12/11


Coleg. 3411 Revisor
Firma y sello

Registro Personal 12534

Dr. Cesar A. Reyes

Dr. CESAR A. REYES M. Gineco-obstetra.
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 150.800 Colegiado 3411

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

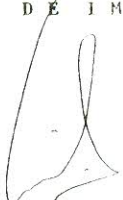
El Bachiller: HECTOR RENE CALDERON SANCHEZ

Carnet Universitario No. B6-13047


Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS, QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 14 de marzo de 1994



Dr. Edgar R. De León Barilla
Por Unidad de Tesis



Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Por haberme iluminado el camino para poder llegar a este momento y alcanzar mis objetivos.
- A MIS PADRES: Gregorio Calderòn Q.E.P.D.
Maria del Carmen Sànchez
Como recompensa por su ejemplo, apoyo y gran amor brindado.
- A MIS HERMANOS: Carlos Q.E.P.D., Thelma, Manuel, Edgar, Rolando, Aura, Victor Hugo, César y Juan.
Por su gran esfuerzo, para colocarme en lo que ahora soy. Que como premio a sus sacrificios, por su ayuda incondicional y por la confianza depositada en mi. Que Dios les bendiga.
- A MIS COMPAÑEROS
AMIGOS : Por la amistad tan grande que me brindaron, éxitos en su vida profesional.
- AL HOSPITAL: General San Juan de Dios, especialmente al departamento de Neurologìa por la colaboración prestada por su personal en la realización de este estudio, en especial al Doctor Luis Fernando Catalàn.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.	METODOLOGIA	31
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	38
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	56
IX.	CONCLUSIONES	62
X.	RECOMENDACIONES	64
XI.	RESUMEN	65
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
XIII.	ANEXOS	68

I. INTRODUCCION

El presente estudio titulado "COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS", comprendió un estudio retrospectivo de 7 años; del 1 de Junio de 1987 al 30 de Junio de 1993, analizándose las Historias Clínicas de las pacientes que presentaron Enfermedad Neurológica, el cual se realizó en base a registros médicos del archivo del departamento de Maternidad, U.C.I.A. del Hospital General San Juan de Dios.

El propósito principal de este estudio fue, identificar la incidencia de Enfermedades Neurológicas durante el embarazo, principalmente durante el trabajo de parto.

De los 13, 866 Post partos Patológicos encontramos 83 casos de pacientes que presentaron Enfermedad Neurológica, que corresponde al 0.6% del total de Post parto patológico (13,866 casos) y 0.15% del total de partos atendidos (54,810 partos) en el Hospital General San Juan de Dios en el período de estudio; lo cual nos deja en evidencia que estas entidades aunque raras, ameritan más atención, si tomamos como base que de los 83 casos el 45.78% (38 casos) ameritó su ingreso a UCIA y 12.04% (10 casos) fallecieron, lo que nos da la idea de conocer estas entidades y lo importante para el manejo de las pacientes que presentan estas complicaciones.

Consideramos que nuestro resultado puede ser tomado como punto de partida para una investigación más profunda y el establecimiento de conductas médicas que tomen en cuenta el problema en toda su magnitud.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La Neurología en el Embarazo cubre las condiciones que están directamente relacionadas con embarazo o puerperio, o bien alternativamente, condiciones neurológicas cuyo curso o dirección es alterado por la existencia de embarazo. (21) Estos trastornos neurológicos, no están específicamente relacionados al embarazo, pero los efectos de embarazo sobre antecedentes o trastornos neurológicos recurrentes o aquellas enfermedades neurológicas que se desarrollan durante el embarazo son diversos. (3)

Con la excepción de psicosis puerperal y posiblemente poliomielitis, los trastornos neurológicos no difieren en una mujer embarazada de una no embarazada. (27) Ciertos signos neurológicos son triviales y no ofrecen gravedad en el curso del estado gravídico. Así, la somnolencia, o por el contrario el insomnio que exige hipnóticos ligeros, forman parte de los signos del inicio del embarazo. (11)

Con la finalidad de analizar la frecuencia de diversas patologías en pacientes obstétricas del Hospital Universitario de Caracas, durante el año 1986, se analizaron 172 historias que corresponden a pacientes de alto riesgo obstétrico. De estas pacientes los datos indicaron que, Enfermedades Neurológicas ocuparon el 5.80% de las patologías asociadas al embarazo. (23)

El problema neurológico durante el embarazo como una emergencia es raro. Sin embargo es causa de una mayor mortalidad materna por lo tanto, se hace necesario un enfoque adecuado y rápido para resolver el problema, siendo necesario puntualizar la experiencia especializada; entre los problemas neurológicos podemos mencionar: Estatus Epiléptico, Encefalopatía Hipertensiva ecláptica, Hemorra-

gia Subaracnoidea, Crisis miasténica, Síndrome de Guillian - Barré agudo, Corea Gravidica y Encefalopatía de Wernicke. (4)

III. JUSTIFICACION

Acercas de los trastornos neurológicos durante el embarazo, la literatura nos menciona que son varios y como, estos influyen durante la gestación, así mismo durante el trabajo de parto y puerperio.

En nuestro medio, la mayoría de pacientes embarazadas no reciben control prenatal adecuado, llegan a las emergencias de los hospitales, al final del embarazo, por lo que no se tiene adecuados registros de estudio para detectar estos problemas; además, por el poco tiempo que la pacientes están dentro del hospital, pocas veces se da atención a ellos.

Actualmente no existe estudio en nuestro medio que nos hable sobre la frecuencia de estos trastornos; así como, la morbi-mortalidad que se presenta. Por ello, se elaborará el presente trabajo para dar a conocer la incidencia y grupo más afectado; esperando que sirva como base para futuros trabajos, no solo para conocimiento del médico, sino, para poder dar un mejor diagnóstico de éstas alteraciones neurológicas y su tratamiento adecuado.

IV. OBJETIVOS:

GENERAL:

- Determinar el número de Complicaciones Neurológicas en pacientes embarazadas que ingresaron al HGSJD con trabajo de parto activo, en el período del 1 de Junio de 1987 al 30 de Junio de 1993.

ESPECIFICOS:

- Identificar los principales problemas neurológicos en las pacientes embarazadas, que ingresaron al HGSJD con trabajo de parto activo durante el período de estudio.
- Determinar el porcentaje de pacientes que ingresaron con trabajo de parto activo y en quienes se diagnosticó problema neurológico, quienes tenían predisposición familiar o asociado al embarazo.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

PROBLEMAS NEUROLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO

Con la finalidad de analizar la frecuencia de diversas patologías en pacientes obstétricas del Hospital Universitario de Caracas, durante el año de 1986, se analizò 172 historias que correspondieron a pacientes de alto riesgo obstétrico. Se tomò las siguientes variables: edad, estado físico, diagnóstico, tipo de intervención pràctica, método anéستesico, APGAR del recién nacido y complicaciones por anestésicos operatorios. El porcentaje de patologías asociadas al embarazo correspondiò a: HIPERTENSION ARTERIAL (52.30 %), siguiendo en orden de frecuencia LAS NEUMOPATIAS (12.80 %), ENDOCRINOPATIAS (10.50 %), CARDIOPATIAS (9.30 %), ENFERMEDADES NEUROLOGICAS (5.80 %), HEMATOLOGICAS (4.70 %), NEFROPATIAS (2.30 %), OTRAS PATOLOGIAS (2.30 %). La técnica anestésica màs usada fue LA REGIONAL (74.46 %) seguida por LA ANESTESIA GENERAL (25.51 %). Las complicaciones anestésicas màs frecuentes fueron: HIPOTENSION ARTERIAL (42 casos) y LA EPIDURAL FALLIDA o INSUFICIENTE (15 casos). No hubo mortalidad materna, pero si casos de muerte fetal, no relacionado con el manejo anestésico. (23)

NEUROLOGIA DE EMBARAZO cubre las condiciones que estàn directamente relacionadas al embarazo, puerperio o alternativamente, condiciones neurològicas cuyo curso o direcciòn es alterado por la existencia de embarazo. (21).

En la embarazada el sistema vasomotor es muy lãbil y susceptible de modificaciones. Se pueden ver: espasmos capilares, devmografismo, escalofríos, etc.

Las complicaciones del embarazo se agrupan en dos capítulos:

- 1.- TRASTORNOS O COMPLICACIONES ESPECIFICAS DEL EMBARAZO.
- 2.- TRASTORNOS EN LOS CUALES EL EMBARAZO FORMA PARTE DE LA CAUSA O AGRAVE LA SITUACION, AUNQUE DE HECHO NO LA PRODUCE. (21)

1.- COMPLICACIONES DEL SNC ESPECIFICAS AL EMBARAZO:

ECLAMPSIA: En la Eclampsia, la hipertensión y necrosis isquémicas de arteriolas y capilares, origina oclusión y hemorragias vasculares. Estas últimas se encuentran en los riñones, hígado, cerebro, pulmones y corazón. Las manifestaciones neurológicas comprenden desde convulsiones, hemorragia cerebral hasta coma persistente y muerte; también puede presentarse edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, disfunción hepática, necrosis corticorrenal, a menudo hipertensión extrema y un estado tóxico generalizado. Dos terceras partes de las pacientes que fallecen, tienen cambios cerebrales, de los cuales los más frecuentes son hemorragias pequeñas múltiples en la corteza o una gran hemorragia intracerebral. Los cambios en el Electroencefalograma van paralelos a la gravedad de la enfermedad, si existe daño focal o bien cuadro encefalopático, aunque todavía es incierto el valor que tiene para el diagnóstico o pronóstico. (9, 21)

La Eclampsia se presenta aproximadamente en 1 de cada mil embarazos y es más frecuente en primigrávidas, embarazos gemelares y mujeres con diabetes o padecimientos crónicos vasculares o renales. Cerca de la mitad de los casos se presentan en el último trimestre del embarazo, o hacia el término del mismo y el resto durante el período de trabajo de parto o en las 24 horas posteriores. (21)

Las convulsiones generalizadas pueden terminar en un estado epiléptico y coma, los déficits cerebrales focales y los cambios cerebrales orgánicos pueden quedar como alteraciones residuales; en ocasiones se ve edema pulmonar con cianosis, sobre todo después de las convulsiones (21)

TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA:

- 1.- Colocar una vía respiratoria permeable y administrar O₂.
- 2.- Administrar 20 ml de solución de Mg SO₄ a 20% (4g) por vía IV durante un plazo no menor de tres minutos. *
- 3.- Inyectar 20 ml de solución de Mg SO₄ a 50%, la mitad (5g) en el cuadrante superior derecho de cada región glútea, con una aguja de 7.5 cm, calibre 20. Administrar una dosis más de sostén de 10 ml de solución de MgSO₄ a 50% (5g) por vía IM cada cuatro horas si no está contraindicado hacerlo.
- 4.- Si ocurre otra crisis convulsiva en plazo de 20 minutos después de la primera dosis IV, no hacer nada; si sobreviene más de 20 minutos después de la primera dosis IV, administrar 20 ml de solución de solución de MgSO₄ a 20% (4g) por vía IV durante no menos de tres minutos. Nota: administrar sólo 2g si la paciente es muy pequeña (peso)
- 5.- Si persisten las convulsiones a pesar de las medidas señaladas, administrar amobarbital sódico o fenobarbital (hasta 250 mg) con lentitud por vía IV.
- 6.- Si se desarrolla depresión respiratoria, administrar 10 ml de Gluconato de Calcio al 10% por vía durante tres minutos.

*Se puede preparar 20 ml de solución de MgSO₄ a 20% si se mezclan en una jeringa 8 ml de solución de MgSO₄ a 50% y 12 ml de agua destilada estéril. (9, 17)

La interrupción inmediata del embarazo -por cesàrea si es necesario -se ha reducido la mortalidad al 1% o menos. (8)

COREA GRAVIDICA:

Corea es una complicación rara de embarazo, ocurre en apròxim. 1 en 3.500 partos. Cambios patològicos son comunes en el cuerpo estriado, especialmente en los componentes celulares pequeñas de putamen y núcleo caudado. La clasificación de Corea dentro de entidades separadas està basado en; edad de aparición, incidencia familiar y apareamiento de otras anormalidades neurològicas.

Corea Aguda (Corea de Sydenham's) ocurre en niños, entre los 5 y 15 años, y raramente más tarde. Es frecuentemente encontrado como una manifestación de infección, complicación de Encefalitis Viral, y asociado a encefalopatías con pertusis, difteria, y, especialmente, fiebre reumática. El embarazo se influye desfavorablemente por la Corea; el aborto y el parto prematuro se observan en casi la mitad de los casos; pero, cuando el feto nace a término está indemne. Cuando la enfermedad se presenta en el embarazo usualmente aparece en primíparas juveniles. Como mencionamos anteriormente, muchas de estas pacientes tienen historia de fiebre reumática, y en más de la mitad las manifestaciones reumáticas incluyen cardítis, enfermedad valvular cardíaca, y artritis esta presente. De los pacientes con Corea gravidica tiene el inicio de los síntomas en el primer trimestre y la enfermedad puede reaparecer en embarazos posteriores. 25% de mujeres con la enfermedad durante la niñez, esta se puede presentar durante el embarazo. La duración de la enfermedad es en promedio de 1.5 - 2 meses y usualmente la enfermedad desaparece después del parto.

EL TRATAMIENTO para corea gravidica es descanso y sedación. Clorpromazina puede ser utilizada. El feto no está afectado por la enfermedad. El aborto terapéutico no está indicado. Los síntomas casi siempre desaparecen espontáneamente antes del final del embarazo o después del parto. (5, 12, 14, 28)

METASTASIS DE CORIOCARCINOMA: Este tumor de tejido placentario va precipitado de una mola hidatidiforme en 40% de las pacientes, aborto en otro 40% y de un embarazo normal en el 20% restante. Es más común en primíparas añosas y en casos en los que ha transcurrido poco tiempo entre un embarazo y otro. Las metástasis cerebrales de estos

tumores pueden sangrar y producir hematomas. Los signos y síntomas son los de hipertensión intracraneana además de otras alteraciones focales.
(16)

TRAUMATISMO DEL PLEXO LUMBOSACRO:

Sucede sobre todo en pacientes con desproporción cefalopélvica o después de un trabajo de parto difícil. Puede presentarse caída transitoria del pie o dolor ciático aunque las lesiones más extensas originan debilidad relacionada con los músculos inervados por los nervios obturador, glúteo superior o de las raíces nerviosas 5ta. lumbar o lera. sacra. Esto da lugar a debilidad de los abductores, aductores y rotadores externos del muslo, caída del pie y debilidad de gastrocnemios (S₁ S₂). Por lo general la alteración corresponde a una neuropraxia y es de esperarse que la recuperación sea espontánea con el tiempo, quizás en tres o cuatro meses. Toda vez que no sea tratamiento quirúrgico, por procedimiento de emergencia, en los que se puede lesionar el obturador u otro nervio.
(5, 16)

SINDROME DE SHEEHAN:

Esta complicación poco frecuente del embarazo se debe a infarto de la hipófisis anterior. Al principio, el único signo es la falta de producción de leche, aunque los demás signos de hipopituitarismo se presentan meses o años después. Al parecer, el infarto hipofisiario se relaciona con el choque hemorrágico al momento del parto o en el periodo postparto. (5, 16, 20)

NEURITIS DEL EMBARAZO:

a) Ciertas neuralgias son consecuencia de lesiones vertebrales gra -

vidicas.

b) Las polineuritis están determinadas por carencia de vitaminas B₁. Sobrevienen después de importantes trastornos digestivos.

Unas veces son uno de los diversos elementos del cuadro clínico de los vómitos graves del embarazo en el estadio más avanzado de la enfermedad, hoy día de observación excepcional, y son de un mal pronóstico.

El comienzo aparece entonces señalado por entorpecimiento, prurito y enfriamiento de las extremidades, haciéndose difícil la deambulación. Atrofia muscular progresiva, debilitamiento y, después, desaparición de los reflejos tendinosos, hiperestesia o hipoestesia cutánea, dolor a la presión de las masas musculares y de los trayectos nerviosos, son los síntomas observados. Se localizan o predominan en los miembros inferiores. La afectación de los superiores es menos frecuente, o más tardía y más discreta. La taquicardia es constante. La enfermedad puede implicar la muerte del feto in útero, o el parto prematuro. La mortalidad, antes elevada en las formas generalizadas, ha desaparecido.

La vitamina B₁ se administra cotidianamente a dosis que pueden alcanzar hasta un gramo diario por vía intramuscular; se pueden añadir algunas inyecciones de un complejo vitamínico B. El aborto terapéutico ha perdido toda indicación. (11, 12, 15)

AFIBRINOGENEMIA: Si el feto muere después de la decimosexta semana y permanece en el útero, puede aparecer afibrinogenemia, por lo general en el término de un mes. Las oclusiones venosas diseminadas y hemorragias de pequeños vasos producen los trastornos neurológicos. (16)

2.- TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AGRAVADOS POR EL EMBARAZO:

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR:

La incidencia de Enfermedad Cerebrovascular en embarazadas està entre 1 por 5,000 y 1 por 10,000 partos. Las causas son variadas e incluyen; arteriosclerosis, embolismo, cambios hipertensivos, malformaciones A-V, vasospasmo, arteritis e inflamaci3n.

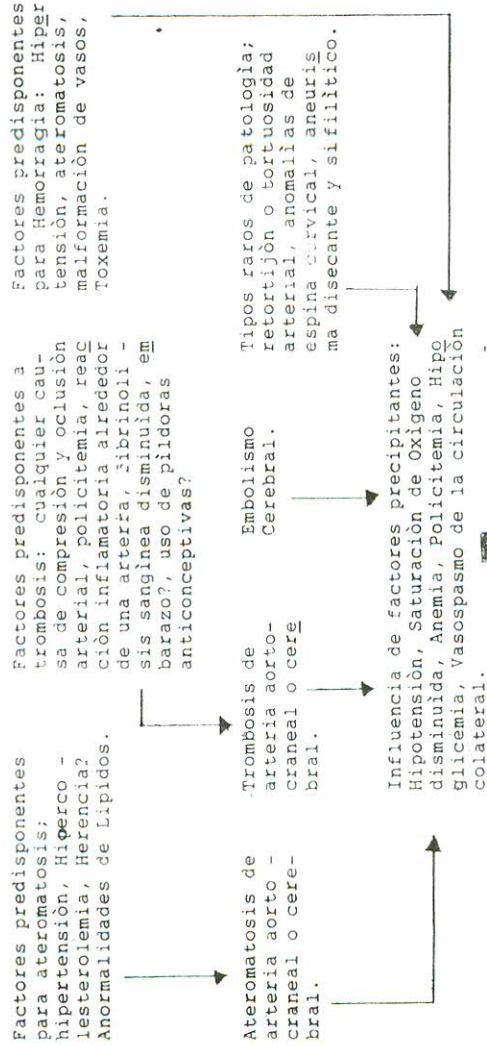
Pacientes con riesgo de Enfermedad Cerebrovascular (ECV), se incluyen con los siguientes problemas obstétricos:

- Diabetes con enfermedad vascular
- Enfermedad vascular de la colagena
- Hiperlipidemia
- Sepsis
- Hipertensi3n
- Hemoconcentraci3n
- Factores de riesgo preexistentes con problema agudo:
 - a. Hipotensi3n
 - b. Deshidrataci3n
 - c. Hipoxemia
- Embarazo Molar
- Hemorragia Cerebral
- Toxemia
- Hipertensi3n
- Trauma Craneo-encefàlico.

(2)

Pacientes diabeticos pueden tener arteriosclerosis extensiva en una edad relativamente joven. Enfermedad vascular de la Colagena, mäs comùn Lupus Eritematoso Sistémico, pueden causar vasculitis cere -

ETIOLOGIA EN EL DESARROLLO DE E.C.V.



ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

bral. Hiperlipidemia no controlada puede causar formación de ateroma e hiperviscosidad. Pacientes con un foco séptico pueden sufrir de una embolia cerebral séptica. Hipertensión crónica causa cambios ateroscleróticos en la pared de los vasos y agudamente espasmos cerebral o ruptura. Hemoconcentración puede verse en Cetoacidosis, hiperemesis y preeclampsia, puede causar hiperviscosidad y trombos. Embarazo Molar puede causar aunque raro, embolización trofoblástica o enfermedad metastásica cerebral y hemorragia. Pacientes con factores de riesgo preexistentes quienes padecen de hipoperfusión cerebral aguda secundario a hipotensión, deshidratación o hipoxemia están en alto riesgo. (1, 2,3)

También puede haber embolias por tromboflebitis en el embarazo y si se recurre a la ventajosa teoría de la embolia paradójica se verá que el único afectado es el cerebro. La embolia de líquido amniótico da lugar a insuficiencia respiratoria, edema pulmonar, cianosis, choque, convulsiones o coma; la embolia grasa no es frecuente, pero puede presentarse por traumatismo o parto difícil.

La trombosis venosa cerebral ocurre en el puerperio y es debido a cambios vasculares durante el embarazo, alteraciones en los factores de la coagulación, o por extensión de trombosis venosas de las venas pélvicas, a partir de los plexos venosos intraespinales y paraespinales. Es probable que la paciente haya tenido episodios breves de alteraciones neurológicas, los cuales desaparecieron con rapidez. En los casos mas graves hay déficit neurológico progresivo acompañado de cefalea, lesiones cerebrales focales, disminución del estado de alerta, convulsiones y coma; el edema cerebral ocasiona papiledema y con la punción lumbar se verá que la presión está aumentada. A menudo el

LCR es hemorràgico, el electroencefalograma demuestra anormalidades focales. En ocasiones, en la fase venosa de una arteriografía se demuestra que hay obstrucción, si los vasos lesionados son grandes. Es comùn que la hemorragia subaracnoidea ocurra en el tercer trimestre y algunas veces durante el trabajo de parto; el 25% de los casos ocurren durante el periodo post parto inmediato. La tasa de mortalidad es la misma que en la hemorragia subaracnoidea sin embarazo. También durante la gestación puede sangrar los hemangiomas cerebrales, aunque son casos mäs raros. (2, 3, 5, 17, 26)

TRATAMIENTO:

- Mantener la presión arterial media en 90 mmHg
- Adecuada ventilación (ventilación mecànica)
- Disminución de la presión intracraneana con Glucocorticoides y Manitol.
- Algunos estudios sugieren realizar cesàrea terapéutica, y en los casos en los cuales hay hemorragia cerebral que ocurre antes o muy temprano en el embarazo, algunos sugieren que el aborto terapéutico està indicado. (1,2)

EPILEPSIA: Es el más común de los problemas neurológicos en obstetricia; involucra 0.3 - 0.5% de todos los embarazos. Cuando las crisis epilépticas sobrevienen al final del embarazo, el principal problema es el del diagnóstico con las crisis eclámpicas. Ordinariamente, el diagnóstico es fácil a causa de los antecedentes comiciales. Cuando estos son ignorados, la crisis de epilepsia se reconoce por la ausencia de signos de enfermedad gravídica (Preclampsia - eclampsia). En mujeres sanas, la posibilidad de dar a luz un hijo con alguna anomalía es de 3%, en epilépticas este riesgo aumenta y es de 6 - 10%. The National Statistic of Norway, muestra que la mujer epiléptica y su descendencia están en alto riesgo de: Hiperemesis gravídica, hemorragia vaginal, gestación menor de 37 semanas, peso al nacer menos de 2,500 g hipoxia al nacer, anomalías congénitas, paladar hendido o labio leporino. (3, 9, 22)

Cerca de una tercera parte de las pacientes con epilepsia tienen aumento en la frecuencia de sus convulsiones durante el embarazo, sobre todo en el último trimestre, esto puede estar relacionado con el aumento del volumen sanguíneo circulante, hipocalcemia o hiperventilación ocasional.

Debido a que existe un riesgo de 10% de padecer Síndrome fetal por Hidantoína en hijos de madres que toman Difenilhidantoína, es mejor evitar este medicamento en las mujeres jóvenes. Si una paciente toma anticonvulsivos y se embaraza, tiene mayor riesgo de que su hijo presente malformaciones. Por desgracia, también es mayor la posibilidad de que manifiesten convulsiones incontrolables y hasta estado epiléptico si se le suspenden los medicamentos, por lo que se continuará con su administración en las dosis necesarias para controlar las crisis durante el embarazo, y por tal motivo se les explicará con detalle el riesgo

que tienen al tomar o no tomar la Difenilhidantoína. También se puede sugerir el empleo de algún otro medicamento que sustituya a la Difenilhidantoína, como la Carbamacepina, aunque todavía no se han aclarado los riesgos que pueda presentar el niño y con el tiempo quizás se demuestre que tengan mayor riesgo de padecer convulsiones. A las madres se les puede tranquilizar ya que la posibilidad de que su hijo tenga convulsiones, es muy baja (aprox. 1 de cada 15). Aborto terapéutico está raramente indicado. (11, 12, 19)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPILEPSIA:

MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	EFFECTOS SECUNDARIOS
DIFENILHIDANTOINA	300 mg	Ataxia locomotriz, Mareo Hiperplasia de encías Hipertricosis
FENOBARBITAL	120 mg	Ataxia, Mareo Nistagmo
PIRIMIDONA	1 g	Mareo, Náusea Ataxia
DIAZEPAN	30 mg	Náusea, Dolor abdominal Cefalea, Mareo.

(12)

DROGAS ANTICONVULSIVANTES USADAS DURANTE EL EMBARAZO, EFECTOS COLATERALES:

	DIFENIL HIDANTOINA	BARBITURICOS	DIFENILHIDANTOINA + BARBITURICOS
Malformaciones congénitas	+++	+	+++
Deficiencia de folatos	++	-	++
Alteraciones de la coagulación en el neonato	+	+++	++++
Deficiencia Mental	+	+++	++++

(12)

LESIONES DE NERVIOS PERIFERICOS:

En muchas mujeres, la primera manifestación de un disco lumbar se presenta durante el embarazo, quizás relacionado por la postura anormal y el peso del útero o por la relajación de los ligamentos que ocurre en este momento. (16)

MONONEUROPATIAS:

Parálisis de Bell; las estadísticas más veraces sobre esta proviene del Facial Paralysis Clinic of de Kaiser Permanent Medical Center in California dirigida por Kedor Adour. En un período de 3 años la incidencia de parálisis facial idiopática en mujeres de todas las edades y en aquellas en edad reproductiva fue de 17 por 100 mil/año. La frecuencia durante el embarazo y las primeras 2 semanas postparto fue de 57 por 100 mil/año, 76% de estos casos ocurrieron en el 3er. trimestre y las primeras 2 semanas puerperal con incidencia de 118 por 100 mil/año. Ni paridad, ni toxemia parecen ser un factor determinante en este estudio. Parálisis de Bell no afecta el curso del embarazo; aparece en la semana antes del parto, puede curar espontáneamente en el puerperio temprano. Descompresión quirúrgica del nervio facial no es beneficioso. (3,5)

SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO:

El síndrome del Túnel del Carpo ocurre hasta en 1 por 100 de las embarazadas. Las mujeres con este trastorno, experimentan entumecimiento, hormigueo, dolor o sensación de hinchazón en una o en ambas manos, que pueden difundirse al codo u hombro. El grado de incomodidad frecuentemente es paralelo a la intensidad de la actividad manual. El síndrome se desarrolla más frecuentemente al inicio del tercer trimestre y persiste el resto del embarazo. Si los síntomas son graves las inyecciones de Hidrocortisona

pueden ser útiles. Otra medida más sencilla es la aplicación de férulas nocturnas para mantener la muñeca en una dorsiflexión ligera, lo que con frecuencia es suficiente para mejorar las parestesias y el dolor que se presentan en las primeras horas de la mañana, las cuales son las horas de mayor intensidad de las molestias. En ocasiones los síntomas desaparecerán inmediatamente después del parto, pero con mayor frecuencia ceden gradualmente durante los tres o cuatro meses siguientes. El pronóstico es excelente, pero la recidiva en los embarazos sucesivos es común. (5, 11)

MENINGITIS TUBERCULOSA:

La meningitis tuberculosa de la embarazada es particularmente emetizante y ofrece así las mismas dificultades de diagnóstico que las de los tumores cerebrales.

Los tratamientos actuales han transformado el pronóstico, tanto materno como fetal. Tampoco existe indicación de aborto terapéutico ni de esterilización después del parto. Si sobreviene un embarazo ulterior, la prudencia conducirá a instituir un tratamiento antibiótico y químico en el mes anterior al término, y a su continuación durante algunas semanas después del parto. (5)

PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUB-AGUDA (SSPE):

Es un problema progresivo del Sistema Nervioso Central, asociado con infección del virus del Sarampión. Usualmente afecta a niños y adolescentes y tiene un gradual y progresivo curso. Se reportan 2 casos; Una paciente de 27 años que desarrolló SSPE durante el embarazo y una paciente de 18 años que desarrolló SSPE inmediatamente después del parto. En ambos, el problema tomó un curso rápido que llevó a las pacientes a un estado

vegetativo severo. Esto sugiere que la edad de las pacientes en que se presentó el problema y el inusual deterioro neurológico que se presentó rápido, fueron parcialmente debidos a las alteraciones inmunológicas y hormonal del embarazo. (24, 27)

POLIOMIELITIS:

Los estudios muestran que el embarazo aumentó (duplica) el riesgo de desarrollar poliomielitis (Aycock, 1941; Horn, 1955; Diegel an Greenber, 1955). La mortalidad no se incrementa por el embarazo. Ocurre en los 2 primeros trimestres, pero estos hallazgos no son de significancia estadística, la más alta incidencia de muerte fetal es mucho menor cuando la madre es afectada en el segundo o tercer trimestre. La función respiratoria está comprometida por parálisis de los músculos respiratorios, hipoventilación indica una necesidad para respiración asistida pero no para forzar el término del embarazo por cesàrea o induciendo el trabajo de parto. La expulsión puede ser obstaculizada por la parálisis de los músculos abdominales, que impide el mecanismo del esfuerzo; el forceps por lo tanto, suele estar indicado.

De una manera general, la gestación predispone también a las formas bulbares o ascendentes, a las formas respiratorias; en suma, a las formas graves, sobre todo durante el último trimestre. Su particular gravedad en la embarazada se explica:

- Por la distensión mecánica del útero gràvido, que obstaculiza el movimiento del diafragma y crea mayores dificultades en la aplicación de las técnicas de respiración artificial; de ello resultan trastornos de la oxigenación y una hipercapnia más o menos importante.
- Por la irritabilidad autonómica propia de la gravidez, reforzada por

la afectación viral de los centros neurovegetativos y por la hipercapnia.

Así se explican las complicaciones más frecuentes:

- El síndrome autonómico con distensión intestinal y hemorragias digestivas, al que las enfermas suelen fallecer.
- El síndrome de trombosis venosa extensa, favorecida por la estasis venosa en enfermas inmovilizadas.

TRATAMIENTO:

De estas formas graves supone traqueostomía con respiración asistida; la cesàrea, desde la viabilidad del feto, único método de mejorar el estado respiratorio de la madre y de facilitar las maniobras de la respiración artificial; el empleo de los anticoagulantes controlado por los test hematológicos de la coagulación, teniendo en cuenta, sin embargo, los peligros hemorràgicos post operatorio debidos al empleo demasiado precoz de los fàrmacos usados.

Influencia de la Poliomièlitis sobre el feto:

- No se ha demostrado el paso trasplacentario del virus ni tampoco la embriopatías víricas de las primeras semanas. El niño suele nacer indemne, pero la posibilidad de una contaminación post natal impone su aislamiento y puede ser prudente inyectarle gammaglobulinas.
- También la inyección de gammaglobulinas en las embarazadas parece aconsejable en tiempo de epidemia. (5, 15, 20, 28)

ESCLEROSIS MULTIPLE:

Es una rara complicación que usualmente no hay mayor afección por embarazo, y rara vez es indicación para elegir

el aborto. Esclerosis múltiple es un desorden de la mielina frecuentemente con la dificultad para el diagnóstico por la ausencia de Test específicos; pero cuando la enfermedad se manifiesta no hay problema para su diagnóstico. La enfermedad afecta a la sustancia blanca en el proceso desmielizante más que en neuronas y de sustancia gris. La esclerosis múltiple afecta a hombres y mujeres en igual proporción; la mayoría de pacientes notan el inicio de síntomas entre los 20 - 40 años. Los síntomas son diversos y usualmente incluyen: debilidad, dificultad en la coordinación, parestesias y molestias visuales. Dolor de cabeza es raro. Aun cuando en algunos casos el proceso parece agravarse por el embarazo, incluso en mujeres no embarazadas la esclerosis múltiple se caracteriza por muchas exacerbaciones y recaídas.

Dependiendo de la distribución de las lesiones, algunas pacientes con la enfermedad tendrán partos relativamente indoloros. (18)

TRATAMIENTO:

La terapia no es específica para esclerosis múltiple cuando la enfermedad está activa. Una terapia corta de duración de ACTH o Prednisona, durante exacerbaciones de neuritis óptica puede ser de ayuda, pero no hay otras indicaciones para el uso de estas drogas. Algunos sugieren que los agentes inmunosupresivos pueden ser de ayuda, pero los efectos potenciales de estos medicamentos si son administrados por largo tiempo deben tomarse en cuenta. (5, 18)

MIASTENIA GRAVIS:

Miastenia Gravis es una enfermedad rara, de afección en la transmisión neuromuscular. Afecta a 1 por 20,000 personas, pero es más frecuente en mujer de edad reproductiva.

El defecto básico es una función neuromuscular anormal. En la

patología de biopsias musculares de pacientes con Miastenia Gravis, se puede observar; atrofia y exudado celular inflamatorio, con colecciones de linfocitos presentes alrededor de fibras musculares (linfocitosis). Necrosis de fibras musculares también está descrito. Estudios eléctricos demuestran anomalías en las terminaciones nerviosas y en placas terminales, - estimulación repetitiva en la evaluación EMG con disminución anormal del 10% sugiere entidad miasténica. Anticuerpos para receptores de Acetilcolina en músculo y en células epiteliales tímicas pueden ser demostradas en algunos pacientes con miastenia gravis, pero el rol de estos anticuerpos en la patogénesis permanece incierto. Anticuerpos para acetilcolina (receptores) son presumiblemente responsables del bloqueo neuromuscular parcial, aunque los títulos de anticuerpos no correlacionan con la severidad de la enfermedad. (18) Síntomas característicos incluyen; fatiga rápida de movimientos oculares, movimientos faciales, al masticar, hablar, movimientos de miembros proximales y respiración. Ptosis palpebral, cara chata y con voz nasal con fatiga rápida y debilidad de hombros y músculos sugieren el diagnóstico. (5, 18)

TRATAMIENTO: Las drogas antimiaستénicas (prostigmina, mitelasa, etc) deben ser administradas por vía parenteral en caso de vómitos y en el momento del trabajo de parto. El curare, el éter y la escopolamina están contraindicados en estas enfermas. (12)

DROGAS USADAS EN LA TERAPIA DE MIASTENIA GRAVIS EN EL EMBARAZO

DROGA	TABL.	SUSPENSION	PARENTERAL	DOSIS PROMEDIO
NEOSTIGMINA (PROSTIGMINA)	15 mg	-	0.5mg/ml 1.0mg/ml	15mg quid PO
PIRIDOSTIGMINA (MESTINON)	60 mg	60 mg/5ml	-	60mg quid

CONTINUAC. DROGAS....

DROGA	TABI..	SUSPENSION	PARENTERAL	DOSIS PROMEDIO
MESTINON TIMESPAN	180 mg	-	-	1/día PO
AMBENONIUM	10 mg	-	-	-
(MITELASA)	25 mg	-	-	-
ENDROPHONIUM (TENSILON)	-	-	10 mg/ml	-
PREDNISONA	5 - 10mg	-	-	60 mg/día

(5)

Dado la tendencia de la enfermedad de afectar a las pacientes en edad reproductiva, la asociación entre miastenia gravis y embarazo es importantemente considerable para el médico; la remisión de la enfermedad tiene que ser descrita durante el embarazo, aunque en algunos pacientes la enfermedad puede agravarse, frecuentemente durante los estadios tempranos del embarazo. Exacerbaciones moderadas de la enfermedad comunmente ocurren después del parto y especialmente en las primeras seis semanas post parto. (5)

MIASTENIA GRAVIS NEONATAL: está asociado con transferencia a través de la placenta de anticuerpos receptores de acetilcolina y puede ser curado a través de exsanguino transfusión. (5, 18)

Cerca del 20% de niños hijos de madres miasténicas, desarrollaron miastenia gravis neonatal. Casi siempre esta aparece dentro de las primeras 96 horas después del nacimiento. Tratamiento con Plasmaferesis o Neostigmina (0.025mg/kg IM c/6hrs) lo cual usualmente produce rápido mejoramiento. Después de 3 o 4 semanas, el tratamiento puede ser discontinuado. (8)

TUMORES CEREBRALES:

Tumor pituitario, es el más frecuentemente reportado en pequeñas series. La 2da. mitad del embarazo es más peligrosa que la primera, Diwy y Babon (1949) fundamentan que 80% de los tumores aparecen o progresan más rápidamente en la 2da. mitad del embarazo; 40% de las muertes ocurren durante la segunda mitad y en un porcentaje igual ocurre después del parto. Herniación y muerte tiende a ocurrir durante el parto, pero los detalles de factores contribuyentes son desconocidos. Todos los tumores pueden mostrar remisión después del parto, pero los malignos progresan hacia la muerte. Pequeños neurinomas del acústico, meningiomas y hemangioblastoma cerebelar pueden estar o ser sólo sintomático durante el 3er. trimestre. (6, 11)

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS INTRACRANEALES

I.- NEOPLASIA PRIMARIA (50% del total de Neoplasias)

- A. Gliomas 50 %
 - 1.- Astrocítico 85 %
 - a. Astrocitomas 20 %
 - b. Glioblastoma Multiforme 65 %
 - 2.- Oligodendroglial 5 %
 - 3.- Ependimal 5 %
 - 4.- Otros (meduloblastoma, neuroblastoma, ganglioglioma) 5 %
- B. Meningioma 20 %
- C. Adenomas pituitario 15 %
- D. Neuromas (Tumor de Células de Schwan's)
(10 % -Tumores Cerebelopontino)
- E. Otros (pinealoma, craneofaringioma, linfoma, sarcoma, hemangioblastoma, teratoma, lipoma) 5 %

II. Neoplasia (metastàsica) secundarias (50 % del total de neoplasias).

A. Pulmòn	30 %
B. Mama	20 %
C. Riñòn	10 %
D. Intestino	10 %
E. Otras	30 %

(5)

Està reportado un caso de una paciente de 27 años, primigesta en su 5to. mes de embarazo; la visiòn comenzò a deteriorarse ràpidamente, acompañada de cefalea; por resonancia magnética se le diagnòstico Tumor Cerebral - Craneofaringioma, en línea media de la glàndula Pituitaria (en toda la literatura médica no llegan a la media docena los informes sobre este particular clase de tumores). Este caso es el único que se tiene noticia en el que un tumor de esta clase ha sido extirpado durante el embarazo sin interrumpirlo y preservando, a la vez, la fertilidad; aunque se han dado casos en los que se han extirpado tumores del cerebro sin interrumpir el embarazo, este es el único en el que se preservò la funciòn pituitaria incluyendo la fertilidad, permitiendo así nuevos embarazos. (7)

CEFALEA:

El tipo de cefaleas màs comùn durante el embarazo es la cefalea tensional, se debe realizar un examen neurològico minucioso para descartar otra causa en pacientes con cefalea intensa y que las características de la cefalea cambièn con el tiempo o no mejoren con el tratamiento adecuado. Se debe administrar analgésicos tipo acetominofén, masajes y técnicas de relajaciòn muscular. Las benzodiazepinas estàn contraindicadas por la depresiòn que producen en el feto. Se de-

be estar pendiente de un cuadro depresivo en estas pacientes debido a que es más frecuente la depresión post parto en ellas. Los antidepresivos tricíclicos se pueden utilizar en casos severos.

La cefalea de tipo migrañoso disminuye en las 3/4 partes de las pacientes jaquecosas, 1/4 parte empeoran. El tratamiento consiste en administrar analgésicos, tipo acetaminofén y lo más importante, evitar los factores desencadenantes. En casos severos se ha recomendado el propranolol como profiláctico. Los derivados del Ergot están contraindicados en el embarazo. (25)

PSICOSIS Y NEUROSIS GRAVIDOPUERPERALES: La frecuencia es difícil de apreciar, ya que las diferentes estadísticas dan cifras tan dispares que oscilan del 1% a uno por 2mil partos. Se encuentra la herencia en alrededor del 14% de los casos, y antecedentes neuropáticos o psicopáticos en el 20 - 25%. La edad media 25 - 30 años. (12)

PATOGENIA: Aparte de los elementos constitucionales hereditarios o personales, la aparición de las psicosis y neurosis gravídicas reconoce causas favorecedoras:

- i.- Trastornos neuropsíquicos. a) En el plano puramente psicológico intervienen;
- Trastornos de adaptación a la maternidad;
 - el rechazo de la maternidad, sobre todo en solteras, para quienes la gestación puede despertar un sentimiento de culpabilidad y un desequilibrio afectivo;
 - la hostilidad hacia el niño, acusado de perjudicar la salud o la belleza de su madre; esta actitud puede conducir a algunas mujeres a rechazar la idea de criar a su hijo, a desear la muerte o a formular acusaciones de sustitución contra el personal de asistencia;

- hostilidad contra el marido;
 - elementos emocionales de los que el miedo es el más importante;
 - elementos psicosociales: dificultades conyugales, familiares, profesionales, financieras, de alojamiento.
- b) En el plano fisiopatológico;
- los trastornos de la actividad nerviosa de la embarazada, ligados a las modificaciones hormonales,
 - se sugiere que existe desorganización de las relaciones entre corteza y los centros subcorticales.

2.- Trastornos del equilibrio neuroendocrino; en el embarazo complicado, los trastornos de psicosis son todavía hipotéticos; los del puerperio se conocen por los exámenes histopatológicos y citológicos, y por los resultados terapéuticos que se obtienen. (12)

Cerca del 5% de las pacientes muestran síntomas de esquizofrenia y el 40% de depresión maniaca. La paciente puede ser autodestructora o peligrosa para su hijo. Puede tener delirio y requerir aislamiento y hospitalización. El pronóstico es bueno, pero los episodios suelen repetirse en embarazos posteriores. Se han utilizado medicamentos eficaces durante el embarazo, pero las consecuencias posibles de los medicamentos en el feto siempre deben estimarse cuidadosamente. La terapéutica de choque no parece ser dañina para el feto si se evita la anoxia materna. La psicoterapia profiláctica está indicada para aquellas que manifiesten problemas mayores de personalidad durante el inicio del embarazo.

La psicosis puerperal debe distinguirse del decaimiento posterior al parto, una depresión moderada, frecuentemente asociada con llanto incontrolable, que se ve en cerca de las dos tercios de las mujeres du-

rante la primera o segunda semana posterior al parto. El proceso es variable en cuanto a grado, intermetencia, limitación personal y requiere únicamente de sostén emocional. Ha sido considerado dependiente de cambios hormonales que ocurren después del parto. (12,20,29)

EL PROBLEMA NEUROLOGICO durante el embarazo como una emergencia es raro. Sin embargo son una causa de una mayor mortalidad materna; por lo tanto, se hace necesario un enfoque adecuado, y rápido para resolver el problema; siendo necesario puntualizar la experiencia especializada para el manejo de estos problemas.- (5)

VI. METODOLOGIA:

A. TIPO DE ESTUDIO:

- Descriptivo, no experimental, retrospectivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

- Se utilizaron las fichas clínicas de las pacientes con diagnóstico de Complicación Neurológica, que ingresaron con trabajo de parto activo en el departamento de maternidad del Hospital General San Juan de Dios, en el período del 1 de Junio de 1987 al 30 de Junio de 1993.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- Todas las pacientes que ingresaron al departamento de maternidad con trabajo de parto activo y que presentaron complicación neurológica que fue en número de 83 pacientes.

D. METODO DE RECOLECCION:

- Se revisaron los libros de ingreso y egreso del departamento de maternidad y unidad de cuidado intensivo del Hospital General San Juan de Dios haciendo énfasis en los diagnósticos de Complicación Neurológica de pacientes que ingresaron con trabajo de parto activo. Estos datos se tabularon en la boleta de recolección de datos (ver anexo # 1).

E. ANALISIS DE DATOS:

- Los datos se procesaron y se elaboraron tablas y gráficas luego fueron analizados por el estudiante investigador.

F. RECURSOS:

1.- MATERIALES FISICOS:

- Instalaciones del departamento de gineco-obstetricia y unidad de cuidado intensivo del Hospital General San Juan de Dios.(HGSJD)
- Archivo del departamento de registro y estadística del HGSJD.
- Historias clínicas de cada una de las pacientes objeto de estudio.
- Boleta de recolección de datos.
- Textos, revistas y tesis relacionados al tema.
- Equipo de oficina.

2.- RECURSOS HUMANOS:

- Estudiante de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Personal médico del departamento de maternidad y neurología del HGSJD.
- Personal del archivo del HGSJD.
- Pacientes que llenen los criterios en el período de estudio.

3.- ECONOMICOS:

- Los gastos apròximados del estudio fueron de Q.350.00,
divididos así: fotocopias, material de oficina, pasajes
de bus y almuerzos.

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION
EDAD MATERNA	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el día del estudio.	Años
FECHA INGRESO	Fecha en que la paciente consultó e ingresó al Hospital.	Años
ANTECEDENTE	Hecho anterior, que sirve para juzgar hechos posteriores.	Antecedente: Gineco-obstétricos, Familiar personal, Médicos Quirúrgico.
PARTO	Mecanismo por medio del cual los productos de la concepción feto y placenta son expulsados de la madre por medio de la vía vaginal, natural.	Historia clínica (número)
COMPLICACION	Síntoma distinto de los habituales de una enfermedad y que agrava el pronóstico de esta.	Historia clínica.
MORTALIDAD	Relativo a muerte. Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica.	Historia clínica.
EMBARAZO	Preñado de la mujer y tiempo que dura. Gestación.	Historia clínica.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó através de historias clínicas de pacientes que consultaron al departamento de maternidad del Hospital General San Juan de Dios, durante los últimos 7 años, los datos obtenidos se utilizaron únicamente con fines de investigación en beneficio en futuro de poblaciones que consulten al departamento de maternidad de este Hospital.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

Previa autorización para realizar el estudio por Jefes del departamento de maternidad se recolectaron datos de los registros médicos en el departamento de maternidad y Unidad de cuidado intensivo de adultos, sobre pacientes atendidas en este hospital con diagnóstico de Enfermedad neurológica durante el embarazo. Con estos datos nos remitimos al departamento de archivo donde se revisaron una por una de las historias clínicas y en estas se obtuvo:

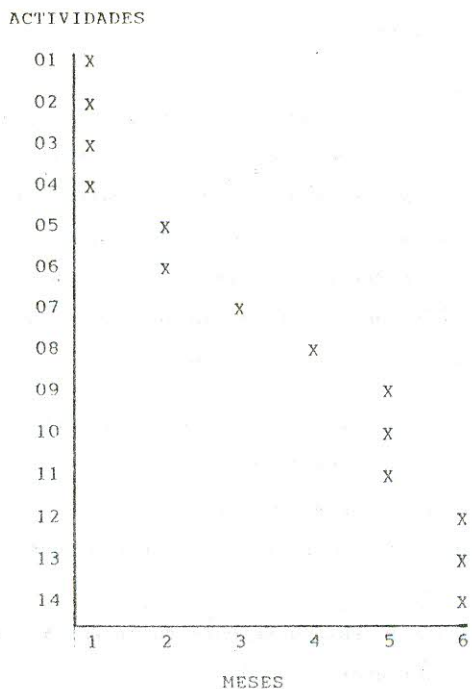
- Número total de pacientes a quienes se les atendió parto y quienes se diagnóstico complicación neurológica.
- Entidades neurológicas que se presentaron.
- En que pacientes se presentaron (primigestas, secundigestas, múltiples).
- Traslados de maternidad a la Unidad de cuidado intensivo de adultos.
- Morbi - mortalidad de pacientes.
- Antecedentes de pacientes con Complicación neurológica.
- Pacientes que tuvieron o no control prenatal.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó durante los meses de Octubre de 1993 a Marzo de 1994.

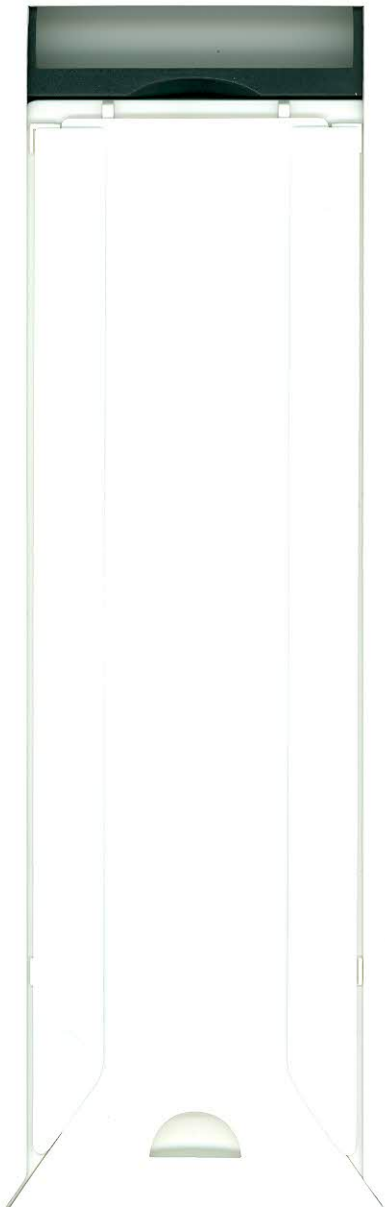
GRAFICA No. 1

Programación de actividades durante
Octubre de 1993 a Marzo de 1994.



ACTIVIDADES:

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación
- 2.- Discusión de las actividades a realizar.
- 3.- Recopilación del material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor.
- 5.- Presentación de protocolo realizado.
- 6.- Aprobación del proyecto.
- 7.- Diseño de la recopilación de la investigación.
- 8.- Ejecución de la recolección.
- 9.- Procesamiento de los datos, elaborar tablas y gráficas.
- 10.- Análisis y discusión de resultados.
- 11.- Elaborar conclusiones y recomendaciones.
- 12.- Presentar informe final.
- 13.- Aprobación del informe final.
- 14.- Impresión del informe final, tramites administrativos.



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

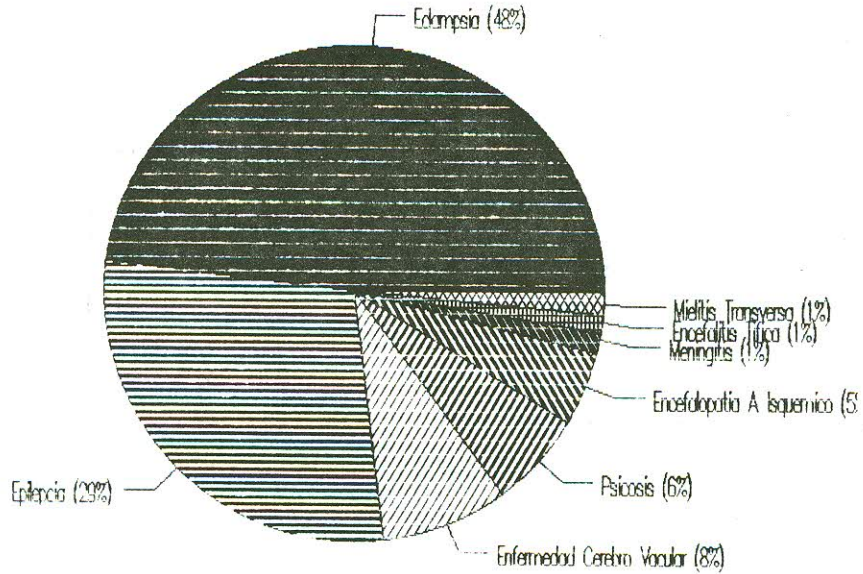
CUADRO No.1

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

COMPLICACIONES	No. DE PACIENTES	%
ECLAMPSIA	40	48.19
EPILEPSIA	24	28.91
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (E.C.V.)		
- HEMORRAGICO	5	6.02
- ISQUEMICO	2	2.41
PSICOSIS	5	6.02
ENCEFALOPATIA ANOXICO ISQUEMICO	4	4.82
MENINGITIS	1	1.20
ENCEFALITIS TIFICA	1	1.20
MIELITIS TRANSVERSA T ₃	1	1.20
TOTAL	83	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de Unidad de Cuidado Intensivo (UCIA), Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios (HGSJD).

Complicaciones Neurológicas en el periodo del 1/6/87 al 30/6/93



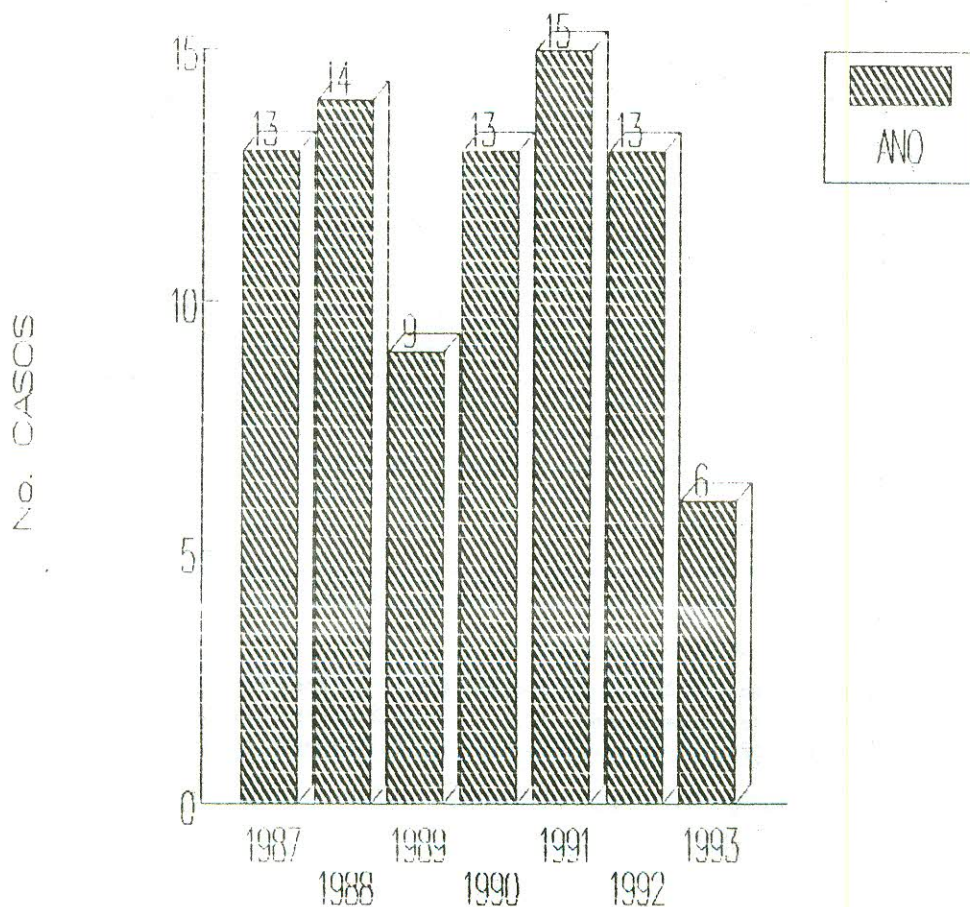
CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR AÑO DE LAS ENFERMEDADES NEUROLOGICAS EN RELACION AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS, PARTOS NORMALES Y PARTO PATOLOGICOS QUE INGRESARON AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

AÑO	No. DE PARTOS	PP NL	PPP	ENFERMEDAD NEUROLOGICA
1987	4,276	3,926	350	13
1988	9,222	5,565	957	14
1989	7,568	7,139	429	9
1990	6,894	5,821	1,073	13
1991	10,204	6,514	3,690	15
1992	11,072	6,357	4,715	13
1993	5,574	2,922	2,652	6
TOTAL	54,810	40,944	13,866	83

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

DISTRIBUCION POR AÑO DE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS



FUENTE DE CUADRO NUMERO 2

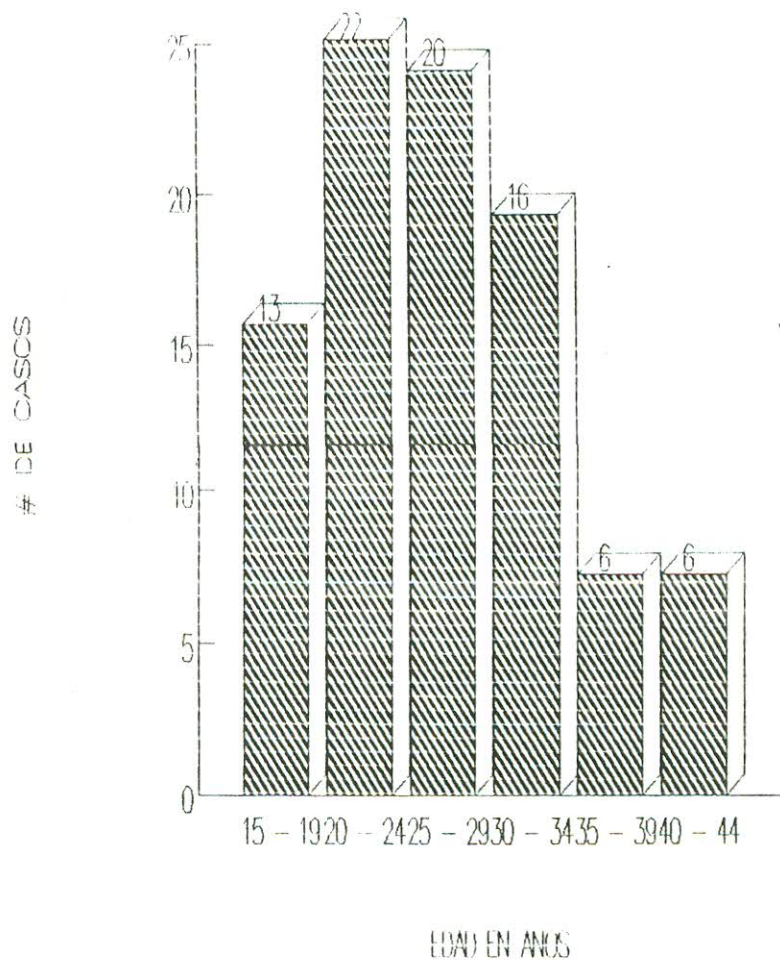
CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON ENFERMEDAD NEUROLÓGICA, QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

GRUPO ETAREO	No.	%
15 - 19	13	15.66
20 - 24	22	26.50
25 - 29	20	24.08
30 - 34	16	19.26
35 - 39	6	7.23
40 - 44	6	7.23
TOTAL	83	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del hospital general san juan de Dios.

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON ENFERMEDAD NEUROLOGICA



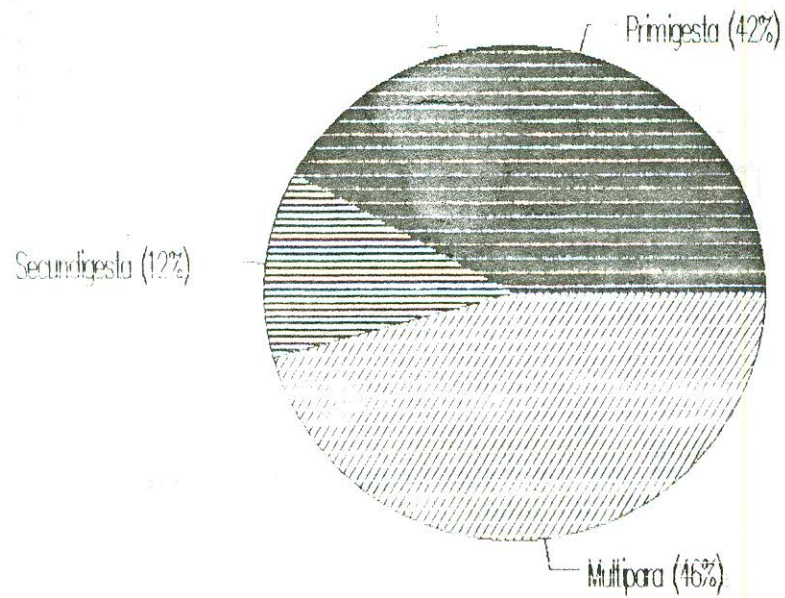
CUADRO No. 4

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN PACIENTES QUE PRESEN-
TARON COMPLICACION NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRA-
BAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE
1993.

COMPLICACIONES	PRIMIGESTA	SECUNDIGESTA	MULTIPARA
ECLAMPSIA	22	5	13
EPILEPSIA (TCG)	8	2	14
E.C.V.	1	-	6
PSICOSIS	3	1	1
ENCEFALOPATIA ANOXICO ISQUEMICO	1	1	2
MENINGITIS	-	-	1
ENCEFALITIS TIFICA	-	-	1
MIELITIS TRANSVERSA T ₃	-	-	1
TOTAL	35 42.17%	10 12.04%	38 45.78%

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso
y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y ar-
chivos de registros clínicos del Hospital General San Juan
de Dios.

Antecedentes Gineco Absteras



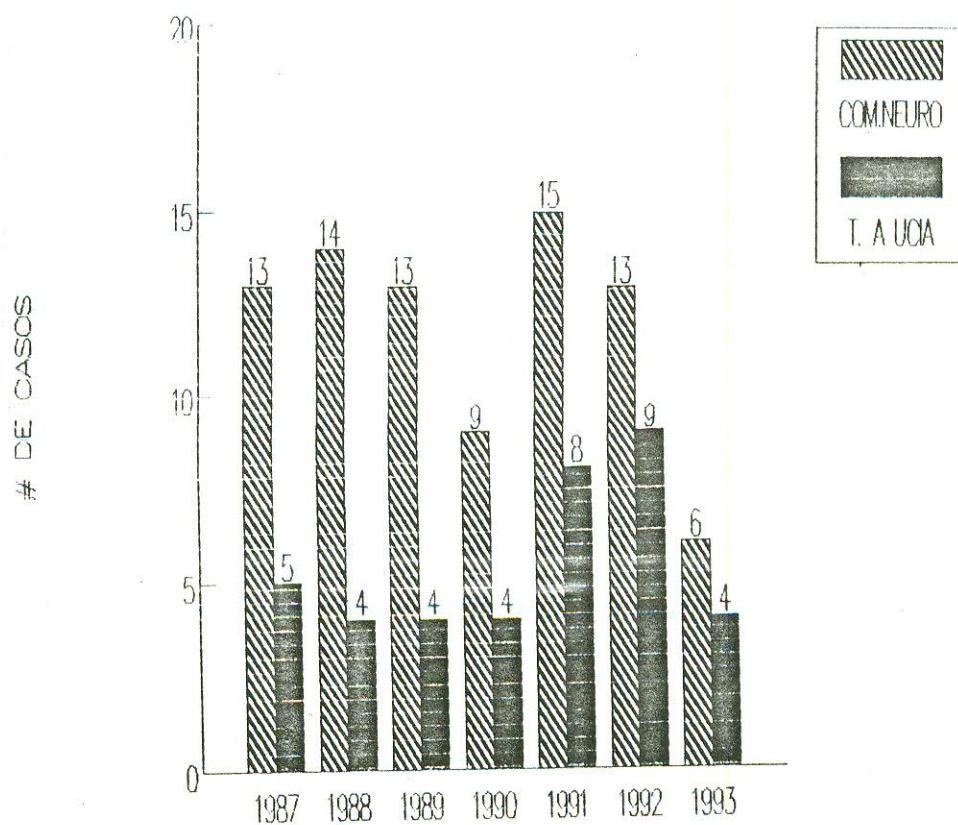
CUADRO No. 5

TRASLADO DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS AL DEPARTAMENTO DE UCIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO DEL 1 de JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

AÑO	COMPLICACIONES NEUROLOGICAS #	TRASLADOS A UCIA
1987	13	5
1988	14	4
1989	9	4
1990	13	4
1991	15	8
1992	13	9
1993	6	4
TOTAL	83 100%	38 45.78%

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y ficheros de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

TRASLADO DE PACIENTES A UCI



AÑO

CUADRO No. 6

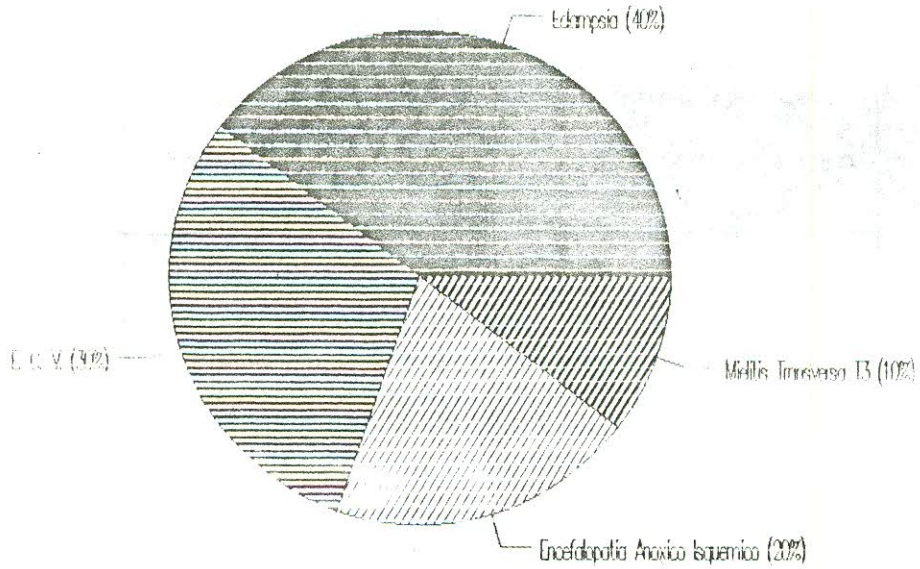
CAUSAS DE FALLECIMIENTO EN PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACUTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

COMPLICACION	FALLECIDAS No.	%
ECLAMPSIA	4	40.00
E.C.V.	3	30.00
ENCEFALOPATIA ANOXICO ISQUEMICO	2	20.00
MIELITIS TRANSVERSA T ₃	1	10.00
TOTAL	10	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clinicos del Hospital General San Juan de Dios.

DEL TOTAL DE COMPLICACIONES NEUROLOGICAS (83 casos):
EL 12.04 % (10) corresponde a FALLECIMIENTOS.

Causas de Fallecimiento



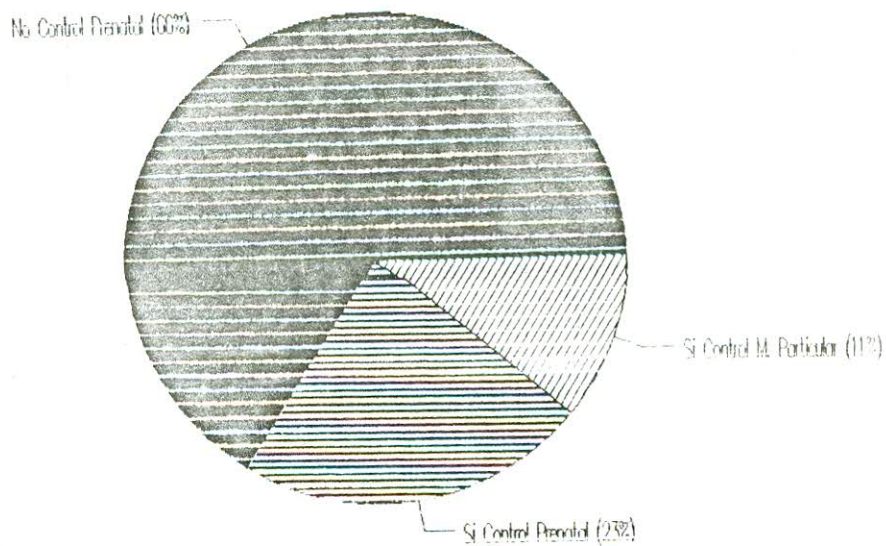
CUADRO No. 7

CONTROL PRENATAL EN PACIENTES QUE PRESENTARON ENFERMEDAD NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

	No.	LUGAR	%
SI	19	HGSJD	22.89
	9	MEDICO PARTIC.	10.84
NO	55		66.26
TOTAL	83		100.00

FUENTE:Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

Control Prenatal en H.G.S.J.D. durante el 1/6/87 al 30/6/93



CUADRO No.8

ANTECEDENTES PERSONALES EN PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

ANTECEDENTE	No.	%
CONVULSIONADORA CRONICA	18	56.25
HIPERTENSION ARTERIAL (H.T.A.)	8	25.00
PREECLAMPSIA EMBARAZO ANTERIOR	5	15.62
DIABETES	1	3.13
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

CUADRO No. 9

MEDICAMENTO UTILIZADOS PRE-DURANTE EMBARAZO EN PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

MEDICAMENTO	No.	%
EPAMIN	16	45.71
FENOBARBITAL	13	37.14
ALDOMET	5	14.28
DIABENESE	1	2.86
TOTAL	35	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

CUADRO No. 10

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES QUE PRESENTAN COMPLICACION NEUROLOGICA Y QUE INGRESARON CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. EN EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DE 1987 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

COMPLICACION	No.	%
PREMATUREZ	15	44.11
BAJO PESO AL NACER	7	20.58
HIPOXIA PERINATAL	5	14.70
OBITO FETAL	4	13.79
ANENCEFALIA Y MIELOMENINGO_		
CELE LUMBAR	2	5.88
HIDROCEFALIA	1	2.94
TOTAL	34	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos, libros de ingreso y egreso del departamento de UCIA, Gineco-obstetricia y archivos de registros clínicos del Hospital General San Juan de Dios.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se analizò retrospectivamente 7 años (1987 - 1993) de pacientes que presentaron Complicaciòn Neurològica durante el embarazo. De los 13,866 post parto patològico se encontraron 83 casos de pacientes que presentaron Complicaciòn Neurològica, de terminandose lo siguiente:

CUADRO No. 1

En este cuadro se pone de manifiesto el motivo principal de la investigaciòn, del 100% de pacientes que cumplieron los requisitos de la investigaciòn o sea 83 pacientes; tenemos que la principal Complicaciòn Neurològica fue; Eclampsia con el 48.19%; seguida de Epilépsia 28.91%, Enfermedad Cerebrovascular 8.43%, Psicosis 6.02%, Encefalopatìa Anòxico-Isquémico 4.82% y Meningitis, Encefalitis, Mielitis Transversa T₃ con 1.20% cada entidad.

CUADRO No. 2

Se analiza la frecuencia de las Complicaciones Neurològicas por año; como vemos se presentaron con mayor frecuencia durante el año 1991 con 15 casos, 1988 con 14 casos; luego tenemos 1987, 1990 y 1992 con 13 casos cada año; 1989 con 9 casos y 1993 con 6 casos; este último se puede explicar, en que se tomaron únicamente los primeros 6 meses; totalizando 83 casos.

CUADRO No. 3

Del total de pacientes con problema neurològico el 26.50% se encontraban en el momento del estudio entre las edades de 20 - 24 años;

24.08% entre 25 - 29 años; 15.66% entre 15 - 19 años; estos unidos representan el 66.24% del total de casos, con lo que podemos decir *que estas entidades afectaron en su mayoría a pacientes jóvenes.* Del estudio tenemos 6 pacientes entre los 40 - 44 años.

CUADRO No. 4

De las pacientes con Complicación Neurológica, vemos que las más afectadas fueron las pacientes multiparas con un 45.78% del total de casos (38 casos), pacientes primigestas con un 42.17% (35 casos); si vemos las entidades neurológicas tenemos que: Eclampsia con 22 casos (55%) en primigestas de 40 casos; Epilépsia con más afección en multiparas con 14 casos (58.33%) de 24 casos en total; Enfermedad Cerebrovascular 7 casos (58.33%) de 12 casos afectando a multiparas; Psicosis así como lo refiere la literatura con más afección en primigestas 3 casos (60%) del total de 5 casos.

CUADRO No. 5

En este cuadro podemos ver el número de pacientes con complicación neurológica que fue trasladada al departamento de Unidad de Cuidado Intensivo, correspondiendo a un 45.78% (38 casos) del total de pacientes afectadas, si vemos por año tenemos que en el año 1992 hubo 9 pacientes trasladadas, lo que representa 23.68% del total de traslados, seguido del año 1991 con 8 pacientes que representa el 21.05%.

CUADRO No. 6

En este cuadro podemos observar que de los pacientes que presentaron Complicación Neurológica (83 casos), tenemos que 10 pacientes (12.04%) fallecieron siendo la causa de muerte: Eclampsia 4 pacientes

(40%), Enfermedad Cerebrovascular 3 pacientes (30%), Encefalopatía anòxica -isquémico 2 pacientes (20%), Mielitis Transversa T₃ 1 paciente (10%). Lo que podemos decir de esto es, al igual lo que nos refiere la literatura, de entidades que pueden ser fatales, como las que presentamos en este cuadro, ya que las demás entidades neurológicas no se dio la misma situación y las pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

CUADRO No. 7

Del total de 83 pacientes con Complicación Neurológica, vemos que 28 pacientes tuvieron Control Prenatal en Hospital General San Juan de Dios y Médico Particular lo que representa un 33.73% del total de casos; mientras que 55 pacientes (66.26%) NO tuvo control prenatal; nos podemos dar cuenta que la mayor parte de pacientes no tuvo control prenatal, llegan a las emergencias de obstetricia con trabajo de parto y con el problema neurológico ya establecido, lo que podría evitarse si se tuviera un control, tanto para evitar estas complicaciones para la madre como para no poner en peligro el embarazo, que a veces por severidad del problema se es necesario la resolución de este, en periodos de gestación aún no a término tal es el caso de la preeclampsia y eclampsia.

CUADRO No. 8

Podemos observar en este cuadro los antecedentes personales en el cual tenemos, primero a; Convulsionadora Crónica (Epilépticas) con un 56.25%, seguido de Hipertensión Arterial y Preeclampsia en embarazo anterior los que son factores predisponentes a problema neurológico como Eclampsia y Enfermedad Cerebrovascular, comprenden el 25% y 15.62%

respectivamente; tenemos únicamente una paciente con Diabetes mellitus el cual es un factor de riesgo durante el embarazo según lo referido en la literatura.

CUADRO No. 9 y 10

En estos cuadros podemos observar los medicamentos utilizados por las pacientes durante el embarazo, así como los problemas que presentaron los Recién nacidos, así tenemos que; los anticonvulsivantes fueron los más utilizados con un 82.85% del total de medicamentos luego tenemos al antihipertensivo (Aldomet) con un 14.28% y Diabinese con un 2.86%. En el siguiente cuadro número 10 se puede observar que los problemas observados; Bajo peso al nacer, Anencefalia y Mielome - ningocele lumbar, Hidrocefalia, Obito fetal, correspondiendo al 43.19% (14 casos) hijos de madres convulsionadoras crónicas y por lo mismo consumo de anticonvulsivantes durante el embarazo, al igual lo referido en la literatura los efectos teratógenos de estos en los recién nacidos se pudo observar; Prematurez con un 44.11% (15 casos) e Hipoxia perinatal con un 14.70% (5 casos), se puede explicar ; que son hijos de madres eclámpicas y por urgencia de resolver el problema se realizó cesárea y al no ser el embarazo aún a término se tuvo estas entidades.

PRESENTACION DE CASO

Paciente multipara de 33 años. O/R esta capital, unida, Alfabetada, Católica. Fecha de ingreso: 20 XII 92.

MOTIVO DE CONSULTA: Convulsiones de 3 horas de evolución.

HISTORIA CLINICA: Refiere el esposo que el día de ayer por la noche inicio la paciente con dolores de parto leves y dolor de cabeza; por la madrugada tuvo "ataques" 1 en casa y otro al ser traída por los bomberos, quienes refieren la convulsión como Epilépsia.

ANTECEDENTES: G/O: G:9 P: 7 Ab: 1 HV: 7 F.U.R. 26 IV 92
Todos PES, algunos atendidos por comadrona, otros en HGSJD.
Durante este parto No control prenatal.

EXAMEN FISICO:

Estuporosa, por periodos despierta al estímulo verbal.

P/A: 120/70 Fc: 75 X' Fr: 18 X' T: 37.1°C

A.U.: 28 cms. FcF: no se ausculta. Cefalica por Leopold.

Tacto vaginal: 5cms. dilatación.

No alteración en el patrón respiratorio. Apertura palpebral a las ordenes verbales. Oculo cefalico de seguimiento fino. Pùpilas isocòricas fotorreactivas. FO: cambios vasculares no hemorrágicos, no papiledema. Rigidez de cuello +.

Fuerza muscular	V	IV	Reflejos miotáticos	++	+
	V	IV		++	+

Babinsky bilateral + Brudzinsky +, Kernig +.

- IMPRESION CLINICA: 1.- Embarazo de 34 semanas por U.R.
2.- T.P.A. - Feto muerto?
3.- Crisis tònico clònico generalizada de
inicio tardio sintomàtico: -Vascular
-HSA II -III
4.- Alteraciòn de la conciencia sùbito
-Afecciòn cortical difuso vascular -HSA
5.- Metabolico Na Glicemia.

Se atiende PES Obito fetal (20 12 92). Este dìa es trasladada a UCIA, se inicia tratamiento con Dexametazona y soluciòn Isotònica; en este servicio paciente inicia con cuadro de Hipertensiòn Arterial, por lo que se inicia tratamiento con vasodilatador y diurético para complementar tratamiento antiedema. El dìa 23 XII 92 se realiza TAC la que se reporta;

- Hemorragia Intraparenquimatosa. - Edema Cerebral difuso.
- " Intraventricular.

A paciente se le dio tratamiento como HSA G III. Medicamentos utilizados: Manitol, Furosemda, Hidralazina, Propanolol, Epa-min, Ranitidina y Decadròn. Paciente con este tratamiento evoluciona satisfactoriamente por lo que en el 10mo. dìa en UCIA por buena evolucion y estabilidad hemodinàmica es trasladada a Medicina de mujeres. Paciente nunca perdiò su patron respiratorio por lo que no hubo necesidad de ventilaciòn asistida.

El dìa 5 I 93 (16 dìa de su ingreso) se le realiza TAC para seguimiento de evolucion de Hemorragia intraparenquimatosa, la cual se reporta como, Hemorragia intraparenquimatosa en proceso involutivo. Paciente en servicio de medicina de mujeres con el tratamiento establecido y fisioterapia recupera su fuerza y tono muscular, no cefalea.

El dìa 10 I 93, paciente hemodinàmicamente estable sin signos neurològicos importantes, HTA controlada; se decide egreso y se continua su evolucion por consulta externa de Neurologìa.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- Las entidades Neurológicas más frecuentes fueron: Eclampsia y Epilépsia, las que representan el 77.11% (64 casos) del total de casos encontrados.
- 2.- La vía de resolución del embarazo en pacientes que presentaron Complicación Neurológica fue Cesàrea Segmentaria Transperitoneal (CSTP) en un número de 49 pacientes que es igual al 59% del total de casos.
- 3.- Del total de traslados del departamento de Obstetricia al departamento de Unidad de cuidado intensivo fue de 165 pacientes; de estos, 38 pacientes fueron trasladadas por Complicación Neurológica, lo que representa el 23.03% del total de traslados de Obstetricia a UCIA en el periodo del 1 de Junio 1987 al 30 de Junio de 1993.
- 4.- De las pacientes con Complicación Neurológica tenemos que 32 pacientes (38.54%) tenían factores de riesgo personales (ver cuadro No. 8) y de estos 10 pacientes (12.04%) tenían predisposición familiar a padecer estas entidades, y 51 casos (61.44%) asociado al embarazo.
- 5.- Del total de pacientes que presentaron Complicación Neurológica y que evolucionaron bien, el seguimiento por consulta externa de caso fue de un 30.12% del total de casos. (No implica solo seguimiento de parto, sino a descartar otro tipo de enfermedad).

6.- De todas las pacientes con Complicación Neurológica, se hizo necesaria la experiencia especializada para el diagnóstico y tratamiento del problema; por lo que se hace necesario implementar estrategias para trabajo en grupo, y ser más efectivo el manejo de estos casos.

7.- Aunque el número de pacientes con Complicación Neurológica fue del 0.15% del total de partos atendidos (54,810 partos), tenemos que darnos cuenta que de los casos con complicación neurológica (83 casos) el 12.04% (10 casos) fallecieron, por lo que se debe tomar en cuenta la gravedad del problema.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Que nuestro estudio y resultado de este trabajo sirvan de base para futuros estudios y el establecimiento de conductas médicas que tomen en cuenta el problema en toda su magnitud; pudiendo mejorar la atención primaria en salud, para reducir complicaciones.
- 2.- Insistir en un plan educacional amplio y sincero que resuelva en plenitud las dudas del paciente y su familia, principalmente en aquellas con factores de riesgo de complicación neurológica.
- 3.- Hacer del conocimiento al personal médico y paramédico del departamento de Maternidad, que aunque raras de presentarse estas entidades, cuando se presentan sino se les da un tratamiento especializado tienden a complicarse, por lo que debe de darse la importancia que se tiene sobre estas entidades neurológicas para su resolución (tratamiento).
- 4.- Que la presente investigación sea conocida por el personal del departamento de Maternidad y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios, una vez autorizada su divulgación.

XI. RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la incidencia de Complicación Neurológica en pacientes embarazadas que ingresaron con trabajo de parto activo al Hospital general San Juan de Dios, así como antecedentes a padecer estas entidades y asociado al embarazo.

Llevándose a cabo la investigación en el departamento de maternidad y unidad de cuidado intensivo del hospital General San Juan de Dios. Obteniéndose una incidencia de 83 casos que representa el 0.15% del total de partos atendidos (54,810 partos) y de estas pacientes tenemos 32 pacientes (38.54%) tenían predisposición o factores de riesgo personales y de estos 10 pacientes (12.04%) tenían predisposición familiar a padecer estas entidades y 51 casos (61.44%) asociado al embarazo, y por último tenemos que 10 pacientes (12.04%) fallecieron; por lo que recomendamos hacer del conocimiento al personal médico y paramédico del departamento de Maternidad, que aunque raras se presenten estas entidades, cuando se presentan sino se les da un tratamiento especializado tienden a complicarse, por lo que debe darse la importancia que se tiene sobre estas entidades para su tratamiento.

XII. BIBLIOGRAFÍAS:

- 1.- Anonymous.- Intracranial Venous Thrombosis Complicating oral Contraception. JOURNAL OF NEUROLOGY, NEUROSURGERY AND PSYCHIATRY. 35 (6): 1972.
- 2.- Arias, Fernando. Maternal Cerebrovascular Accidents. OBSTETRIC EMERGENCIAS. 1984. pp: 366 - 367.
- 3.- Burrow - Ferris. Medical Complications During Pregnancy. OBSTETRICS. 2nd. edition; '82; pp: 183. 435 - 470.
- 4.- Deal, MF; Wechsler, LR; Davis, KR. -Cerebral Vein Thrombosis and Multiple Intracranial Hemorrhages by computed Tomography. ARCHIVES OF NEUROLOGY. 1982 Jul; 39(7); 437-8.
- 5.- Donaldson, JO. - Neurologic Emergencies in Pregnancy. OBSTETRICS-GYNECOLOGY. -CLIN. -NORTH AM; 1991 Jun; 18(2); pp:199-212.
- 6.- Eastman and Hellman. -Neurología del Embarazo. WILLIAMS OBSTETRICS. 30th. Edition; '66. pp: 775 - 776.
- 7.- Embarazos Complicados. PUBLICACIONES DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS. OSCHNER REPORT. Nueva Orleans, Louisiana, USA. Vol.12 Número 2, 1991; pp: 4 - 6.
- 8.- Guyton, Arthur C. - Embarazo y Lactancia. TRATADO DE FISIOLÓGIA MEDICA. 7ma. Edición; pp: 982.
- 9.- Hachinald. Magnesium Sulfate in the Treatment of Eclampsia. ARCHIVES OF NEUROLOGY. Dec. 1988, Vol. 45; Num. 12 pp: 1364.
- 10.- Had, Hamid A. y Mashini, Ibrahim S. -Tratamiento de la Epilepsia durante el embarazo. MUNDO MEDICO. Vol. 7; Número 2; Agosto 1990; pp: 27-31.
- 11.- Houston Merrit, H. - A TEXT BOOK OF NEUROLOGY. 6ta. Edición 1982. pp: 761.
- 12.- Merger, Robert. Afecciones del Sistema Nervioso, Asociado al Embarazo. MANUAL DE OBSTETRICIA. 2da. Edición, 1971. pp: 703-712.
- 13.- Mondragón Castro, H. -Epilepsia y Embarazo. OBSTETRICIA BÁSICA ILUSTRADA. 3era. Edición, 1989. pp: 293 -295.
- 14.- Nausieda, PA; Koller, Wc; Weiner, WJ; Klawans, HL. Chorea Induced by Oral Contraceptives. NEUROLOGY. 1979 Dec; 29(12); 1605 - 9.
- 15.- Paul Titus, MD. -MANAGEMENT OF OBSTETRIC DIFFICULTIES. 3erd. Edition.
- 15.- Pryse - Phillips, William, Murray, TJ. Complicaciones Neu-

- rológicas del Embarazo. NEUROLOGIA CLINICA. 1984; pp: 539 - 543.
- 17.- Quenan, John T. - Accidentes Vasculares. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. 2da. Edición; 1989; pp: 353 - 355, 341 - 343.
- 18.- Quilligan, Edward J. - Myasthenia Gravis and Multiple Sclerosis in Pregnancy. CORRENT THERAPY IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGY 2. 1983. pp: 103 - 105.
- 19.- Repke, John T., Friedman, Steven A., Kaplan, Peter W. - Prophylaxis of Eclamptic Seizures; Current Controversies. CLINICAL OBSTETRICS AND GINECOLOGY; June 1992, Vol. 35, Number 2; pp: 365 - 372.
- 20.- Sandberg, Eugene C. - Enfermedades Neurológicas durante el Embarazo. TRATADO DE OBSTETRICIA. 10ma. Edición 1981. pp: 341 - 343.
- 21.- Schwarcz, Ricardo. - Neurología del Embarazo. OBSTETRICIA. 3era. Edición, pp: 357 - 358.
- 22.- So, Elson L. - Update and Epilepsy. MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA; January 1993, Vol. 77, Number 1; pp: 203 - 212.
- 23.- Soto de Gatti, Beatriz y Herrera García, L. - Patologías en pacientes de alto riesgo Obstétrico y su Manejo Anestésico en el Hospital Universitario de Caracas, 1986. ANESTESIA OBSTETRICA - COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. 3(1); 105 - 24. Ene. - Abr. 1988.
- 24.- Tan, E; Namer, TJ; Ciger, A; Zileli, T; Kucukali, T. - The Prognosis Sclerosing Panencephalitis in Adults. CLIN - NEUROLOG - NEUROSURG.; 1991; 93(3); pp: 205 - 9.
- 25.- Uribe Uribe, Carlos S. FUNDAMENTOS DE MEDICINA, NEUROLOGIA. 4ta. Edición; 1991; pp: 625 - 627.
- * 26.- Wiebers, David O. - Isquemia Cerebrovascular. ARCHIVS OF NEUROLOGY. Nov. 1985, Vol. 42; Num. 11; pp: 1106 - 1111.
- 27.- Wirguin, Itzhak; Steiner, Israel MD; Kidron, Dophe MD; Brenner, Talma MD; Udem, Steve MD; Roger, Bracho; Abramsky, Oded MD. - Fulminant Subacute Sclerosing Panencephalitis in Association with Pregnancy. ARCHIVS OF NEUROLOGY. Dec. 1988; Vol. 45 Number 12; pp: 1324 - 1325.
- 28.- Wilson, Carrington. - Disorders of the Nervous System, during Pregnancy. OBSTETRICS AND GINECOLOGY. 6ta. Edición, 1979; pp: 323 - 326.
- 29.- Xun, Mi. - The Problem of Birth Control in Schizophrenic patients. CHINESES JOURNAL OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY. Dec. 1986; 19(6); 335 - 8.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA DE INGRESO: ____ / ____ / ____

ANTECEDENTES G/O: G: _____ P: _____ Ab: _____ C: _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

TRATAMIENTO: MEDICO

QUIRURGICO:

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

DIAGNOSTICO NEUROLOGICO:

PREVIO A EMBARAZO:

DURANTE EL EMBARAZO:

CONTROL PRENATAL: SI* NO *DONDE: _____

FECHA DE EGRESO: ____ / ____ / ____

GLOSARIO

ANENCEFALIA: Ausencia de cerebro.

ANOXIA: Ausencia de oxígeno en la sangre.

CESAREA: Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y en el útero y extraer el feto por vía tras-abdominal. Se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal.

COMPLICACION: Síntoma distinto de los habituales de una enfermedad y que agrava el pronóstico de esta.

CONVULSION: Contracción violenta e involuntaria de los músculos.

EMBARAZO: Preñado de la mujer y tiempo que dura. Gestación.

ENCEFALOPATIA: Afección orgánica del encefalo.

HIDROCEFALIA: Acumulación anómala de líquidos serosos en la cabeza.

INCIDENCIA: 1.- Número de veces que sucede un hecho. 2.- (epidemiología) número de casos nuevos durante un período concreto de tiempo.

MORBILIDAD: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía; se calcula dividiendo el número total de personas de un grupo por el número de las afectadas por la enfermedad o anomalía.

MORTALIDAD: Número de muertes por unidad de población de cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica; generalmente se expresa como muertes por 1,000 por 10,000 o por 100 mil habitantes.

NEUROLOGIA: Tratado de los órganos nerviosos y de sus funciones.

PARTO: Mecanismo por medio del cual los productos de la concepción feto y placenta maduros o parcialmente maduros son expulsados de la madre por vía vaginal (natural).

PUERPERIO: Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente 6 semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o más amplias de la maternidad y la vida no gestante.

OBITO FETAL: Muerte del producto de la concepción antes de su
cábal desarrollo.