

Tanto el nacimiento del niño antes del término como la posmadurez se asociaron significativamente con la epilepsia; lo mismo ocurrió con la anoxia.

El antecedente de meningitis o encefalitis determinó un riesgo de epilepsia 14.5 veces mayor; de la misma manera el trauma cerrado o el abierto de cráneo incrementaron el riesgo de sufrir la enfermedad 6.6 y 8.8 veces, respectivamente.

MUERTES PERINATALES

DRS. OSCAR J. LEON Y JAVIER MARTINEZ.
LICS. CRUZ E. VILLA Y FABIOLA RESTREPO

ASESOR: DR. ALFONSO JUBIZ

Se analizaron los datos maternos y fetoneonatales de 3.051 nacimientos ocurridos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Hospital Universitario San Vicente de Paúl), entre julio 1º de 1986 y junio 30 de 1987.

La información correspondiente a las madres y a los recién nacidos se extrajo del libro de egresos y se utilizó un formulario previamente diseñado, para los casos de muertes perinatales. Se determinaron las proporciones específicas, el riesgo relativo, el exceso de riesgo y el porcentaje de riesgo atribuible poblacional (% RAP).

Se incluyeron los recién nacidos de embarazos únicos o múltiples que terminaron de 28 semanas o más y cuyo producto pesó 1.000 gramos o más.

El total de recién nacidos vivos fue 2.952 (96.7%); los restantes 99 (3.2%) correspondieron a las muertes perinatales que se distribuyeron de la siguiente

Los autores concluyen que con base en las asociaciones demostradas pueden diseñarse y recomendarse medidas tendientes a prevenir los factores de riesgo de la epilepsia, para así disminuir las altas tasas de prevalencia de la enfermedad en la población colombiana.

manera: fetales tardías 63 (63.6%); intraparto 10 (10.1%) y neonatales precoces 26 (26.3%).

Se halló un peso inferior a 2.500 gramos en 38 de las 63 muertes fetales tardías (60.3%); en 4 de las 10 intraparto (40.0%) y en 18 de las 26 neonatales precoces (69.2%).

Se hallaron anomalías congénitas en 17 de los 99 casos de muertes perinatales (17.2%); en 15 de ellos la anomalía era incompatible con la vida y en 11 fue la causa directa de la muerte. La anomalía más frecuente fue la anencefalia.

En 55 de los 99 casos (55.6%) se realizó estudio anatomopatológico completo que en 26 incluyó la placenta. El resultado de la autopsia permitió clasificar las causas de muerte de la siguiente manera: anoxia 37 casos (67.0%); anomalías congénitas 11 casos (20.0%); infección 3 casos (5.5%); hemorragias 3 casos (5.5%) e insuficiencia suprarrenal aguda 1 caso (1.8%).

Se consideró que 72 de las 99 muertes (72.7%) hubieran sido prevenibles.

En el lapso del estudio murieron 18 madres por causas obstétricas directas, la más importante de las cuales fue la hipertensión inducida por el embarazo.

CONVULSIONES FEBRILES

DRS. ELENA M. ARBOLEDA, SOCORRO E. SOTO Y MARTHA L. VELEZ

ASESOR: DR. CARLOS BERNAL

Se revisaron las historias clínicas de 118 niños con diagnóstico de convulsión febril, que acudieron a la consulta externa de lactantes

del Hospital Infantil (Hospital Universitario San Vicente de Paúl) de Medellín.

Se realizó un interrogatorio a los padres haciendo énfasis en los siguientes aspectos: antecedentes perinatales, enfermedades previas, crecimiento y desarrollo psicomotores e historia familiar de convulsiones. Con base en los datos obtenidos por el interrogatorio y la historia clínica se clasificó la prime-

ra convulsión como simple o compleja. Se llamó convulsión febril simple a la que no estaba acompañada de ninguno de los siguientes factores de riesgo: historia de anoxia perinatal, anomalía neurológica previa, historia de epilepsia en los padres o hermanos, edad por debajo de 6 meses o por encima de 5 años y carácter grave del episodio convulsivo. Este último calificativo se basó en la presencia de las siguientes características: duración mayor de 15 minutos, ser focal, sufrir varias convulsiones en las primeras 24 horas del episodio febril y dejar secuela neurológica transitoria o permanente. Se llamó convulsión febril compleja a la que se acompañó, al menos, de uno de aquellos factores de riesgo.

A los pacientes que presentaban convulsión febril simple no se les prescribió ninguna droga; se les recomendó que acudieran al servicio de urgencias más próximo en caso de sufrir una nueva convulsión. A los que presentaban convulsión febril compleja se les recomendó iniciar tratamiento profiláctico con fenobarbital (4-7 mg/kg/día) en una sola toma por la noche.

Los 118 pacientes se dividieron en 61 hombres y 57 mujeres. La primera convulsión ocurrió con mayor frecuencia en el grupo de niños de 1-3 años. Hubo 55 pacientes (47.0%) que presentaron convulsiones simples y 63 (53.0%) con convulsiones complejas. Estas fueron, significativamente, más frecuentes en niños que en niñas.

La causa de la fiebre desencadenante de las convulsiones se detectó en 33 pacientes con convulsiones simples (60.0%) y en 47 (75.0%) con episodios complejos. Con mayor frecuencia esa causa fue una infección del tracto respiratorio superior.

Se encontró historia familiar de convulsión febril en los padres o hermanos de 16 pacientes (13.5%)

y antecedentes de epilepsia en los de otros 9 (7.6%). En 77 pacientes (65.0%) se encontró sólo un factor de riesgo en el primer episodio convulsivo (carácter grave del ataque); los restantes presentaron dos o más factores de riesgo.

Se logró hacer seguimiento mayor de 1 año en 63 pacientes (31 con convulsión simple y 32 con convulsión compleja); en total hubo recurrencia en 27; sólo en uno de ellos la recurrencia fue no febril. El factor de riesgo más frecuentemente asociado con las recurrencias fue la repetición de las convulsiones en las primeras 24 horas.

En 82 pacientes (69.0%) se hizo tratamiento profiláctico con fenobarbital; 63 lo recibieron porque habían tenido convulsión febril compleja y los restantes luego de presentar un segundo episodio convulsivo. Se logró seguimiento mínimo de un año en 32 pacientes bajo profilaxia y se detectó recurrencia de la convulsión en 10 (31.0%). De los 82 pacientes sometidos a profilaxia hubo 27 que experimentaron reacciones adversas al fenobarbital (hiperactividad en 25 y trastorno del sueño en 2) que obligaron a suspenderlo; en éstos se recomendaron diazepam intrarrectal o ácido valproico oral según que la primera convulsión hubiera tenido uno o varios factores de riesgo.

Los autores concluyen que se deben determinar cuidadosamente en cada paciente las características del primer episodio convulsivo porque ello posibilita definir acertadamente si se inicia o no el tratamiento profiláctico. Por otra parte consideran que es posible que los niveles sanguíneos del fenobarbital no estén siendo los adecuados para la profilaxia; por ello se plantea la necesidad de determinarlos como un paso conducente al mejor manejo de los niños con convulsiones febriles.

TRATAMIENTO FUNCIONAL DE LAS FRACTURAS DE COLLES

DR. WILLIAM H. MARQUEZ

ASESOR: DR. DIEGO GUEVARA

Entre abril de 1985 y junio de 1987, en el Servicio de Ortopedia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, se estudiaron 34 mujeres y 8 hombres que habían sufrido fracturas de Colles de tipo extraarticular del radio

distal; todos los pacientes presentaban fracturas desplazadas, que en tres casos eran bilaterales por lo que el total incluido fue 45. En 34 casos la lesión afectó el lado derecho.

En 32 pacientes la maniobra de reducción se practicó el mismo día del trauma; en 3 al día siguiente y en los 7 restantes al tercer día o con posterioridad. Después de la reducción se inmovilizó con férula de yeso por un tiempo promedio de 11 días pasados los