

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**HOSPITAL DE LA MUJER  
SECRETARIA DE SALUD**

***EPILEPSIA Y EMBARAZO***  
***EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DEL  
2000-2004***

***TESIS PARA OBTENER EL TITULO  
DE LA ESPECIALIDAD EN***

***GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA***

***PRESENTA***  
**DRA . MORALES PLASCENCIA MARIA GUADALUPE**

***ASESOR:***  
**DR. TITO RAMIREZ LOZADA**

**MÈXICO D.F.**

**SEPTIEMBRE 2005**



m348177



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



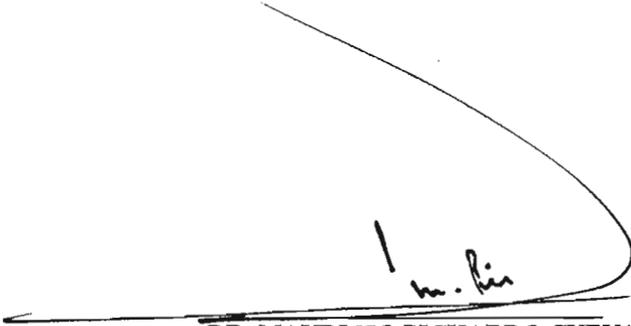
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**AUTORIZACIÓN DE TESIS**



**DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**



**HOSPITAL DE LA MUJER**  
**JEFATURA DE ENSEÑANZA**



DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Morales Plascencia  
Maria Guadalupe

FECHA: 22 09 07

FIRMA: [Signature]

**AUTORIZACIÓN DE TESIS**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tito', written over a horizontal line.

---

**DR. TITO RAMIREZ LOZADA**  
**ASESOR**

## ***AGRADECIMIENTOS***

A DIOS, por hacerme descubrir mi vocación y por la oportunidad de servir a mis semejantes.

A MIS PADRES, por ser el pilar y apoyo en cada momento de mi vida .

A MIS HERMANOS, por su ayuda y optimismo.

A MI ASESOR ,por haber aceptado serlo y por todos los conocimientos que nos ha transmitido durante nuestra formación como especialista.

A TODOS, los profesores que formaron parte de mi entrenamiento.

A MIS COMPAÑEROS DE GUARDIA, por su tolerancia y comprensión en todos esos momentos compartidos de alegrías y tristezas

## INDICE

TITULO	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA	7
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	8
HIPOTESIS	8
OBJETIVOS	9
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	10
METODOLOGIA	11
DEFINICION DE VARIABLES	12
RESULTADOS	15
DISCUSION	27
CONCLUSIONES	29
ANEXO	30
BIBLIOGRAFIA	31

## ANTECEDENTES

El término epilepsia proviene del latín *Epilam baneim* que significa sorprender o sobrecoger. (1)

La epilepsia es un grupo de trastornos que se caracterizan por la presencia de alteraciones crónicas, recidivantes o paroxísticas de la función neurológica, secundarias a un trastorno de la actividad eléctrica del cerebro. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la epilepsia como un problema de Salud Pública y se ha calculado que la tasa de frecuencia es de 7/1000, se estima que cerca de 40 millones de personas la padecen. (2)

En nuestro país la frecuencia va de 10 a 20 /1000, de modo que se calcula que existe más de un millón de personas con epilepsia. (16)

Se ha calculado que afecta al 0.5 a 2% de la población en general y puede aparecer a cualquier edad.(2)

La epilepsia se presenta en mujeres en edad reproductiva en el 0.5 al 1% y constituye la alteración neurológica mas frecuente en el embarazo. (3)

## CAUSAS

- \* La epilepsia tiene varias causas, siendo:
  - a. Intrauterinas que incluyen malformaciones o enfermedades congénitas como la toxoplasmosis
  - b. Factores hereditarios,
  - c. Traumatismos craneales a cualquier edad pueden ser causa de epilepsia,
  - d. Enfermedades vasculares o tumores cerebrales, en la mujer gestante las más frecuentes son las crisis generalizadas tónico-clónicas habiéndose que diferenciar de las provocadas por la eclampsia. (4)

Las convulsiones que se presentan en el embarazo se pueden presentar en mujeres con diagnóstico previo o aparecer por primera vez en el embarazo o puerperio denominándose *epilepsia gestacional*, su diagnóstico se realiza retrospectivamente.(5)

Es importante conocer la clasificación de las crisis epilépticas y que estas no son sinónimo de convulsiones.(5)

## CLASIFICACION

### I. CRISIS PARCIALES ( DE INICIO LOCAL)

#### A. *Parciales simples ( sin afección de la conciencia)*

1. Con síntomas motores
2. Con síntomas somatosensoriales o sensoriales especiales
3. Con síntomas autónomos
4. Con síntomas psíquicos

#### B. *Parciales complejas (afección de la conciencia)*

1. Comienzan con crisis parciales simples y progresan hasta la afectación de la conciencia
  - a. Sin otras características.
  - b. Con las características de A. 1-4.
  - c. Con automatismos.
2. Afección de la conciencia al inicio
  - a. Sin otras características
  - b. Con características de A . 1-4.
  - c. Con automatismos

#### C *Parciales con generalización secundaria*

### II. CRISIS GENERALIZADAS ( BILATERALMENTE SIMETRICAS Y SIN INICIO LOCAL)

- a. Crisis de ausencia
- b. Crisis mioclónicas
- c. Crisis clónicas
- d. Crisis tónicas
- e. Crisis tónico-clónicas
- f. Crisis atónicas.

### III. CRISIS EPILEPTICAS NO CLASIFICABLES ( DATOS INSUFICIENTES). (6,7)

Muchos autores han reportado un aumento en la frecuencia de las crisis epilépticas en el embarazo desde un 17% hasta un 33% . otros encontraron un aumento del 25% , 25% disminuyó y en un 50% no hubo cambios, siendo más frecuentes durante el primer trimestre. Así mismo Thoesen y col., menciona que las crisis tónico-clónicas ocurren durante la labor o las primeras 24 hrs postparto alrededor del 1-2%. (3,15)

El estado epiléptico ocurre en cerca del 0.5%.(7)

Entre los factores que pueden cambiar el curso de la epilepsia en el embarazo son factores que modifican la excitabilidad cerebral o que alteran la concentración plasmática de las drogas antiepilépticas.(8)

La excitabilidad puede ser modificada por:

- a. Factores endócrinos, pues los estrógenos se consideran con propiedades epileptógenas, y la progesterona disminuye esta.
- b. Cambios en los electrolitos, pues una depleción de sodio o magnesio desestabiliza el balance intra y extracelular de la excitabilidad neural.(3)

Los cambios en las concentraciones plasmáticas de los medicamentos antiepilépticos se deben a :

- a. No obediencia: la paciente ingiere menor dosis.
- b. Vómito: impide su ingestión y absorción adecuadas.
- c. Expansión del volumen extracelular materno y desarrollo del fetal por lo que existe una dilución y con ello disminución de la concentración plasmática de los medicamentos.
- d. Absorción intestinal: disminución de la motilidad intestinal y cambios en la composición del jugo gástrico provocando una disminución en la absorción.
- e. Índice de eliminación : este se encuentra aumentado debido al incremento del sistema microsomal del hígado y aumento en la filtración glomerular . (3)

Se ha encontrado una disminución de las proteínas plasmáticas con lleva aun aumento de las fracciones libres de las drogas antiepilépticas. Esto debido principalmente a la disminución de la albúmina, por lo que las fracciones libres deben de distribuirse y eliminarse .(9,15)

Varias complicaciones del embarazo son reportadas que ocurren frecuentemente en la mujer con epilepsia así como en la población general : desprendimiento prematuro placenta normoinserta, trastornos hipertensivos y restricción en el crecimiento intrauterino. La mayoría de las investigaciones reportan que no existe una significancia estadística.(3,4)

Se ha reportado un aumento en parto por fórceps , extracción con vaccum y operación cesárea . (3)

En cuanto al feto, las crisis causan hipoxia y acidosis, se ha reportado muerte fetal durante las crisis o deceleraciones graves con cambios en el ritmo cardiaco principalmente bradicardia, y signos de severa hipoxia, causados por la alteración en el flujo placentario y en la apnea materna. Los riesgos de muerte in útero son de 1.3%-14% comparado con 1.2%-7.8% de la población general. (3,7)

Este aumento en la incidencia en parto pretérmino, asfixia y mortalidad perinatal se ha correlacionado al número de crisis durante el embarazo, la terapia empleada, complicaciones durante el embarazo y la presencia de malformaciones congénitas . (8,9)

Con respecto a estas ultimas existe una incidencia de 06.-26% en malformaciones congénitas mayores en mujeres epilépticas comparada con 2-4% de la población en general. En malformaciones menores son reportadas 6-20% en niños de madre con epilepsia comparado con la población general del 3-10% . (8,9)

Sin embargo no ha sido posible determinar si es debido al tratamiento medicamentoso, a la frecuencia o naturaleza de la crisis , al lapso de tratamiento o duración de la epilepsia o a la edad de la madre.(9)

Las malformaciones más frecuentes son cardiovasculares, paladar hendido, labio leporino, hipospadias, malformaciones de las vías digestivas, otro tipo de malformaciones consideradas menores incluyen depresión de los huesos nasales, hipertelorismo ,hipoplasia de las uñas y falanges distales. (8,4)

El manejo terapéutico es un gran dilema. Por un lado las crisis causan hipoxia e incluso muerte fetal por lo que es necesario un control adecuado con las drogas antiepilépticas. Por otro lado las drogas antiepilépticas pasan la placenta y entran a la circulación fetal pudiendo ocasionar efectos adversos en el feto. Por lo que la mujer epiléptica puede recibir medicamento antiepiléptico en bajas dosis, pero que mantenga un adecuado control de las crisis. Se puede considerara la posibilidad de continuar la medicación en casos especiales o solo durante el periodo de desarrollo embrionario . (7,9)

Las interacciones medicamentosas son frecuentes por lo que se deben evitar combinaciones. (10)

La elección del anticonvulsivante depende del tipo de crisis de la paciente. La Carbamacepina se considera ampliamente el agente anticonvulsivante de primera elección en niños y adultos, esta catalogado como categoría C de acuerdo a la FDA ( las otras son D). Sus ventajas incluyen menor sedación y menor incidencia de defectos del tubo neural.

La fenitoína y el fenobarbital son más sedantes; la fenitoína produce cambios en el aspecto que lo tornan menos conveniente en personas jóvenes. La primidona es aún más sedante y puede ser más teratogena. Todas estas medicaciones se deben administrar en dosis divididas.(8, 6)

Las crisis parciales se tratan más a menudo con carbamacepina o fenitoína. El fenobarbital, la primidona y el ácido valproico se pueden utilizar para estas crisis y las crisis generalizadas primarias , pero estos fármacos se asocian con malos resultados en el embarazo.

Las crisis de ausencia responden al ácido valproico o al clonazepam. la etosuximida es eficaz en las crisis de ausencia típicas. (9)

Por lo anterior se concluye que los axiomas del tratamiento medicamentoso antiepiléptico son:

- a. Tratamiento óptimo antes de la concepción
- b. Monoterapia
- c. Medicamento mas efectivo dependiendo del tipo de crisis.
- d. Dosis baja efectiva.(8)

Para prevenir la hemorragia neonatal relacionado a la deficiencia de vitamina K e inducida por los fármacos se administra 1 mg de vitamina K oral o intramuscular al recién nacido, otros autores han sugerido la administración de vitamina K las últimas semanas del embarazo. 10-20 mgs diariamente 2-4 semanas antes del término del embarazo o 10 mgs IV durante el parto .(11, 9)

Otros autores mencionan el suplemento del ácido fólico en las primeras 12 semanas de embarazo en la prevención de defectos del tubo neural sugiriendo 5 mgs diarios. (12,14)

Cuando se recibe un cuidado óptimo el 90% de las mujeres con epilepsia tiene un embarazo exitoso y un hijo sano. (4,14)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La epilepsia es una de las enfermedades que más mitos ha tenido , así mismo se estima que el 0.5% de las pacientes embarazadas la padecen . La epilepsia puede ser secundaria a múltiples condiciones desde problemas infecciosos hasta neoplasias, para fundamentar la etiología es necesario la realización de estudios por imagen y valoración por el neurólogo.(17,12)

Así mismo hay que considerar los factores desencadenantes, de las crisis convulsivas como es la suspensión del fármaco, el desvelo, ingesta irregular de los mismos, hiperemesis gravídica, diarrea e interacción con otros fármacos, por lo que hay que considerar a cada paciente de manera individual.(18,16)

Es importante la semiología de la crisis convulsiva, pues de hay partirá el tratamiento ha utilizarse y considerar los diagnósticos diferenciales. (4)

El diagnóstico de epilepsia es básicamente clínico sin embargo es necesario documentarlo con electroencefalograma (EEG). (3)

Las crisis epilépticas pueden mejorar, incrementar o permanecer igual durante el embarazo. La presencia de crisis puede provocar taquicardia fetal y disminución del volumen sanguíneo placentario y en la progenitora ruptura de membranas o desprendimiento de placenta.(3,7)

No existe un fármaco de elección para la paciente embarazada y el medicamento que se debe utilizar es aquel que controle a la paciente a la dosis mínima. El control debe realizarse mediante determinaciones séricas cuantitativas de los niveles del fármaco, para mantener la dosis y evitar toxicidad. (17)

Las pacientes con epilepsia y embarazo se enfrentan a diversos problemas, entre los que cabe citar las crisis convulsivas, el control de las mismas, los efectos de los fármacos, la posibilidad latente de la teratogenicidad y los efectos del mismo embarazo sobre la evolución de la enfermedad, esto aunado al estado de angustia que la misma paciente presenta pensando en el desarrollo posterior de su hijo. (7)

Por lo que el tratamiento farmacológico y la vigilancia prenatal debe ser la guía para el adecuado control de la epilepsia y el desarrollo exitoso del embarazo. Por lo que es importante conocer cual es el tratamiento que siguen las pacientes epilépticas que acuden a nuestro hospital.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuál es el fármaco más empleado en el tratamiento de las pacientes embarazadas epilépticas ?
2. ¿Cuáles son las complicaciones durante el periodo gestacional que presentan las pacientes epilépticas embarazadas?

## **HIPOTESIS**

La paciente epiléptica embarazada tiene menor riesgo de presentar crisis convulsiva si cuenta con una monoterapia.

## **OBJETIVO GENERAL**

1.- Conocer la frecuencia de pacientes embarazadas con epilepsia

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.1. Conocer el fármaco mas comúnmente utilizado .

1.2 Identificar pacientes que reciben más de un fármaco para control de la epilepsia.

1.4. Conocer si presentaron crisis convulsivas durante el embarazo.

1.5. Describir las complicaciones durante el período gestacional de la paciente embarazada epiléptica.

## **DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

Se realizará un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud , en el período comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2004. Identificando a las pacientes con diagnóstico de Epilepsia y embarazo, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión . La información fue recabada directamente de los expedientes, ( hojas de urgencias, ingresos a hospitalización, registros de embarazo de alto riesgo y de la consulta externa e interconsultas de Medicina Interna y Neurología) fue de vital importancia la colaboración del personal de archivo y de los médicos de base y residentes del hospital.

Las variables medidas se incluyeron en la hoja de registro de control de la paciente epiléptica (anexo)

## **METODOLOGIA**

Se realizará en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud.

Tipo de estudio:

Retrospectivo, descriptivo y observacional

Grupos de estudio:

Se incluirán a todas las pacientes con diagnóstico de embarazo y epilepsia, valoradas, controladas y tratadas en el Servicio de Embarazo de alto riesgo, captadas en la Consulta Externa u hospitalizadas.

Se obtendrán datos de los expedientes, contemplándose el periodo de enero del 2000 a Diciembre del 2004.

Se utilizaran expedientes completos y de pacientes que no presenten otra patología.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Mujeres epilépticas embarazadas cuyo control prenatal y resolución del embarazo se llevo acabo en el Hospital de la Mujer.
2. Mujeres de cualquier edad o semanas de gestación, portadoras de epilepsia.
3. Pacientes valoradas por neurólogo o médico internista y obstetra.
4. Pacientes que contaron con expediente completo y no presentaron otra patología sistémica agregada.
5. Mujeres que han recibido uno o más fármacos debido a la epilepsia.
6. Mujeres embarazadas epilépticas de cualquier tiempo de evolución.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. Mujeres embarazadas epilépticas que sólo acudieron al Hospital de la Mujer para la resolución de su embarazo.
2. Mujeres que no llevaron control prenatal adecuado (mínimo 5 consultas)
3. Pacientes cuya causa de epilepsia fue la Eclampsia.
4. Pacientes que padecieron enfermedades Psiquiátricas.

## VARIABLES

Variable independiente: mujeres embarazadas con epilepsia.

Variable dependiente: crisis convulsivas, terapia empleada, complicaciones.

### DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

#### **EPILEPSIA:**

##### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos desencadenados por descargas eléctricas anormales en el cerebro que tiene manifestaciones clínicas variables y causas muy diversas.(12)

##### *DEFINICION OPERACIONAL:*

Que cuente con diagnóstico de epilepsia o que se diagnostique durante el embarazo.

#### **EMBARAZO**

##### *DEFINICION CONCEPTUAL .*

Período comprendido entre la fecundación y el parto. Con una duración de 10 meses lunares o de 40 semanas de 266 a 269 días después del coito; 280 días después de la fecha de la última menstruación y de 242 a 301 días establecidos por la legislación mexicana. (13)

##### *DEFINICION OPERACIONAL:*

Que se encuentre consignado el diagnóstico de embarazo en el expediente.

#### **EDAD GESTACIONAL:**

##### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación a la fecha actual del embarazo, se expresa en días o semanas completas. (13)

##### *DEFINICION OPERACIONAL:*

Que se encuentre consignado en el expediente clínico.

## **VARIABLES DEPENDIENTES**

### **INFECCION DE VIAS URINARIAS**

#### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Establecimiento y multiplicación de microorganismos dentro de las vías urinarias, se basa en los criterios de Kass los cuales consideran como infección urinaria a la cuenta de mas de 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro de una bacteria obtenida de orina de chorro medio. (12,13)

#### *DEFINICION OPERACIONAL:*

Se encuentre consignado en el expediente y confirmado con urocultivo

### **PREECLAMPSIA**

#### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Se trata de un proceso patológico específico del embarazo, identificado clínicamente por la presencia de hipertensión, proteinuria( valores superiores a 300 mg/24 hrs o 100 mg/l) y edema, se presenta después de la semana 20 de gestación.(13)

#### *DEFINICION OPERACIONAL.*

Se encuentre consignado en el expediente clínico , corroborándose con elevación de la Tensión Arterial Diastólica , haberse realizado índice de filtración glomerular , datos clínicos y utilización de antihipertensivo.

### **CERVICOVAGINITIS**

#### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Es la infección o inflamación de la vagina y cervix que resultan de una diversidad de patógenos (1)

#### *DEFINICION OPERACIONAL:*

Se encuentre consignado en el expediente y confirmado con cultivo cervicovaginal.

### **AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:**

#### *DEFINICION CONCEPTUAL:*

Presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación.(12)

#### *DEFINICION OPERACIONAL:*

se encuentre consignado en el expediente clínico.

**RESTRICCION EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO:***DEFINICION CONCEPTUAL:*

Peso por debajo del límite inferior de la curva de peso en función de la edad gestacional ( percentila 10). (13)

*DEFINICION OPERACIONAL:*

Se encuentre corroborado clínicamente y ecográficamente en el expediente.

**CRISIS CONVULSIVAS***DEFINICION CONCEPTUAL*

Crisis de origen cerebral que resulta de una descarga neuronal excesiva .

*DEFINICION OPERACIONAL*

Se encuentre consignado en el expediente.

**MONOTERAPIA***DEFINICION CONCEPTUAL*

Utilización de un solo fármaco en la terapéutica empleada

*DEFINICION OPERACIONAL*

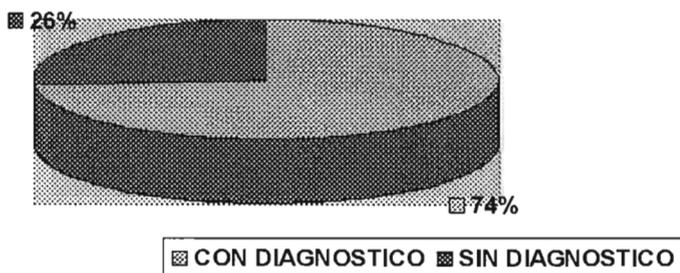
Consignado al expediente clínico.

## **RESULTADOS**

De un total de 61,108 atenciones obstétricas comprendidas en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2004, se identificaron 51 pacientes a través del sistema de Estadística e informática del Hospital de la Mujer con el diagnóstico de Trastornos Neurológicos sin embargo solo 30 de los cuales con diagnóstico de epilepsia y 22 de ellos cumplieron como requisito haber sido diagnosticadas de epilepsia con Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo , electroencefalograma y valoración por Neurología o Medicina interna, el resto de las pacientes fueron excluidas por haberse presentado solo al parto o la cesárea.

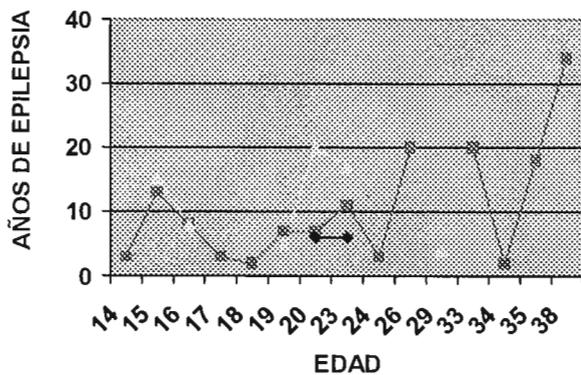
### **GRAFICO 1. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA**

TOTAL DE PACIENTES 51

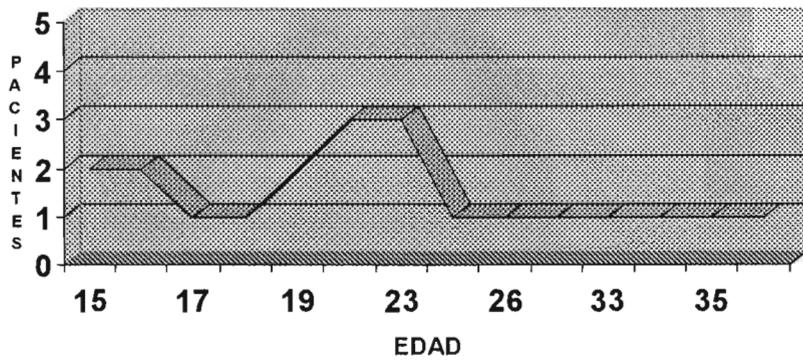


El rango de edad fue de 14 a 38 años siendo más frecuente a los 20 y 23 años . Así mismo el tiempo de saberse portadoras de epilepsia oscilo ente los 2 y 34 años, siendo los más frecuente 3 y 20 años de ser portadoras de la enfermedad ( con un número de 3 pacientes en cada caso)

**GRAFICO 2.**  
**RELACION DE LA EDAD CON LOS AÑOS DE EPILEPSIA**

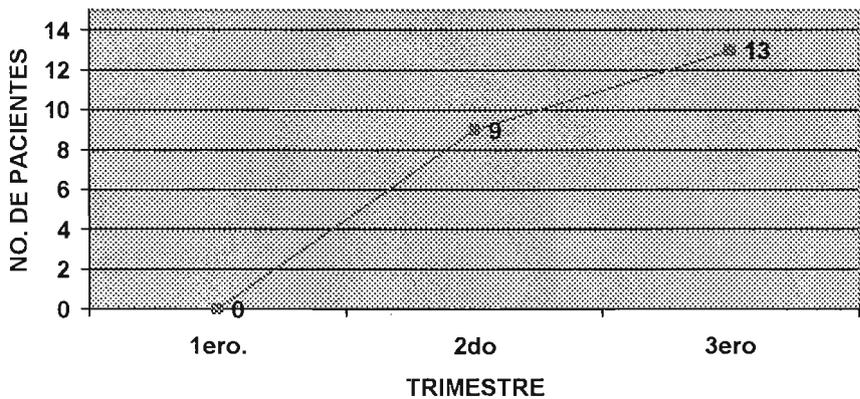


**GRAFICO3**  
**EDAD DE FRECUENCIA**

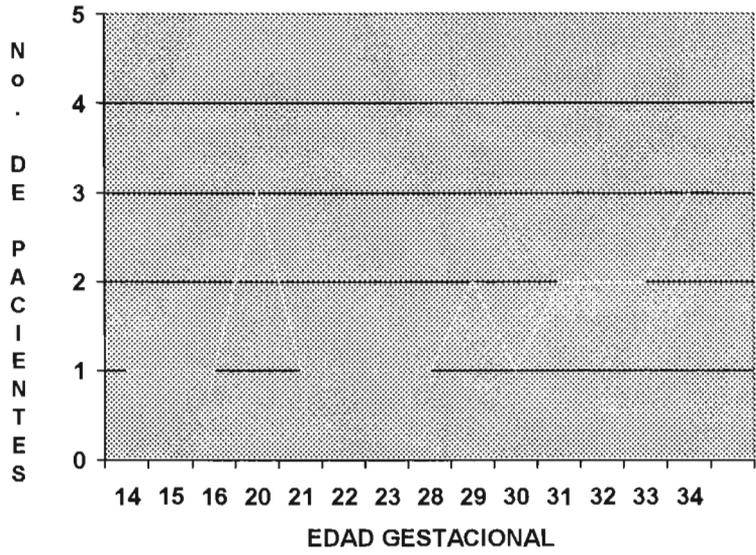


Durante el tercer trimestre se recibió el mayor número de consultas de primera vez en las pacientes estudiadas, teniendo un rango desde la semana 14 hasta la semana 34 de gestación, siendo frecuente la atención a la semana 20 y 34( con un número de 6 pacientes); así mismo solo 12 pacientes cumplieron con 5 consultas.

**GRAFICO 4**  
**TRIMESTRE A LA PRIMERA CONSULTA**



**GRAFICO 5**  
**SEMANAS DE GESTACION A LA PRIMERA CONSULTA**



Encontramos 21 pacientes con tratamiento antiepiléptico, 17 de ellas recibía monoterapia a base de carbamazepina (13), fenitoina (3) y valproato (1) y 4 pacientes (18.1%) recibían politerapia a base de carbamazepina –fenitoina (3) y con carbamazepina – valproato(1) y sólo encontramos una paciente sin tratamiento.

El tratamiento con monoterapia fue recibido en el 77.27% (17 pacientes) encontrando que la carbamazepina se recibió en 13 pacientes (59.08%) seguido de la fenitoina en 3 pacientes (13.63%) y el valproato en solo una paciente (4.54%)

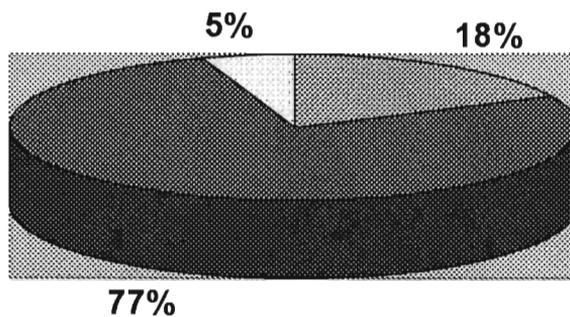
La politerapia fue utilizada en cuatro pacientes (18.1%) siendo la principal combinación la carbamazepina – fenitoina en un total de 3 pacientes (13.5%) y la carbamazepina –valproato en una paciente (4.52%).

**TABLA 1**  
**FARMACOS ANTIEPILEPTICOS UTILIZADOS DURANTE EL EMBARAZO**

<b>FARMACO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>MONOTERAPIA</b>	<b>17</b>	<b>77.27</b>
<b>CARBAMAZEPINA</b>	<b>13</b>	<b>59.08</b>
<b>FENITOINA</b>	<b>3</b>	<b>13.63</b>
<b>VALPROATO</b>	<b>1</b>	<b>4.54</b>
<b>POLITERAPIA</b>	<b>4</b>	<b>18.1</b>
<b>CARBAMAZEPINA/ FENITOINA</b>	<b>3</b>	<b>13.5</b>
<b>FENITOINA / VALPROATO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>VALPROATO/FENITOINA/ CARBAMAZEPINA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CARBAMAZEPINA / VALPROATO</b>	<b>1</b>	<b>4.52</b>
<b>SIN TRATAMIENTO</b>	<b>1</b>	<b>4.54</b>

**GRAFICA 6 .  
FARMACOS ANTIEPILEPTICOS UTILIZADOS EN EL  
EMBARAZO**

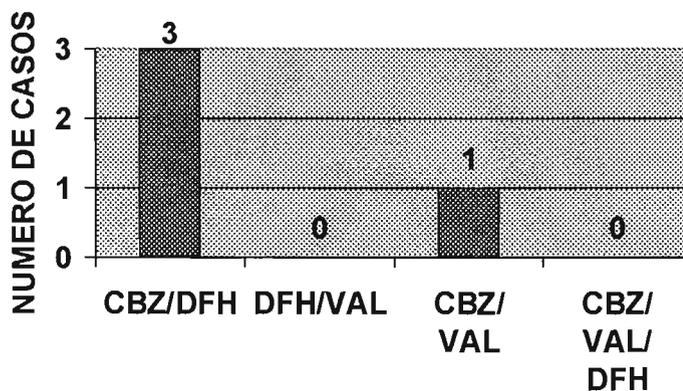
***MONOTERAPIA***



■ FENITOINA ■ CARBAMAZEPINA ■ VALPROATO

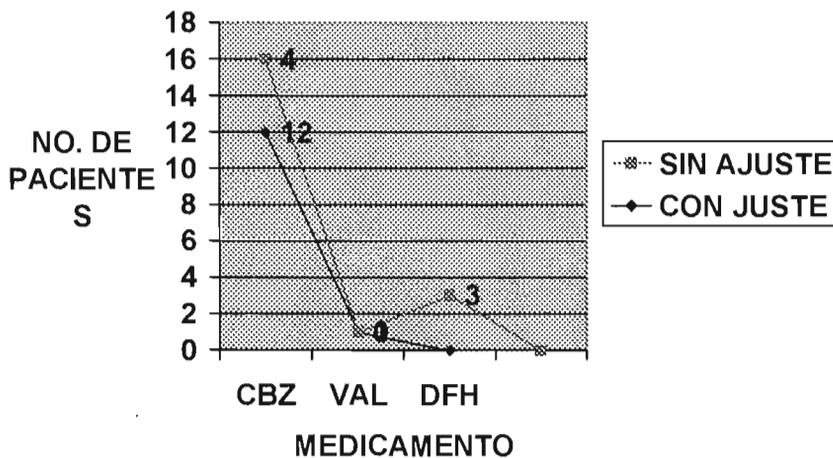
**GRAFICO 7.**  
**FARMACOS UTILIZADOS DURANTE EL EMBARAZO**

**POLITERAPIA**



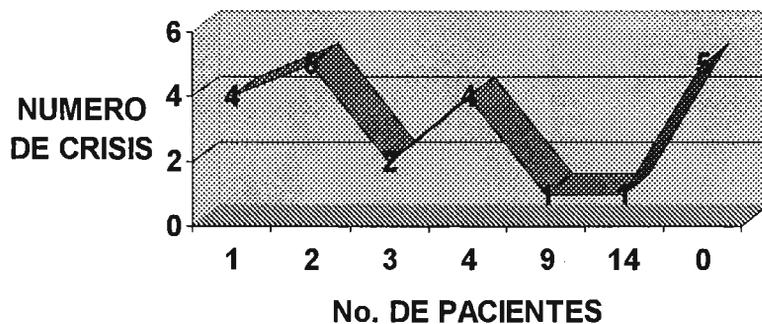
Así mismo la carbamazepina fue el medicamento que se le reajustaron la dosis hasta en doce pacientes ( 54.54%) y solo 4 (18.18%) pacientes permanecieron sin ajuste. Una paciente que utilizaba valproato no recibió modificación en la dosis y 3 (13.63%) que tomaban fenitoina tampoco se reajustaron dosis. Sólo encontramos 2 (9.08%) casos en los que se realizó un cambio de carbamazepina a fenitoina y viceversa.

**GRAFICO 8**  
**AJUSTE DE LA DOSIS O CAMBIO DE TRATAMIENTO**

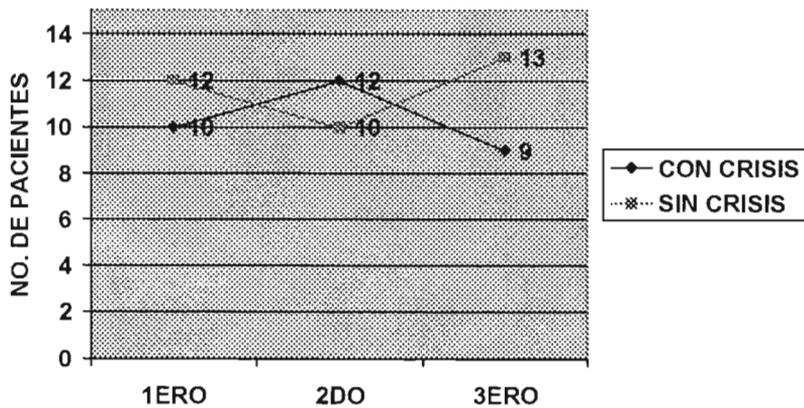


Un total de 17 pacientes ( 77.27%) en estudio presentó por lo menos un evento de crisis convulsivas durante el embarazo, desde 1 hasta 14 eventos y sólo cinco pacientes (22.72%) no presentaron crisis convulsivas.

**GRAFICA 9.**  
**NUMERO DE CRISIS CONVULSIVAS EN EL EMBARAZO**

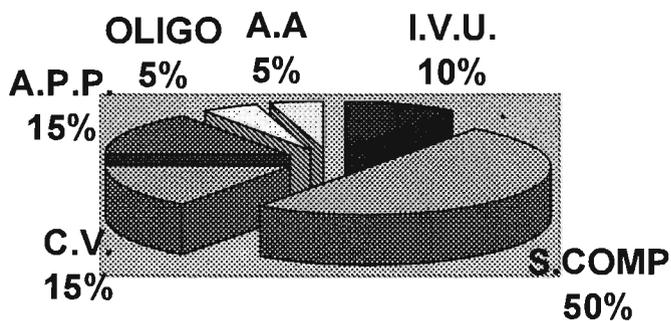


**GRAFICO 10**  
**CRISIS CONVULSIVAS POR TRIMESTRE**



De las complicaciones durante el embarazo fueron según su orden de frecuencia: 3 pacientes con cervicovaginitis (13.6%), 3 con amenaza de parto pretérmino (13.6%), 2 con infección de vías urinarias (9%). Sin complicaciones 10 pacientes( 45.45%).

**GRAFICO 11**  
**COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO**



## DISCUSION

La epilepsia es una enfermedad que afecta a la edad reproductiva, dicho se ha confirmado en nuestro estudio pues la edad promedio fue de 22.5 años , sin embargo cabe mencionar que existen edades extremas de 14 y 38 años.

Es importante que la paciente embarazada acuda desde el primer trimestre al control prenatal, pues de esto dependerá el éxito de su embarazo , así como el control de las crisis convulsivas, en nuestra investigación la primera consulta se otorgo hasta el tercer trimestre, (13 pacientes) , sin embargo cabe mencionar que tuvimos pacientes que acudieron al término de su embarazo, por lo que la difusión y medidas preventivas , pueden mejorar la vigilancia prenatal de estas pacientes y que acudan desde los inicios de su embarazo.

En comparación con la literatura, esta menciona que la base del tratamiento antiepiléptico debe ser la monoterapia , y en nuestra investigación el 77.27% de las estudiadas (17pacientes ) utilizó un solo medicamento siendo el más frecuente la carbamazepina confirmando con la mayoría de los autores que es el de elección por ser el de menor efectos y así mismo fue el medicamento que mas se reajusto para llegar a la dosis terapéutica y control de las crisis convulsivas.

Solo encontramos una paciente sin tratamiento , misma que no había presentado crisis convulsivas durante 2 años y la cual tampoco presentó como complicación , amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias, motivo por el que acudió a nuestra unidad. Con lo anterior podemos confirmar junto con la literatura que una paciente con ausencia de crisis por mas de un año puede permanecer sin medicamento antiepiléptico durante su embarazo.

A pesar que la fenitoína y el valproato son los medicamentos más sedantes y que se han asociado a malos resultados en el embarazo aun así encontramos un total de 6 pacientes que utilizaban la fenitoína mencionaremos que la dosis de tales no se reajustaron y valproato solo en 2 casos.

En cuanto al número de crisis convulsivas el trimestre en que mayor eventos se presentan fue el segundo, llama la atención pues la primera consulta otorgada fue hasta el tercer trimestre, así mismo solo encontramos una paciente con mayor descontrol presentando 14 episodios durante el embarazo y cinco pacientes (22.72%) sin crisis , cifra que se asemeja a la literatura pues menciona que las crisis convulsivas desaparecen en un 25% de la epilépticas. Aun así el 77.27% que las presenta es un porcentaje alto.

En relación a las complicaciones presentadas la cervicovaginitis y la amenaza de parto pretermino se presentaron en un 22.782% de las pacientes ( 3 casos), con dos pacientes que presentaron oligohidramnios, y dos más con Infección de vías urinarias y en menor número de casos (1) se presento preeclampsia leve y una con Diabetes gestacional , siendo esta última la reconocida que puede presentarse durante el embarazo de una mujer epiléptica por lo que su significancia estadística es baja para las complicaciones encontradas. Y el 45.45% (10) de las pacientes en nuestro reporte no presentaron complicaciones.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de epilepsia en nuestro hospital es del 0.03% del total de la población de mujeres embarazadas.

Concluimos que la edad promedio de las pacientes en estudio fue de 22.5 años.

El promedio de años de epilepsia fue de 11.4 años, siendo el más frecuentemente 20 años de ser portadora de la enfermedad.

El primer contacto con la paciente fue a las 28 semanas de gestación, coincidiendo con el tercer trimestre en el cual llegaron las pacientes para su atención, mencionando que en la mayoría de los casos fue secundario a la presentación de una crisis convulsiva.

El fármaco más empleado fue la carbamazepina como monoterapia.

Que el 95% de las pacientes (21 casos) recibió terapia anticonvulsivante; 77.27% (17 pacientes) monoterapia y 18.1% (4 casos) politerapia y 4.5% (1 caso) sin tratamiento.

En nuestro estudio las pacientes no aumentaron su riesgo de mayor morbilidad por ser epilépticas.

No se confirmó que al abandonar el tratamiento presentaran mayor número de complicaciones, pues solo se reajustaron dosis al tratamiento ya establecido.

A pesar de recibir monoterapia las pacientes por lo menos presentaron una crisis convulsiva, por lo que la politerapia o monoterapia no son iguales a control de las crisis, sino la dosis efectiva que recibe la paciente.

La principal complicación fue la cervicovaginitis y la amenaza de parto pretérmino con dos casos respectivamente.

El seguimiento prenatal desde etapas tempranas de la gestación disminuye la morbilidad reportada en la literatura.

**ESTA  
SALIR** **NO DEBE  
BIBLIOTECA**

## ANEXO

### HOJA DE REGISTRO DE CONTROL DE LA PACIENTE EPILEPTICA

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

AÑOS DE EPILEPSIA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA \_\_\_\_\_

SEMANA DE GESTACIONAL EN LA 1era CONSULTA \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

\_\_\_\_\_

TIEMPO DE UTILIZAR EL MEDICAMENTO  
 ANTEPILEPTICO \_\_\_\_\_

SE AJUSTO LA DOSIS

\_\_\_\_\_

HUBO CAMBIO EN EL TRATAMIENTO Y POR CUAL

\_\_\_\_\_

CUANTAS CRISIS CONVULSIVAS Y EN QUE TRIMESTRE SE  
 PRESENTARON. \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

1. DICCIONARIO DE MEDICINA . Editorial Espasa. Volumen 3. 436-437.
2. Braunwald, E. Principios de Medicina Interna. Harrison. Interamericana. Vol II. Ed. 13.2558-2570.
3. Swartjes, J.M., Geijn ,H.P. Pregnancy and epilepsy. *European Journal of Obstetrics & gynecology and reproductive Biology.* 1998. 79:3-11.
4. Alfaro, J. Complicaciones Médicas en el Embarazo. McGrawhill. 2da ed. 2004. 221-225.
5. Tomson, T., et,al. .An International Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy. *Epilepsia.* 2004. 45 .1463-1464.
6. Gleicher, N. y col. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. Ed. Panamericana. 3era ed. 2000. 1693-1696.
7. Thoesen, M. Y col. Nonobstetric conditions causing hypoxia during pregnancy: Asthma an epilepsy. *Am J. Obstet Gynecol.* 1997. 177. 1-7.
8. Perucca, E. y col. Navigating toward fetal and Maternal Health: The Challenge of treating epilepsy in pregnancy. *Epilepsia.* 45. 2004. 1171-1175.
9. Terence, Brien. Contemporary management of epilepsy in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2000;40:4. 413-415.
10. Vestergaard, P. Fracture risk associated with use of antiepileptic drugs. *Epilepsia.* 2004.45. 1330-1337.
11. Biale. Y. Effect of folic acid supplementation on congenital malformations due to anticonvulsive drugs. *EurpJ Obstet Gynec. Reprod Biol.* 1984. 18. 211-216.
12. Normas y procedimeitnos de ginecologia y obstetricia .INPER. 2003.
13. Carrera, M.J. Protocolos de Obstetricia. Masson. 3era ed. 1996.
14. Hirano T, . Physical and psychomotor development in the offspring born to mothers with epilepsy. *Epilepsia* 2004. 45 suppl.8:53. 53-57
15. Oguni, M. Epilepsy and pregnancy. *Epilepsia,*2004. 45 suppl 8: 37-41.
16. Ahued, R. Ginecología y obstetricia aplicadas. Manual moderno. 2da ed. 2003. 549-554.
17. Garza MS. Epilepsia y embarazo. Estudio prospectivo de 100 casos. *Revista de Ginecología y obstetricia de México.* 1996,64:449-454.
18. Belmont. GA: Variaciones farmacocinéticas de anticonvulsivantes en mujeres epilépticas mexicanas durante las diferentes etapas del postparto. *Revista de Ginecología y obstetricia de México*