D02

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tesis

HEMORRAGIA INTRACRANEANA EN RECIEN NACIDOS CORRELACION CLINICO PATOLOGICA

(REVISION DE 50 CASOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT).

HIGINIO ABEL DE LEON MOREIRA

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

III. MATERIAL Y METODOS

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

V. CONCLUSIONES

VI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La hemorragia intracraneana en recién nacidos constituye un serio problema pediátrico; ya que en la mayoría de los casos se presenta en forma confusa, con variedad de formas, dependientes de la intensidad y localización del derrame sanguíneo; o bien presentando gran similitud con otras entidades, por ejemplo con el daño cerebral ocasionado por asfixia, o bien asociándose con otras afecciones con las que puede tener una causa común como trastornos hemorragíparos, anoxia, trauma etc.

En estos casos el clínico se encuentra ante un problema complejo, ante el cual los recursos para el diagnóstico diferencial, son casi siempre limitados. La punción lumbar no siempre es efectiva, la punción subdural y la punción ventricular, no se realizan con frecuencia, el fondo de ojo no es frecuente hacerlo. Los exámenes neurológicos concienzudos y repetidos, pueden dar el diagnóstico exacto; desgraciadamente parecen efectuarse con escasa frecuencia.

Hemorragia intracraneana en recien nacidos:

Existen 2 formas: (9) La debida a anoxia y la debida a traumatismo, coexistiendo ambas con frecuencia.

La hemorragia se produce en una o todas las cavidades, en la convexidad o en el parénquima. La cantidad de sangre puede ser pequeña media o grande. Por otra parte la lesión cerebral producida por asfixia, puede ser indiferenciable de la de la hemorragia, pues produce un síndrome semejante.

Existen numerosas causas que favorecen la hemorragia intracraneana y que a menudo ocasionan gran aspiración o neumonía intrauterina; encontrándose entonces el pediatra ante un síndrome doble.

Localizaciones de la hemorragia:

1) Subdural
2) Intraventricular
3) Subaracnoidea
4) Parenquimatosa

Hemorragia Subdural:

Ocupa el primer lugar pues la mayoría es de origen traumático y puede prevenirse mediante el perfeccionamiento de las maniobras obstétricas. Los hallazgos clínicos síntomas y signos, así como los procedimientos diagnósticos tales como la punción Subdural ayudan al mismo, pudiéndose en la mayoría de los casos, dependiendo de el tiempo de evolución y el tratamiento instituído, obtener una respuesta favorable, aunque relativa al mismo.

Incidencia:

Como indicamos anteriormente la incidencia de casos de hemorragia intracraneana de origen traumático ha descendido notablemente debido en gran parte a el perfeccionamiento de las maniobras obstétricas.

Las estadísticas de Tucker y Benarón (9) la reportan en 12 o/o de las hemorragias intracraneanas, yo la encontré en 4 o/o pura y en 2 o/o combinada, en recién nacidos llegados a la autopsia en el Hospital Roosevelt.

Anatomía patológica:

En los niños fallecidos por esta causa se encuentran a la autópsia, acumulaciones de líquido entre la Duramadre y Piaaracnoides que puede ser: sanguinolento, xantocrómico o transparente, todo ello dependiendo básicamente de los días de evolución.

Etiología:

Por lo regular se derivan de una condición traumática, que produce compresión anormal del cráneo, estiramiento y desgarramiento de la tienda del cerebelo, rompiendo venas que por ella corren hacia los senos venosos. El cráneo se comprime anormalmente en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el niño es más grande del promedio obstétrico, o hay desproporción cefalopélvica.

b) Cuando la madre es primípara o multípara añosa, pues en ellas el canal del parto en la generalidad de los casos es más rígido.

c) En presentación podálica sobre todo si el niño es extraído enérgicamente.

d) Aplicación de Forceps alto.

Diagnóstico:

Son factores importantes la paridad, duración del parto, tipo del mismo, el tamaño del niño y el sexo.

La mayoría de los niños con este tipo de problema nacen en buenas condiciones, otras presentan en el momento del nacimiento síntomas como flaccidez, palidez y retardo en el llanto. Muchos de estos niños desmejoran y luego presentan una mejoría relativa, para después manifestar otros signos; como inquietud, llanto agudo y penetrante, ojos muy abiertos con mirada fija y fruncimiento de la frente. Pueden tener además contracciones tónicas de los miembros.

Al examen físico se encuentra:

1) Fontanela tensa

2) Desviación conjugada de los ojos

3) Anisocoría y reacción luminosa diferente

4) Hemiparesia o debilidad de los miembros.

Conforme se agravan, pueden presentar convulsiones localizadas o generalizadas, precediéndole a la muerte, largos períodos de apnea y/o cianosis. El tono del reflejo de Moro puede estar aumentado, disminuído o ausente, el fondo de ojo muestra hemorragias retinianas...

En la punción Subdural que debe ser siempre bilateral; el líquido hallado se encontrará xantocrómico, en la mayoría de los casos, con proteínas elevadas y crenocitos.

Tratamiento:

Evacuación del líquido acumulado, haciendo punciones Subdurales cada 2 ó 3 días.

Pronóstico:

La gran mayoría de los pacientes que logran sobrevivir, presentan retardo psicomotor, el que puede acompañarse de epilepsia tipo gran mal.

Hemorragia intraventricular:

Este tipo de patología se observa en niños pequeños, prematuros y partos espontáneos, son difíciles de evitar y el tratamiento no siempre es efectivo.

Incidencia:

Estudios anteriores han encontrado una incidencia de 20-25 o/o (9) de todas las hemorragias intracraneanas. En nuestra revisión efectuada se encontró pura en 22 o/o casos y combinada también en 22 o/o, la que coincide con las de otras partes.

Anatomía patológica:

La hemorragia casi siempre es de gran cantidad, ocupando todo el sistema ventricular, aplastando las circunvoluciones vecinas y destruyendo mucho parénquima cerebral. Se origina en el plexo coroideo, a menudo se encuentran petequias intracerebrales.

Etiología:

Dicha hemorragia se ha encontrado en muchos casos de asfixia, a menudo existente en el momento del nacimiento, la que es favorecida por premadurez, toxemias o aspiración de sangre, meconio o líquido amniótico.

Diagnóstico:

Desde el nacimiento se encuentra predominando el cuadro asfíctico, que evoluciona rápidamente a consecuencias fatales o bien puede presentarse en forma de períodos de apnea o cianosis, aunque la mayoría fallece en las primeras 24 horas y el resto en los primeros días de vida.

En cuanto a los signos síntomas y hallazgos físicos al examen, puede encontrarse un llanto agudo y penetrante, facies angustiosa, exoftalmía, midriasis, nistagmus, rotación de la cabeza y movimientos tónicos desordenados de los miembros y con los puños cerrados, hay cianosis severa con taquipnea y jadeo, la fontanela está tensa. El niño persiste en este cuadro por más o menos 1-2 días, para luego fallecer sin cambio alguno.

Tratamiento:

Unicamente sintómatico, la punción ventricular que se indica realizar en estos casos, se ha visto que raramente es eficaz.

Pronóstico:

Generalmente es fatal.

Hemorragia subaracnoidea:

Al igual que el tipo de hemorragia anterior, la etiología principal o más importante, es asfixia perinatal.

Incidencia:

Según Schaffer (9) se presenta en el 25 o/o, grados menores pueden encontrarse combinados con otras formas. Nosotros la encontramos pura en un 16 o/o y combinada en un 18 o/o.

Anatomía Patológica:

Una capa sanguinolenta y gelatinosa cubre los hemisferios o bien sólo existen manchas de substancias teñidas de sangre, por debajo de la Piaaracnoides. Por lo general no comprime el cerebro ni lo daña. La

sangre proviene del rezumamiento capilar y es frecuente encontrar más alteraciones producidas por asfixia en otros órganos.

Etiología:

Al igual que la hemorragia Intraventricular, se ha visto primordialmente en cuadros de asfixia perinatal y ésta favorecida por anoxia, premadurez y toxemias gravídicas.

Diagnóstico:

Se presenta un cuadro de asfixia severa con crisis de apnea y cianosis predominantemente, el que mejora con el llanto, y la muerte se produce durante uno de los episodios de apnea. Es raro encontrar signos de hipertención intracraneana,, convulsiones o cuadro de parálisis; alteraciones pupilares o bien desviación ocular.

El diagnóstico diferencial de Hematoma Subdural es relativamente fácil, aunque a menudo puede ser indistinguible de la hemorragia Intraventricular y/o parenquimatosa. También dificultan el diagnóstico las cardiopatías congénitas cianógenas. En la punción Subdural, no se extrae ningún líquido y en la punción lumbar el L.C.R. encontramos que tiene proteínas elevadas así como crenocitos; la presión generalmente es normal, aunque ocasionalmente puede encontrarse elevada.

Tratamiento:

Oxigenoterapia, calor, vitamina K. Elevación de la cabeza, ayuno y uso de soluciones intravenosas.

Pronóstico:

Fallece el 50 o/o. (9) El resto de los fallecimientos, son debidos a otras causas; las secuelas no dependen de la hemorragia sino de la lesión asfíctica intrínseca del cerebro.

Hemorragia parenquimatosa:

Es la menos frecuente de todas, según las estadísticas de Gróntoft y Craig; quienes la encontraron en 6 de 126 casos revisados. Yo la encontré pura en 7 casos y combinada en otros 7 de los 50 casos que

ocupa nuestro estudio.

Anatomía patológica:

Se limita a petequias diseminadas en el parénquima cerebral, otras veces el corte revela hemorragia perivascular; que alcanza gran tamaño produciendo tumefacción y congestión de los hemisferios aplastando las circunvoluciones.

Etilogía:

Los niños afectados son en la mayoría de las veces de gran peso, de partos prolongados y efectuados con auxilio instrumental, o bien acompañados de anoxia y asfixia perinatal.

Diagnóstico:

Son niños que nacen fláccidos, bradipneicos, hipotónicos y que después de algunos días se les observa agitados, con llanto agudo, las fontanelas se encuentran tensas; están rígidos o con contracciones tónicas, o convulsiones tónico clónicas generalizadas, hay fiebre y luego coma que precede a la muerte. Este cuadro se puede confundir con anoxia cerebral. El líquido Cefalorraquídeo es transparente y cristalino y la punción lumbar es normal.

Tratamiento:

Unicamente sintomático.

Pronóstico:

Muchos fallecen y los que sobreviven presentan como secuela desorientación franca teniendo que ser alimentados por sonda nasogástrica durante meses, antes de que aprendan a deglutir; falleciendo a los pocos años de vida de enfermedades intercurrentes.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Para el presente trabajo de tesis revisé la literatura mundial a mi alcance, encontrando un estudio de hemorragia intracraneana en recién nacidos (análisis clínico patológico de 28 casos) del año 1961 efectuado en el hospital Roosevelt por el Doctor Rafael Pivaral.

Los objetivos son establecer la correlación clínico patológica entre ésta afección y otras que pueden dar síntomas semejantes, establecer datos de las diferentes localizaciones de la hemorragia intracraneana y así obtener un diagnóstico precoz para instituir el tratamiento adecuado, según la localización de la hemorragia.

Análisis clínico patológico:

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de tesis consiste en la revisión de 50 casos post mortem de recién nacidos en el Hospital Roosevelt o ingresados al mismo con pocas horas de vida; cuyas autópsias fueron practicadas durante 45 meses (abril 1967-diciembre 1970).

Los datos fueron obtenidos de los registros médicos respectivos en donde se revisaron antecedentes obstétricos, personales, síntomas, hallazgos al examen físico, procedimientos diagnósticos, diagnósticos clínicos, diagnósticos anatomopatológicos y tratamiento.

Fue posible efectuar el estudio mediante la colaboración de los departamentos de Pediatría y Patología, así como la sección de registros médicos del Hospital Roosevelt. Se contó con varios parámetros considerados como importantes para el presente trabajo los que son:

a) Antecedentes obstétricos

b) Antecedentes personales

c) Síntomas

d) Edad en que aparecieron

e) Evolución

f) Frecuencia según grado de madurez

g) Localización de la hemorragia

h) Procedimientos diagnósticos

i) Diagnósticos efectuados

RESULTADOS Y DISCUSION

Al realizar la tabulación correspondiente de los registros médicos indicados en cuestión y habiendo obtenido los datos presentes, se tuvieron los resultados siguientes:

Antecedentes obstétricos:

Como se observa en el cuadro No. 1 la incidencia es mayor en madres jóvenes de 15 a 25 años, siendo un poco menos frecuente en madres de 26 a 35 años; la mayoría de ellas sanas. Unicamente se encontraron 1 anémica, 4 Preeclámpticas, 1 eclámptica, 1 epiléptica y 2 luéticas. Esto no quiere decir que las toxemias del embarazo no sean causas predisponentes, sino unicamente que su frecuencia fue baja.

En cuanto a la paridad no hay diferencia marcada, sin embargo, fue ligeramente más alta en madres de paridad intermedia posiblemente por ser la mayoría.

Con respecto a la edad del embarazo, la incidencia fue mayor en prematuros de hasta 35 semanas.

La duración del parto fue de 2-12 horas en 29 casos (58 o/o) con promedio de 7.46 horas, de más de 12 horas 19 casos (38 o/o); con un promedio de 20.39 horas. El trabajo de parto prolongado es factor muy importante ya que puede conducir a fenómenos asfícticos en el recién nacido por diferentes mecanismos, tales como contracciones violentas, polisistolia o agotamiento materno.

Tipo de parto:

La mayoría de los partos fueron eutócicos. Nosotros encontramos 38 casos (76 o/o) y de éstos 1 fue atendido en una ambulancia, además hubo 2 precipitados, es decir sin atención obstétrica oportuna o bien inmediata. Los partos distócicos fueron 12 (24 o/o) y 9 de los 50 casos fueron gemelares.

Se practicaron 8 Cesáreas segmentarias transperitoneales, 2 Fórceps bajos, 2 versiones por maniobras internas y 5 casos de gran extracción pelviana, todos ellos por diferentes causas.

Las distocias fueron primordialmente: presentación transversa en 2 casos. Sufrimiento fetal intenso en 9 casos, desproporción cefalopélvica en 4 casos, nudo verdadero del cordón, circular apretada al cuello, circular al tobillo, retención de hombros, placenta previa, procidencia y laterocidencia de miembro superior cada una en un caso.

Presentación:

La mayoría fue en cefálica 66 o/o, podálica 28 o/o, transversa 4 o/o, no especificadas 2 o/o.

CUADRO No. 1

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Edad materna	No. casos	Porcentaje
15-20 a.	17	34
21-25 a.	11	22
26-30	6	12
31-35	8	16
más	8	16

Salud	No. casos	Porcentaje
Sanas	41	82
Pre-eclampsia	4	8
Eclampsia	1	2
Lúes	2	4
Epilepsia	1	2
Anemia	1	2

Paridad	No. casos	Porcentaje
1er.	16	32
2-4	19	38
más	15	30

Semanas de embarazo	No. casos	Porcentaje
30 s.	6	12
31-35	22	44
36-40	22	44

Tipo de parto		No. casos	Porcentaje
a)	Eutócicos	38	76
	simples	29	58
	gemelares	6	12
	n. en calle	1	2
	Precipitados	2	4
b)	Distócicos	12	24
	simples	9	18
	gemelares	3	6

Duración del trabajo de parto	No. casos	Porcentaje
de 2-12 h.	29	58
más de 12 h.	19	38
no especif.	2	4

Presentación	No. casos	Porcentaje
Cefálica	33	66
Podálica	14	28
Transversa	2	4
No especificada	1	2

Antecedentes Personales:

En el cuadro No. 2 se observa que el 56 o/o nació en malas condiciones, con síntomas asfícticos de consideración. El 14 o/o nació en regular estado general y el 30 o/o nació en buen estado. Del total de los 50 casos de nuestro estudio, los más afectados fueron de sexo masculino en un 58 o/o. Además hubo 9 partos gemelares de los que 7 de ellos fueron el segundo gemelo y 2 fueron el primer gemelo.

La incidencia de Hemorragia intracraneana Subaracnoidea, es notoriamente más alta en recién nacidos de menos de 2500 gr. los que sumaron 17 casos (34 o/o).

Edad de fallecimiento:

9 niños tuvieron una evolución fatal en las primeras 24 horas para aumentar la incidencia en los primeros 3 días a 22 casos más. De 4-7 días fallecieron 10 y los 9 restantes fallecieron después de una semana, habiendo sucedido en un caso a los 27 días.

Como consecuencia encontramos que el fallecimiento ocurrió principalmente durante los primeros 3 días.

CUADRO No. 2

ANTECEDENTES PERSONALES

Sexo	No. casos	Porcentaje
Masculino	29	58
Femenino	21	42

Peso al nacer	No. casos	Porcentaje
1500 gr.	10	20
1501-2000	16	32
2001-2500	3	6
2501 y más	21	42

Condición al nacer	No. casos	Porcentaje
Malos	28	56
Regulares	7	14
Buenos	15	30

Edad al fallecer	No. casos	Porcentaje
24 h.	9	18
1-3 d.	22	44
4-7	10	20
más	9	18

Síntomas y signos: Cuadro No. 3

Se tomó en cuenta en esta oportunidad las manifestaciones más importantes, las que se clasificó en: neurológicas, hemorrágicas y respiratorias.

Entre los trastornos neurológicos, se observó que las alteraciones del tono muscular, trastornos de la conciencia, reflejo de Moro anormal, convulsiones y trastornos oculares fueron las más frecuentes y entre ellas predominaron las alteraciones del tono muscular.

Las manifestaciones hemorragíparas presentes en un 20 o/o fueron: equimosis, hematomas, hematemesis, epistaxis, púrpura y enterorragias.

Los trastornos respiratorios en orden de frecuencia fueron: crisis de apnea 58 o/o, quejido 56 o/o, respiración irregular 54 o/o disnea y cianosis 46 o/o cada una, bronconeumonía hemorrágica en el 14 o/o.

Puede observarse que en la mayoría de los casos no hubo mayores datos que sugirieran daño encefálico y que independientemente de la localización de la hemorragia, en algunos se presentaron manifestaciones atribuíbles a una u otra formas clínicas. En la revisión no se obtuvo casos típicos.

En la hemorragia Subdural encontrada a la autópsia los signos principales fueron obnubilación, convulsiones y fontanela tensa; en la forma mixta se observaron además alteraciones oculares, éstas también estuvieron presentes en las demás formas de hemorragia intracraneana. Posiblemente esto se deba al aumento de la presión intracraneana, más que al la localización de la misma.

CUADRO No. 3

SINTOMATOLOGIA

Síntomas neurológicos	No. casos	Porcentaje
Trast. de conciencia	21	42
Obnubilación	13	26
Inconciencia	9	18

Alt. del tono musc.	No. casos	Porcentaje
	34	68
Espasticidad	9	18
Flaccidez	26	52

Trast. Oculares	No. casos	Porcentaje
	9	18
Paral. Pup.	6	12
Anisocoria	2	4
Estrabismo	1	2
Convulsiones	11	22

Reflejo de Moro	No. casos	Porcentaje
Anormal	14	28
No especificados	36	72

Manif. hemorrágicas	No. casos	Porcentaje
Equimosis	1	2
Hematomas	1	2
Hematemesis	2	4
Expistaxis	1	2
Púrpura	4	8
Enterorragia	1	2

Síntomas respiratorios	No. casos	Porcentaje
Disnea	23	46
Cianosis	23	46
Quejido	28	56
Crisis apnea	29	58
Resp. irregular	27	54
Estertores	7	14

Epoca de aparecimiento de los síntomas (Cuadro No. 4):

La mayoría los presentaron al nacer (58 o/o); en las primeras 24 horas el (16 o/o), el resto posteriormente, siendo en un caso a los 23 días en que el paciente tenía un Hematoma Subdural.

CUADRO No. 4

SINTOMATOLOGIA

Iniciación	H.S.D.	H.I.V.	H.S.A.	H.Parenq.	H.Mixta	Total o/o
Al nacer		8	12	5	4	58
1as.24 h.		1	1	1	5	16
1-3 días	1	1	2		3	14
4-7 días		1			1	4
más de 7 d.	1		1	1	1	8

H.S.D. Hemorragia Subdural
H.I.V. Hemorragia Intraventricular
H.S.A. Hemorragia Subaracnoidea

El cuadro No. 5, nos puede dar una idea de la intensidad expresada en cruces, del momento de la iniciación de los síntomas, tiempo de evolución fatal y grado de madurez. Se puede observar el predominio de los síntomas al nacer y la evolución a la muerte durante los 3 primeros días; así como la mayor incidencia que fue en prematuros.

La supervivencia transitoria se observó principalmente en las formas combinadas.

Anatomía patológica (cuadro No. 6):

Con respecto a la localización de la hemorragia intracraneana se encontraron formas puras en el 72 o/o de los casos; el resto corresponde a formas combinadas entre si en número de 2 y 3.

Entre las formas puras la mayor incidencia correspondió a la Hemorragia Subaracnoidea y a la Hemorragia Intraventricular; y entre las formas combinadas fue a la inversa.

CUADRO No. 5

FORMA CLINICA	INICIACION DE SINTOMAS: Al Nacer	24 h.	1-3d	más	EVOLUCION FATAL: 24 h.	1 - 3 d	más	FRECUENCIA SEGUN MADUREZ: Prematuros	Mayores
hemorr. subd.		+	+	+	+		+		+
hemorr. I. ventr.	++++	+	+	+	+	+++	+	++++	+
hemorr. Subarac.	++++	+	+	+	+++	+++	++	++++	+
hemorr. parenq.	++++	+		+	+	+	+++	++	+
formas combinadas	+++	+++	++	++	+	+++	+++	++++	+++

CUADRO No. 6

ANATOMIA PATOLOGICA

Localización de la hemorr. intrac.	Pura	Combinada	Total		en recién nacidos: Prematuros		a término	
Subaracnoidea	16	9	25	50%	17	34%	8	16%
Intraventricular	11	11	22	44	14	28	7	14
Parenquimatosa	7	7	14	28	9	18	5	10
Subdural	2	1	3	6			3	6

Procedimientos Diagnósticos (Cuadro No.7)

Estos se efectuaron en 12 de los 17 casos diagnosticados clínicamente.

Punción Lumbar en 5 casos de Hemorragia Subaracnoidea, siendo el L.C.R. hemorrágico con presión aumentada y Crenocitos; tanto radiografía de cráneo como punción Subdural y Ventricular fueron negativas; así como en los casos de hemorragia parenquimatosa, Subdural y Ventricular, dichos procedimientos también fueron negativos. En la hemorragia Intraventricular, al realizar la punción Ventricular, ésta fue positiva obteniendo sangre obscura y Crenocitos en 3 de los casos puncionados.

Otros procedimientos diagnósticos tales como E.E.G. centellograma cerebral o fondo de ojo no se realizaron.

CUADRO No. 7

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Punción	H.S.D.	H.I.V.	H.S.A.	H. Parenq.	Presión	Crenocitos
Lumbar	Neg.	Neg.	Hemorr.	Neg.	aumentada	positivo
Ventricular		Hemorr.	Neg.	Neg.	aumentada	positivo
Subdural			Neg.			
RX. cráneo			normal			

H.S.D. Hemorragia Subdural H.I.V. Hemorragia Intraventricular
H.S.A. Hemorragia Subaracnoidea.

Observando los cuadros No.s 8 y 9 podremos ver que encontramos un porcentaje bajo en el diagnóstico clínico de enfermedad neurológica; la explicación de esto se debe al posible obscurecimiento del cuadro, por la afección pulmonar presente en el 64 o/o de los casos y además por la insuficiente exploración del sistema nervioso.

CUADRO No. 8
DIAGNOSTICOS EFECTUADOS
CLINICOS

Sistema respiratorio	No. casos	Porcentaje
Atelectasia pulmonar	2	4
Bronconeumonía	21	42
Neumonía	1	2
Membrana Hialina	3	6
S. de aspiración	2	4
S. de dif. resp.	2	4

Sistema Nervioso	No. Casos	Porcentaje
Hemorragia Intrac.	17	34
Anoxia del S.N.C.	4	8
Kernicterus	1	2

Otros	No. Casos	Porcentaje
Enferm. Hemorrag.	6	12
Toxoplasmosis	1	1
Lúes	3	6
Trauma craneano	1	2

ANATOMOPATOLOGICOS

Sistema Respiratorio	No. Casos	o/o
Atelectasia pulmonar	5	10
Bronconeumonía	15	30
Neumonía	2	4
Membrana Hialina	7	14
Edema Pulmonar	1	2

Sistema nervioso	No. Casos	Porcentaje
Hemorragia Intrac.	50	100
Anoxia del S.N.C.	6	12
Kernicterus	1	2
Atrofia de hemisf. cer.	1	2
Enferm. Hemorrag.	9	18
Toxoplasmosis	1	2
Lúes	3	6
Trauma craneano	1	2
Fractura cráneo	1	2

CUADRO No. 9
DIAGNOSTICOS

Enfermedad	Diagnósticos Clínicos		Diagnósticos Anatomopat.	
Pulmonar	31	62 o/o	30	60 o/o
Neurológica	17	34 o/o	50	100 o/o
Hemorrágípara	6	12 o/o	9	18 o/o

Tratamiento

En todos los casos el tratamiento fue sintomático, con uso de Oxígeno, antibióticos, estimulantes respiratorios, anticonvulsivantes, así como vitamina K y soluciones intravenosas.

CONCLUSIONES

1) El número de casos estudiados es reducido, e insuficiente para obtener conclusiones valederas.

2) La incidencia de Hemorragia intracraneana en recién nacidos es inversamente proporcional a la edad materna.

3) Los antecedentes obstétricos, como edad materna, paridad, grado de madurez del recién nacido, contribuyen a sospechar Hematoma Subdural, ya que son más afectados los recién nacidos a término sobre todo si son grandes y el parto ha sido complicado. En cambio las otras formas clínicas, están asociadas a partos fáciles, prematuros y problemas de anoxia.

4) La incidencia de Hemorragia intracraneana es mayor en los recién nacidos prematuros que en los recién nacidos a término.

5) Se observó que el segundo gemelo es el más afectado en una proporción de 77.77 o/o.

6) La localización del tipo de Hemorragia Intracraneana, es difícil mediante la exploración clínica exclusivamente, siendo necesario repetirla con frecuencia, así como efectuar todos los exámenes complementarios que contribuyan a ello.

7) El pronóstico de la Hemorragia Intracraneana es desfavorable ya que la mayoría fallece dentro de los primeros 3 días de vida.

8) La enfermedad Hemorrágipara se observó en un 18 o/o ignorándose su etiología debido a la falta de exámenes complementarios.

9) Los medios de diagnóstico fueron insuficientes, quizá por presentarse la mayoría de las veces acompañada de otras entidades clínicas que pueden dar un cuadro semejante.

10) Es de hacer notar que el tratamiento fue únicamente sintomático, ignorándose su efectividad, pues el estudio fue efectuado post mortem.

BIBLIOGRAFIA*

1. Catel, Werner, Diagnóstico diferencial de los síntomas en pediatría; lecciones clínicas. 2a. ed. alemana trad. José Ma. Pla Janini. Barcelona, Editora Labor, S.A. 1956 pp. 551, 570, 578.

2. Fanconi, G.; y A. Wallgren. Tratado de pediatría, trad. J. Díaz Vásquez y J. A. Velasco. 5a. ed. Barcelona, Editorial Científico Médica. 1960 pp. 254-256, 789-791.

3. Feer, Emilio. Tratado de enfermedades de los niños, 10a. ed. Barcelona. Manuel Marín Ed. 1955. 427 p.

4. Finkelstein, H. Tratado de enfermedades del lactante, Trad. F. Sánchez-Saráchaga Quintanal. 3a. ed. Barcelona, Editorial Labor, S.A. 1950. pp. 123, 132.

5. Garrahan, Juan P. Medicina Infantil pediatría y puericultura 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1956. pp. 406-408.

6. Holt, L. Emmett y John Howaland. Tratado de pediatría. trad. Ricardo Alduvin. México, UTEHA. 1947. pp. 121-126, 1067-1072, 1162, 1164-1178.

7. Monzón Malice, Carlos M. Elementos de Medicina infantil. Guatemala, Editorial Universitaria. 1951. p. 1. (cap. 3).

8. Nelson, Waldo E. et. al. Tratado de pediatría, 2a. ed. Barcelona, Salvat Editores, S. A. 1971. pp. 372-373, 1318-1319.

9. Schaffer, Alexander J. Enfermedades del recién nacido, 2a. ed. Salvat Editores S.A. 1968. pp. 39, 659-668.

* Esta bibliografía ha sido solamente consultada y no citada por el autor.

Vo. Bo.

Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

Br. Higinio Abel de León Moreira

Dr. Oscar Armando Guerrero Rojas
Asesor

Dr. Danilo Armando Rodríguez
Revisor

Dr. José A. Quiñónez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Bemhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano