

Resultados perinatales de afecciones clínicas en gestantes ingresadas en este servicio

Perinatal results of clinical affections present in admitted pregnant

Dalis Diago Caballero^I; Benita Martínez Corona^{II}; Lucía Raisa Menéndez López^{III}

^IEspecialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar. Especialista de II Grado en Medicina General Integral (MGI). Máster en Atención Integral a la mujer. Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Investigación en aterosclerosis. Máster en Medicina bioenergética. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora asistente. Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las enfermedades clínicas que aparecen, o se agravan durante la gestación, son capaces de modificar su curso ensombreciendo el pronóstico materno fetal hasta el puerperio, por lo que es necesaria una evaluación multidisciplinaria de estos casos para mejorar los resultados del binomio materno-fetal.

OBJETIVO: extender una mirada en cuanto a algunos aspectos de la morbilidad en las afecciones clínicas y estimular el mejoramiento del enfoque hacia ellas con un carácter multidisciplinario.

MÉTODOS: retrospectivo, descriptivo, transversal. Universo: gestantes ingresadas por enfermedades clínicas en el servicio de cuidados perinatales durante el año 2008 en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre. Los datos iniciales se obtuvieron del libro de registro de esta sala y para obtener los resultados de las variables seleccionadas, se revisaron las historias clínicas de cada paciente. Variables: patologías clínicas encontradas, edad gestacional, vía del parto, parámetros de los neonatos.

RESULTADOS: total de pacientes 48, las afecciones clínicas más frecuentes fueron, asma bronquial 41,6 %, neumonías 18,8 %, cólicos nefríticos 10,4 %, hepatopatía 8,3 %. Las entidades clínicas encontradas en el 60,4 %, aparecieron

entre las 29-42 sem de gestación. Un 55,7 % terminó el embarazo con parto transpélvico, de los neonatos un 70 % fue normopeso y 30 % entre préterminos y CIUR, sobre todo en el caso de las hepatopatías, valvulopatías y la epilepsia. Apgar normal tuvo el 85,1 %; el asma, las neumonías y hepatopatías aportaron recién nacidos con Apgar más bajo que el resto de las afecciones clínicas.

CONCLUSIONES: las patologías clínicas agudas o crónicas que se presentan durante el embarazo influyen en su término, en el peso del recién nacido, en relación con su intensidad y duración y contribuyen a la morbilidad materno-infantil, por lo que deben identificarse las pacientes en riesgo y las afectadas.

Palabras clave: Afecciones clínicas, embarazo.

ABSTRACT

Clinical diseases appearing or aggravating during pregnancy are capable of to modify its course shadowing the maternal and fetal prognosis until puerperium, thus, it is necessary a multidisciplinary assessment of such cases to improve results of maternal-fetal binomial.

OBJECTIVE: to consider some features of morbidity in clinical affections, and to encourage the approach improvement to them with a multidisciplinary character.

METHODS: A cross-sectional, descriptive and retrospective study including the pregnant admitted from clinical conditions in perinatal care service during 2008 in «10 de Octubre» Maternal Teaching Hospital. First data were collected from registry book of this ward and to obtain results from selected variables; clinical records of each patient were reviewed. Variables: clinical pathologies founded gestational age, labor route, and neonatal parameters.

RESULTS: All patients (48), more frequent clinical affections, bronchial asthma (41,6%), pneumonias (18,8%), nephritic colic (10,4%), liver disease (8,3%). More clinical entities founded in 60,4% appearing at 29-42 weeks of pregnancy. A 55,7% had a transpélvico labor, from the total of neonates the 70% had a normal weight, and the 30% were between preterm and transpélvico and IUGR, mainly in the case of liver diseases, valve diseases and epilepsy. Apgar score normal (85,1%); asthma, pneumonias and liver diseases presented newborns with a Apgar score lower than remained clinical affections.

Key words: Clinical affections, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es el período de mayores cambios metabólicos, inmunológicos, funcionales, de todos los órganos, aparatos o sistemas del organismo femenino,¹ por lo que la aparición o agudización de cualquier entidad patológica clínica tienen una mayor repercusión en la salud materna infantil, porque la respuesta a esta agresión es diferente en la mujer gestante que en la no gestante, es necesaria la participación de clínicos, cirujanos, neurólogos, ortopédicos y otras especialidades con un enfoque de atención diferenciada y multidisciplinaria, por las manifestaciones paradójicas de las patologías clínicas, teniendo en cuenta¹ los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo.

Los que se producen en el aparato respiratorio incluyen una respiración más profunda, la disnea es el síntoma referido más frecuente, se cree que una respuesta es la disminución de la PCO_2 . En el aparato cardiovascular se aumenta el gasto cardiaco, el volumen sistólico, disminuye la tensión arterial.¹ En el aparato digestivo existe relajación del esfínter esofágico inferior, aumento intermitente pero prolongado de la presión intrabdominal, disminución de la motilidad del intestino delgado y cambios en las funciones hepáticas, llegando a alterar algunas pruebas diagnósticas como son: aumento de colesterol y los triglicéridos.

En el aparato genitourinario: se produce dilatación de las vías urinarias lo que predispone a la urosepsis. Ocurren además cambios hematológicos que incluyen: aumento del volumen plasmático que se traduce en un hematocrito bajo. En el sistema endocrino se produce un aumento de la glándula tiroidea. Existen cambios dermatológicos dados por la acción de las hormonas que inciden sobre la piel produciendo hiperpigmentación y nevos entre otros.¹⁻³

Los médicos no obstetras deben estar familiarizados con estos cambios fisiológicos para prevenir cualquier evento anormal, sobre todo aquellos que prestan servicio en las áreas de salud.

Nuestro trabajo pretende extender una mirada a estas afecciones en cuanto a morbilidad se refiere y estimular el mejoramiento del enfoque hacia ellas, con un carácter multidisciplinario.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, transversal en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre con embarazadas ingresadas en nuestro servicio de perinatología durante el 2008 y que tuvieron como diagnóstico enfermedades clínicas según el libro de registros. Con estos datos revisamos las historias clínicas para obtener el resultado de las variables previamente escogidas como fueron edad gestacional de 0-14, de 15-28 y 29-42 sem. También vía del parto cesárea o transpélvica. La descripción de los neonatos fue: normopeso más de 2 500 g, pretérminos: recién nacido (RN) con menos de 37 sem completas de gestación. CIUR: El peso del recién nacido se encuentra por debajo del 10mo. percentil o la 2da. desviación estándar para su edad gestacional en las curvas de peso aceptadas como normales. Apgar a los 5 min: de 1-3 (bajo), de 4-6 (moderado) de 7-9 (normal).

Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta la hipertensión inducida por el embarazo, debido a la elevada frecuencia y los múltiples estudios que se han realizado sobre ella, además de que es una afección dependiente del embarazo.

Todos estos resultados lo vertimos en tablas de vaciamiento, para el análisis estadístico, utilizando los porcentajes y la media, expresándolos en tablas. Empleamos el sistema operativo XP y el programa Microsoft Word.

RESULTADOS

En el período estudiado se presentaron 48 pacientes con afecciones clínicas que necesitaron atención médica especializada, internadas en Cuidados Perinatales del Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre, de este total la entidad que en primer lugar aportó mayor morbilidad fue el asma bronquial con 20 casos para el 41,6 %, seguidos por las neumonías y los cólicos nefríticos con 9 casos (18,8 %) y 5 (10,4 %) respectivamente. Las hepatopatías que ocuparon el cuarto lugar con 4 casos para un 8,3 %. Todas estas afecciones tuvieron una mayor incidencia hacia el tercer trimestre, después de las 29 sem de gestación (60,4 %) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Relación entre afecciones clínicas y edad gestacional

Afecciones clínicas	Totales		0-14 semanas		15-28 semanas		29-42 semanas	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asma bronquial	20	41,6	3	6,2	7	14,6	10	20,8
Neumonías	9	18,8	-	-	3	6,3	6	12,5
Cólicos nefríticos	5	10,4	-	-	2	4,1	3	6,3
Hepatopatías	4	8,3	-	-	1	2,1	3	6,3
Apendicitis	3	6,3	1	2,1	-	-	2	4,1
Colecistopatías	2	4,1	-	-	-	-	2	4,1
Valvulopatía C.I.V	1	2,1	-	-	-	-	1	2,1
Dermatitis	1	2,1	1	2,1	-	-	1	2,1
Epilepsia	1	2,1	-	-	1	2,1	-	-
Varicela	1	2,1	-	-	-	-	1	2,1
Linfangitis	1	2,1	-	-	-	-	1	2,1
Total	48	100	5	10,4	14	29,2	29	60,4

Fuente: Historias clínicas

La vía de parto que predominó fue la transpelviana con 41,1 %, pero llama la atención que todas las que presentaron cólicos nefríticos y requirieron ingresos previos al término de la gestación, los partos fueron por cesáreas: 5 casos en el total para un 100 % con nefropatías; pero si se analizan en relación con el número total de afecciones clínicas se corresponden 5 pacientes para el 11 %. En las hepatopatías fueron 3 partos transpelvianos porque fue necesario en uno de los casos interrumpir la gestación por bienestar materno, la cual requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Afecciones clínicas y vía del parto

Afecciones clínicas	Parto transpelviano		Parto cesárea	
	No.	%	No.	%
Asma bronquial	12	26	8	17
Neumonías	4	8,5	5	11
Cólicos nefríticos	-	-	5	11
Hepatopatías	3	6,4	-	-
Apendicitis	1	2,1	2	-
Colecistopatías	2	4,3	-	-
Valvulopatía CIV	-	-	1	2,1
Dermatitis	1	2,1	-	-
Epilepsia	1	2,1	-	-
Varicela	1	2,1	-	-
Linfangitis	1	2,1	-	-
Total	26	55,7	21	41,1

Fuente: Historias clínicas.

El 70 % de las gestantes obtuvo un producto con pesos y edad gestacional normales, lo que está en relación con el tamaño muestral, pero en el caso de las hepatopatías, 2 (4,3 %) fueron pretérminos, CIUR 1(2,19 %) y un caso no viable. Tanto la valvulopatía como la epilepsia aportaron recién nacidos pretérminos ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Afecciones clínicas y descripción de los neonatos

Afecciones clínicas	Normopeso		Pretérmino		CIUR	
	No.	%	No.	%	No.	%
Asma bronquial	15	32	2	4,3	3	6,4
Neumonías	5	11	2	4,3	2	4,3
Cólicos nefríticos	5	11	-	-	-	-
Hepatopatías	-	-	2	4,3	1	2,1
Apendicitis	3	6,4	-	-	-	-
Colecistopatía	2	4,3	-	-	-	-
Valvulopatía CIV	-	-	1	2,1	-	-
Dermatitis	1	2,1	-	-	-	-
Epilepsia	-	-	1	2,1	-	-
Varicela	1	2,1	-	-	-	-
Linfangitis	1	2,1	-	-	-	-
Totales	33	70	8	17	6	13

Fuente: Historias clínicas.

Los RN de las madres que presentaron afecciones respiratorias (asma bronquial y las neumonías), fueron pretérminos y presentaron un Apgar más bajo, las

hepatopatías aportaron recién nacidos con peores resultados de Apgar. Un 85,1 % tuvo neonatos con Apgar normales ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Distribución de las afecciones clínicas en las gestantes en relación con los resultados de Apgar al nacer

Afecciones clínicas	Apgar 1-3		Apgar 4-6		Apgar 7-9	
	No.	%	No.	%	No.	%
Asma bronquial	2	4,3	2	4,3	16	36,2
Neumonías	-	-	2	4,3	7	15
Cólicos nefríticos	-	-	-	-	5	11
Hepatopatías	1	2,1	-	-	2	4,3
Apendicitis	-	-	-	-	3	6,4
Colecistopatía	-	-	-	-	2	4,3
Valvulopatía C.I.V	-	-	-	-	1	2,1
Dermatitis	-	-	-	-	1	2,1
Epilepsia	-	-	-	-	1	2,1
Varicela	-	-	-	-	1	2,1
Linfangitis	-	-	-	-	1	2,1
Totales	3	6,4	4	8,5	40	85,1

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

En el tercer trimestre los cambios funcionales y adaptativos, así como los metabólicos del embarazo son mayores en este tiempo, pueden contribuir a la aparición o descompensación de las patologías clínicas.

Entre las afecciones clínicas la más frecuente fue el asma bronquial. Se plantea que ella puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasionar trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente. Las mujeres asmáticas tienen un riesgo aumentado de hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, hiperémesis gravídica, placenta previa, hemorragia vaginal y parto inducido y/o complicado. Las complicaciones fetales pueden ser: incremento de problemas perinatales, incluyendo muerte neonatal, hipoxia neonatal, nacimiento pre término, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y mayor incidencia de malformaciones congénitas.⁴ Se ha demostrado en estudios que la enfermedad empeora en el 37 % de las embarazadas, mejora en un 29 % y sigue igual en un 37 %, es más frecuente en el segundo trimestre e inicio del tercero y casi no se produce en las últimas cuatro semanas del embarazo y trabajo de parto, lo que coincide con nuestra investigación donde esta afección va incrementándose en número de pacientes afectadas a medida que avanza la edad gestacional.^{5,6} El asma bronquial es una condición médica que afecta a la mujer en la edad fértil, con un estimado de un 5-7 % de prevalencia.⁵ Existe gran preocupación, tanto para el clínico, el obstetra, como para el psicólogo, con respecto al manejo y control de la enfermedad en pos de lograr un embarazo y parto feliz.

La segunda causa de morbilidad fue la neumonía, existen investigaciones que plantean su asociación con partos prematuros o bien con recién nacidos de bajo

peso, además de haber sido una de las causas principales de su motivo de ingreso.¹⁻⁶ Se plantea que las tasas de mortalidad materna por esta patología en el mundo aún son excesivas.¹

En nuestra investigación las neumonías fueron diagnosticadas a partir de las 15 sem de gestación, con un ligero predominio del parto por cesárea, neonatos normopeso y con Apgar normales.

Los cólicos nefríticos aportaron la tercera causa de morbilidad por entidades clínicas en nuestro estudio y todas terminaron en parto por cesárea con neonatos normopeso y con buen Apgar. En el embarazo aumenta el riesgo de litiasis renal pero no parece tener efecto adverso sobre él, salvo la urosepsis, se plantea una incidencia de 1 de cada 2 000 embarazadas.¹⁻⁷

La hepatopatía como la cuarta causa en nuestro estudio se diagnosticó entre las 15 y 42 sem, con partos transpelveanos, para los neonatos no fue satisfactorio pues aportaron o pretérminos o crecimiento intrauterino restringido (CIUR) y Apgar bajos. Tres pacientes tuvieron el diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo y una hepatitis viral aguda. Las patologías hepáticas alteran funciones esenciales para el mantenimiento del embarazo y de forma sinérgica el hígado materno y la placenta del feto forman una unidad metabólica que garantiza la supervivencia del embarazo por simple que sea la modificación; que se produzcan por una patología aguda o crónica del hígado durante la gestación pueden dar al traste con el embarazo.^{7,8} La colestasis se plantea que es una enfermedad propia del embarazo ligada al sexo, con una prevalencia de 0,8 a 1,5 %, producida por un incremento fisiológico de estrógenos, el riesgo de mortalidad perinatal es elevado con una incidencia de pretérminos, meconio y distress.^{9,10}

En cuanto a la hepatitis viral A, afección no propia del embarazo, su curso no es afectado por la gestación. Se ha relatado la transmisión madre-hijo, pero esta es rara y poco riesgosa. La inmunoglobulina y la vacuna son seguras durante el embarazo.^{8,9}

La frecuencia de la apendicitis aguda no varía durante el embarazo, por lo que continúa siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en este período, y le corresponde hasta el 75 % de todas las urgencias quirúrgicas de la embarazada. Los cambios que el embarazo produce en el organismo materno, hacen que algunas enfermedades adquieran durante este período características peculiares; entre estas se encuentra la apendicitis aguda, enfermedad que cuando se presenta en la mujer embarazada y particularmente durante los 3 últimos meses de gestación, al variar sus manifestaciones clínicas dificultan su diagnóstico, lo que le ha ganado la denominación de forma especial de apendicitis aguda. Según *Morales*¹¹ el 50 % de las gestantes que sufrió de un ataque apendicular se encontraba en el primer trimestre de la gestación, el 50 % restante estaba en el segundo trimestre, lo que en parte no coincide con nuestro trabajo donde fue más evidente en el primero y último trimestre. Otro trabajo realizado en los hospitales González Coro y Manuel Fajardo con 16 enfermas, de ellas 11 estaban en el primer trimestre, 2 en el segundo y 3 en el tercero, los síntomas presentes fueron variados, excepto el dolor presente en el 100 % de las enfermas, a dos se les realizó la cesárea el mismo día de la apendicetomía.¹²

Las colecistopatías, la varicela, la dermatitis y la linfagitis se comportaron de manera no riesgosa y en el último trimestre del embarazo. Sobre la colecistopatía se señala que si existen recidivas de colecistitis en la última etapa del embarazo, hay riesgos de parto pretérmino, aunque la colecistectomía laparoscópica es segura

durante todo el embarazo.¹⁻² Las dermatopatías son frecuentes en la gestantes y entre ellas la erupción polimorfa que fue la diagnosticada en este caso.¹⁻⁹

La comunicación interventricular es una de las más frecuentes lesiones cardíacas congénitas que se presentan en las mujeres en edad de procrear.¹³ El embarazo es generalmente bien tolerado aún con el aumento que se presenta en el flujo pulmonar, aunque hay un mayor riesgo de falla ventricular izquierda. El aumento del volumen auricular resulta en un agrandamiento de ambas aurículas, con una mayor frecuencia de arritmias supraventriculares.¹³ En general se considera que de las cardiopatías presentes en las pacientes embarazadas, el 75 % están relacionadas con la enfermedad reumática cardíaca y el 25 % con cardiopatías congénitas.¹⁴ Según *Carlos García* en un estudio de diagnóstico prenatal, la tasa de incidencia ajustada de cardiopatías congénitas mayores fue de 2,56 por 1 000 nacidos vivos,¹⁵ alrededor de esa cifra puede ser la prevalencia en la edad adulta. Este estudio aportó un prétermino con buen Apgar en parto por cesárea.

La paciente epiléptica se descompensó en el segundo trimestre teniendo un parto transpélvico y un pretérmino con Apgar adecuado. Durante el embarazo las crisis aumentan en alrededor del 15 % de las mujeres, disminuyen en otro 25 % y se quedan con la misma frecuencia en el 60 %.¹⁻¹⁶ Es difícil de predecir qué mujeres tendrán más o menos crisis y lo que se recomienda es un seguimiento neurológico más frecuente.¹⁷ Las crisis pueden aumentar por la suspensión brusca del medicamento y también los cambios bioquímicos y hormonales hacen que los antiepilépticos sean menos eficaces.¹ Es importante la planificación del embarazo en la paciente epiléptica pues el tratamiento durante la gestación constituye un importante dilema clínico. Por un lado hay que mantenerla libre de crisis y por otra, procurar mantenerla en monoterapia y con la menor dosis posible, por los efectos del tratamiento sobre la descendencia. Los nuevos fármacos antiepilépticos presentan importante ventaja terapéutica, no solo en el manejo de la epilepsia en diferentes situaciones clínicas, sino por los buenos resultados que se han observado en edad reproductiva.¹⁸ El consejo previo al embarazo es más preciso y permite a la paciente y su familia tomar decisiones informadas. Una vez que se produce el embarazo, necesita un seguimiento más estrecho por ser de riesgo.

Las patologías clínicas agudas o crónicas que se presentan durante el embarazo influyen en su término, en el peso del recién nacido, en relación con su intensidad y duración y contribuyen a la morbimortalidad materno-infantil, por lo que deben identificarse las pacientes en riesgo y las afectadas.

Sería recomendable la actualización continua sobre estos temas por parte de todos los especialistas en las áreas de salud, lo que contribuiría a mejorar la atención materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams. Obstetricia. Parte II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
2. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Rodríguez Núñez Ana C, Rodríguez Omar F. Asma bronquial. Repercusión materna fetal y neonatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(2).

4. Rodríguez Scull LE, González García H. Asma y embarazo, nuestra experiencia. Av Méd Cubana. 2004;11(38):26-8.
5. Contreras-Zúñiga E, Sanabria F, Zuluaga-Martínez SX, Casa IC. Asma y Embarazo. Rev Colombiana de Gin-Obs. 2007;58(3):213-21).
6. Pérez Assef A, Oliva Pérez M, Calixto Augier D, Díaz Mayo J. Mortalidad materna en UCI. Evaluación de una escala pronóstica. Rev Cub Med Intensiva y Emergencias. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_4_04/mie02404.htm
7. Soria FGR, González PA, Oropesa RG, Salgado MR. El cólico nefrítico en la paciente embarazada. Manejo interdisciplinario en el Servicio de Ginecoobstetricia y Urología del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex. 2003;66(2):90.
8. Cerrillo Martínez M, Argüello González A, Avilés Salas C, Gil Martínez-Acacio L, Amezcua Recover A, González de Merlo G. Colestasis gravídica: etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Arch Med. 2005;1:41-57.
9. Palacios A, Salmerón J, Ruiz Extremera A. Actualización: Hígado y embarazo. Gastroenterol Hepatol Continuada. 2006;5(3):1-67.
10. Mhmoud. M. Saleh, Khliir, Abdo. Intraheptic cholestasis of the pregnancy: review of the literature and evaluation of current evidence.Rev.Journal of women's health. 2007;16(6).
11. Morales González RA, Vargas La O F. Apendicitis aguda durante el embarazo Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(1):29-33 11.
12. Santana Bacallao O, Mederos Curbelo O, Santana Iglesias O. Comportamiento de la apendicitis aguda en el embarazo. Rev Obstet y ginecol. 2009;35(1).
13. Cardiopatía y embarazo. [consultado 5 Mar 2009]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/rehabilitacion-bio/cardiopatia_y_embarazada.doc
14. Pijuan Domenech A, Gatzoulis MA. Embarazo y cardiopatía. Rev Esp Cardiología. 2006;59:971-84.
15. García Guevara C, Arencibia Faire J, Savio Benavides A, García Morejón C, Casanova Arbola R, Preval López A. Evaluación de los resultados del diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas en Cuba durante el año 2006. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v2n1/rcgc03108.htm>
16. Orley Fuente W. Epilepsia y Embarazo. [consultado 2 Abr 2009]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/infodoc/epilepsia-bcn/embarazo.html>
17. Hari Bhathal Guede, Díaz-Obregón MC. Malformaciones congénitas en hijos de madres epilépticas. I Congreso Virtual de Psiquiatría [consultado 5 de marzo 2009] Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa29/conferencias/29_ci_k.htm

18. Garza Morales S, Ibarra Puig JM, Poblano Luna A, Mayén Molina D G, Córdoba López S. Epilepsia y embarazo: estudio prospectivo de 100 casos Ginecol obstet Méx.1996;64(10):449-54.

Recibido: 3 de mayo de 2009.

Aprobado: 18 de mayo de 2009.

Dra. *Dalis Diago Caballero*. Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. Calle Nuestra Señora de Regla Esquina a Remedios No. 52. Luyanó. Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba. E-mail: dalis@infomed.sld.cu