

Universidad Abierta Interamericana



Sede Regional Rosario

*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud*

*Carrera de Medicina*

***“Vía de terminación del embarazo en pacientes  
epilépticas”: Estudio Comparativo entre un Efactor  
Publico y un Efactor Privado***

Alumno: Mariana Silva

Tutor: Prof. Dra. Guadalupe Bruera

Co-tutor: Prof. Dra. Mónica Taborda

Fecha de presentación: Marzo del 2013

## INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Marco Teórico.....	6
Problema.....	11
Objetivos.....	11
Material y métodos.....	12
Análisis estadístico.....	13
Resultados .....	14
Discusión.....	21
Conclusión.....	23
Bibliografía.....	24
Anexo 1.....	28
Anexo 2.....	30
Agradecimientos.....	31

## Resumen

La epilepsia es una de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el mundo, la cual presenta diferentes implicaciones en la vida y bienestar de las personas, particularmente en las mujeres que se encuentra en edad reproductiva y principalmente durante la gestación y/o embarazo.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo en 38 pacientes epilépticas embarazadas a partir de los datos obtenidos en dos entidades: Hospital Eva Perón y Sanatorio de la Mujer con el **objetivo de estudiar la Vía de Terminación del embarazo**.

Del total de la muestra (n=38) el 55% termino su embarazo por Cesárea mientras que el 45% por Vía Vaginal.

El Nivel de Instrucción: mientras que en el Hospital Eva Perón la mayoría presenta una escolaridad primaria completa y/o secundaria incompleto, en el Sanatorio de la Mujer la mayoría tuvieron secundario completo y/o terciario/universitario incompleto.

Respecto a las Drogas Antiepilépticas el 76% recibió Monoterapia, 13% Politerapia y 11% no recibió tratamiento alguno; la droga más utilizada fue la Carbamazepina: 86% en el Hospital Eva Perón y el 14% en el Sanatorio de la Mujer. El Ácido Valproico solo fue utilizado en el Sanatorio de la Mujer en el 73% de los pacientes.

Del total de las pacientes que se les Indico Cesárea(n: 21) el 57% fue por antecedentes de Epilepsia Activa y el 43% por Condiciones Obstétrica Desfavorable.

Los datos encontrados en nuestro trabajo, al igual que los hallazgos de los estudios comparados y descriptos en la discusión, nos muestran la falta de trabajo interdisciplinario a la hora de abordar este tipo de paciente; por lo cual debe ser modificado dado que tenemos las herramientas teórico-prácticas para realizarlo.

**Palabras claves:** epilepsia y embarazo, vía de terminación del embarazo, cesárea y parto vaginal

## TITULO:

“Vía de terminación del embarazo en pacientes epilépticas”:  
Estudio Comparativo entre un Efector Publico y un Efector  
Privado

## INTRODUCCIÓN:

La epilepsia es el más común de los trastornos Neurológicos serios y una de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el mundo. Más de cuartas quintas partes de los 50 millones de personas diagnosticadas de epilepsia viven en países subdesarrollados. Las personas con epilepsia siguen siendo estigmatizadas y tienen una menor calidad de vida que las personas con otras enfermedades crónicas. La epilepsia tiene diferentes implicaciones para la vida y el bienestar de los hombres y mujeres; una de las principales es el cuidado que debe darse a las mujeres con epilepsia durante el embarazo y durante todas las fases de su vida reproductiva. Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>sobre la desigualdad de género en salud indica que las mujeres tienen una mayor exposición y vulnerabilidad a los riesgos, y un acceso limitado a la atención de la salud y de información. Hay escasa información relacionada con el cuidado clínico de las mujeres con epilepsia en Argentina y, en general, en América Latina. (1)

La OMS, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia están llevando a cabo una campaña mundial para mejorar la información y la sensibilización acerca de la epilepsia y fortalecer las medidas públicas y privadas para mejorar la atención y reducir el impacto de la enfermedad. (2)

Ponemos de relieve las ventajas de una planificación del embarazo con el ajuste óptimo de la terapia con medicamentos antiepilépticos y recomendar el

---

<sup>1</sup>OMS: (Organización Mundial de la Salud): Autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas.

tratamiento profiláctico con ácido fólico antes y durante, y con la vitamina K hacia el final del embarazo. (3)

Las mujeres con epilepsia que están considerando el embarazo, pueden tener preocupación sobre el empeoramiento de las convulsiones, complicaciones obstétricas, parto anormal y malformaciones en sus hijos. (4)

Cuando la epilepsia está estabilizada, la probabilidad de dar a luz un niño normal es superior al 90%. (3)

Un tercio de las embarazadas experimenta un incremento de las crisis del 17/37%, este incremento está asociado al aumento de hormonas esteroides, privación del sueño y a cambios metabólicos del embarazo. La mayoría de las pacientes epilépticas tienen partos normales por vía vaginal (5).

## Marco Teórico

La palabra epilepsia coincide letra a letra con el homónimo griego (epilepsia); significa ser atacado, agarrado o capturado.

En distintos ámbitos o épocas, se han utilizado varios sinónimos de epilepsia, como las expresiones "Enfermedad Sagrada" (donde creían que las crisis epilépticas eran causados por el demonio), enfermedad de la luna, enfermedad del que cae, morbo comicial o mal de san Valentín. Algunos términos castellanos de los tiempos de la colonia incluyen mal del corazón, perlesía y gota coral (6).

La epilepsia se puede definir como un trastorno crónico e intermitente del sistema nervioso central, causado por una descarga anormal, repentina, excesiva y desordenada de un grupo neuronal, que constituye el foco epileptógeno, que puede responder a múltiples etiologías.

La descarga se manifiesta clínicamente por crisis recurrentes de pérdida de conocimiento, trastorno de la función psíquica, sacudidas musculares involuntarias, pero en forma genérica se la emplea para mencionar las distintas clínicas de la epilepsia.

Para que un individuo sea considerado epiléptico debe padecer crisis convulsivas repetidas en forma espontánea (2 o más) que ocurren con una diferencia de 24 horas entre sí.

Las epilepsias pueden clasificarse en primaria, secundaria y criptogenéticas.

Las epilepsias primarias o idiopáticas no tienen una causa subyacente manifiesta, salvo, quizá una de tipo genética. En estos mencionamos como ejemplos el Gran Mal y el Petit Mal.

El gran mal es la forma más frecuente. Aparece entre los 12 y 16 años. Se caracteriza por una crisis generalizada convulsiva, con una secuencia típica de gritos, pérdida de conciencia, contracciones tónico-clónicas, salivación, incontinencia esfinteriana, confusión mental, sueño y recuperación espontánea.

El petit mal es una epilepsia generalizada, con pérdida de conciencia y no convulsiva. Aparece en niños de 6 a 12 años con función intelectual normal.

Las epilepsias secundarias o sintomáticas tienen una causa estructural identificable y adquirida. Por ejemplo traumatismos o infecciones del sistema nervioso central.

Aquellos casos en los que es imposible verificar la etiología original de la enfermedad, si bien se sospecha que son sintomáticos, reciben el nombre de epilepsias Criptogenéticas. Estas podrían ser resultado de una lesión cicatricial que se originó en el pasado y la enfermedad original paso inadvertida; quizás ocurrió en la vida intrauterina, al nacer o durante la lactancia, en parte del cerebro demasiado inmaduro para manifestar signos o puede afectar un área muy pequeña o silenciosa del encéfalo inmaduro.

El método de clasificar las epilepsias y los síndromes epilépticos está sujeto a revisión permanente por la liga Internacional contra la epilepsia.

Existen múltiples eventos no epilépticos que se confunden con crisis epilépticas, y no son fáciles de diagnosticar. Cerca del 20% de los pacientes catalogados como resistentes al tratamiento farmacológico en realidad tienen crisis psicógenas.

En los pacientes que presentan episodios de pérdida de conciencia, deben descartarse la presencia de patologías sincopal, entre las causas más frecuentes de diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas.

Cuando hablamos de convulsiones no epilépticas nos referimos a aquellas crisis que aparecen acompañando a distintas enfermedades sistémicas que provocan tocamiento encefálico. Por ejemplo, hipoglucemia, Síndrome urémico, abstinencia alcohólica (delirium tremens), conmoción cerebral traumática, encefalitis viral (si no deja lesiones estructurales) y el Síndrome febril (en niños menores de 5 años).

La prevalencia de las crisis no epilépticas es del 1-2 %. No se considera epilepsia una crisis única, ni una crisis en el contexto de una enfermedad aguda.

La clasificación de los Síndromes epilépticos y sus crisis básicamente divide a las convulsiones en dos tipos: parciales y generalizadas.

Las crisis parciales o focales cuando pueden discernirse un inicio focal y no se verifica una pérdida global de la conciencia.

Las crisis parciales pueden ser simples o complejas.

Las crisis parciales simples no tienen alteración de la conciencia y según los síntomas clínicos serán motores, sensitivo-sensoriales o vegetativas.

Las crisis parciales complejas presentan alteración de la conciencia, en forma de desconexión o pérdida de contacto además de alteraciones del pensamiento, afecto o conducta.

La crisis parcial que precede a una crisis generalizada recibe el nombre de aura. Por su sintomatología, el aura señala el lugar de origen de la descarga. Al cumplir la función de aviso, permite a veces que el paciente se proteja de los riesgos de la convulsión violenta que le sigue.

Las crisis generalizadas siempre se acompañan de pérdida de conciencia y las sacudidas musculares, si las hay, son simétricas, sin iniciación focal.

Las convulsiones generalizadas son de dos tipos:

Convulsivas: con sacudidas musculares; de un grito y caída del paciente.

No convulsivas: sin sacudidas musculares, solo con pérdida de conciencia, como en el Petit Mal (7).

Durante la gestación la frecuencia de las convulsiones permanece sin cambios en el 60% de las pacientes epilépticas, aumenta en el 20% y disminuye en el 20%. El agravamiento de las crisis epilépticas se ha relacionado con la presencia de una elevada frecuencia de convulsiones previamente a la concepción, al aumento de las concentraciones de hormonas esteroideas, al estrés psíquico y físico, a la privación del sueño y, sobre todo, a la falta de cumplimiento terapéutico y a la disminución de las concentraciones plasmáticas de fármacos antiepilépticos (cambios en la farmacocinética).

La gestación se considera de alto riesgo debido no solo por el riesgo de presentar crisis durante la misma sino por la mayor incidencia de resultados obstétricos desfavorables.

El tratamiento utilizado dependerá del tipo de convulsiones que presente la paciente.

Los antiepilépticos clásicos: Acido Valproico, Carbamazepina, Fenitoina, Fenobarbital, Primidona, Etosuximida y Clonazepam son capaces de controlar el 70-80% de casos con epilepsia cuando se utilizan monoterapia.

Los fármacos antiepilépticos nuevos autorizados para su uso en monoterapia son: Lamotrigina, Oxcarbazepina, Topiramato, Levetiracetam probablemente controlan a un porcentaje similar (8).

La mayoría de los antiepilépticos están clasificados por la FDA (food and drug administration) como Categoría C (teratógeno en animales, y efecto desconocido en Humanos), el Valproato, Carbamazepina y Fenitoina son Categoría D (teratógeno en animales y humanos). Si bien hay estudios que sugieren que el Ácido Valproico es más teratógeno que las demás drogas anticonvulsivantes estos no son concluyentes.

Los hijos de madres que reciben Acido Valproico o Carbamazepina durante el embarazo tienen un riesgo de presentar defectos del cierre del tubo neural, siendo mayor el riesgo con Ácido Valproico (1% vs 0,5%).

Existe consenso en que la terapia con más de un anticonvulsivante y los niveles plasmáticos elevados se asocian con una frecuencia mayor de malformaciones congénita. La incidencia de espina bífida es aproximadamente del 1-2% con la exposición a Acido Valproico y del 0,5% con Carbamazepina.

Se aconseja implementar Ácido Fólico en los meses previos y durante su desarrollo como profilaxis de malformaciones congénitas mayores como defectos del tubo neural (9). También se recomienda administrar Vitamina K para evitar hemorragia del recién nacido (10)

Para efectos prácticos se puede dividir el manejo de la epilepsia en tres momentos: a) Preconcepciones, b) Durante el desarrollo del embarazo, c) Posparto. Es de suma importancia alcanzar los objetivos en el periodo preconcepcional.

Como recomendación las mujeres deberían consultar a un Neurólogo y Obstetra tan pronto como se vuelvan sexualmente activas, esto debido a los

cuidados especiales que se debe tener en la anticoncepción y preparación para un embarazo.

Se debe hacer énfasis en que tienen posibilidades de tener un embarazo exitoso y que ser epilépticas no es una razón para abstenerse o marginarse de tener un embarazo por temor a una complicación (9).

La mayoría de las pacientes epilépticas tienen labores normales y parto vaginal. La cesárea electiva es usada en pacientes refractarias a tratamiento en el último trimestre o aquellas con status epilépticus con estrés significativo.

Finalmente la Asociación Americana de Neurología indica que hasta el 90% de las embarazadas con epilepsia pueden esperar buenos resultados, con un parto vaginal sin complicaciones (5).

## PROBLEMA

¿Cuál es la vía de terminación del embarazo en pacientes epilépticas en la población a estudiar? Dicho interrogante se plantea a partir de los datos obtenidos del Hospital Escuela Eva Perón, y en base a esto nos interrogamos qué sucede en la otra población que corresponde al Sanatorio de la Mujer.

## Objetivos

### Generales

- Evaluar las Vías de Terminaciones del Embarazo en Pacientes Epilépticas en efectores de la provincia de Santa Fe.

### Específicos

- Analizar nivel de educación en embarazadas epilépticas.
- Cuantificar las pacientes que recibían drogas antiepilépticas. (DAE)
- Observar el plan de DAE que presentan: monoterapia y politerapia.
- Estudiar las causas gineco-obstetricas que determinan la vía de terminación del embarazo en las pacientes epilépticas.

## MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo de tipo retrospectivo.

El estudio se realizó en mujeres embarazadas con diagnóstico de epilepsia comparando la vía de terminación del embarazo entre dos entidades, una de ellas del Hospital Escuela Eva Perón de la localidad de Granadero Baigorria y la otra en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario.

Se dividió a las pacientes en dos grupos: las que fueron a parto vaginal y a las que se le indicó una intervención cesárea.

Se pidió autorización al Jefe de Servicio o Director de la Institución para acceder a la Base de datos, recabando la información en la ficha pre elaborada que se detalla en el ANEXO I.

Se respetó la confidencialidad de los datos personales a no ser revelados.

Se llevó a cabo desde el día 20 de Abril al 10 de Octubre del 2012.

### Criterios de Inclusión:

- Todas las mujeres embarazadas con diagnóstico de epilepsia.
- Historias Clínicas completas y legibles.

### Criterios de exclusión:

- Historias clínicas no legibles o incompletas
- Mujeres embarazadas con diagnóstico poco claro de epilepsia.
- Consultas esporádicas durante el embarazo.

## ANALISIS ESTADISTICO:

Para volcar los datos obtenidos de la ficha pre-elaborada, se utilizará una base de datos basada en Excel. Los datos fueron presentados por medio de Cuadros y Gráficos estadísticos.

### Variables:

- Vía de terminación del embarazo: Variable Cualitativa

Modalidad: Cesárea, Parto vaginal.

- Grado de instrucción educativa: Variable Cualitativa

Modalidad: No Alfabetizado, Parcialmente Alfabetizado (menos de 5to grado), Primaria Completa, Primaria Incompleta, Secundaria Completa, Secundaria Incompleta, Terciario Completo, Terciario Incompleto, Universitario Completo, Universitario Incompleto.

- Drogas antiepilépticas: Variable Cualitativa

Modalidad: Fenitoína, Fenobarbital, Acido Valproico, Carbamacepina, Lamotrigina, Oxcarbazepina, Topiramato, Levetiracetam, Pregabalina.

- Indicación de cesárea: variable cualitativa
- Motivos de indicación o no de cesárea: variable cualitativa

Para la realización de comparaciones de porcentaje se utilizará la técnica inferencial (prueba del Chi-cuadrado).

## Resultados

### CUADRO N° 1

#### **NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresado en cantidad)*

Efactor	Hospital Eva Perón	Sanatorio de la Mujer	TOTAL
	Cantidad	Cantidad	Cantidad
No alfabetizado	0	0	0
Parcial. Alfabetizado	0	0	0
Primaria Incompleta	2	0	2
Primaria Completa	12	0	12
Secundaria Incompleta	10	2	12
Secundaria Completa	3	4	7
Terciaria/Universitaria Incompleta	0	2	2
Terciaria/Universitaria Completa	0	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>38</b>

Se observó que: 7 de cada 10 pacientes epilépticas se controlaron en el Hospital Granadero Baigorria mientras que 3 de cada 10 lo hicieron en el Sanatorio de la Mujer.

En relación al Nivel de instrucción alcanzado, se observó que ninguna era No analfabeta ni parcialmente Analfabeta es decir haber alcanzado hasta 5º grado.

Sólo 2 mujeres tenían Primaria Incompleta y 12 tenían Primaria Completa. Todas ellas fueron controladas en el Hospital Eva Perón.

De las que tenían Secundario Incompleto, 8 de cada 10 se controlaban en el Hospital Eva Perón mientras que 2 de cada 10 lo hacían en el Sanatorio de la Mujer.

De las que tenían Secundario Completo, el 0,43 se controlaba en el Eva Perón mientras que el 0,57 lo hizo en el Sanatorio de la Mujer.

En relación al Nivel de instrucción tanto terciario como Universitario Completo e Incompleto, todas las pacientes fueron controladas en el sanatorio de la Mujer.

## CUADRO N° 2

### **TIPO DE TERAPIA CON DROGAS ANTIEPILEPTICAS UTILIZADAS EN PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresado en cantidad)*

Efector	Hospital Eva Perón	Sanatorio de la Mujer	TOTAL
	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Monoterapia	18	11	29
Politerapia	5	0	5
Sin Tratamiento	4	0	4
<b>TOTAL</b>	27	11	38

Se observó que: 8 de cada 10 pacientes epilépticas tuvieron una terapia basada en Monoterapia, 1 de cada 10 recibió Politerapia y 1 de cada 10 pacientes epilépticas estuvieron sin tratamiento.

Del total de las pacientes tratadas con Monoterapia (29), 6 de cada 10 eran del Hospital Eva Perón mientras que 4 de cada 10 fueron del Sanatorio de la Mujer.

Del total de las pacientes tratadas con Politerapia (5), todas eran del Hospital Eva Perón, no hubo tratamiento con politerapia en el Sanatorio de la Mujer.

Del total de las pacientes sin tratamiento (4), todas eran del Hospital Eva Perón. En el Sanatorio de la Mujer no se registraron pacientes epilépticas sin tratamiento.

### CUADRO N° 3

#### **TIPO DE DROGAS ANTIEPILEPTICAS UTILIZADAS EN PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresada en cantidad)*

Efactor	Hospital Eva Perón	Sanatorio de la Mujer	TOTAL
	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Ácido valproico	0	8	8
Carbamazepina	18	3	21
Levetiracetam+lamotrigina	5	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>34</b>

La droga más utilizada fue Carbamazepina.

El Ácido Valproico sólo fue utilizado en el Sanatorio de la Mujer en 8 pacientes.

La Carbamazepina fue utilizada de la siguiente manera: 9 de cada 10 pacientes epilépticas la usaron en el Hospital Eva Perón mientras que 1 de cada 10 la usaron en el Sanatorio de la Mujer.

La Levetiracetam+Lamotrigina fue utilizada solamente en el Hospital Eva Perón en 5 pacientes con epilepsia.

#### **CUADRO N° 4**

#### **INDICACION DE CESAREA EN PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresada en cantidad)*

Efector	Hospital Eva Perón	Sanatorio de la Mujer	TOTAL
	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Si	12	9	21
No	15	2	17
<b>TOTAL</b>	27	11	38

Se observó que: 6 de cada 10 pacientes epilépticas tuvieron la indicación de Cesárea al momento de producirse el parto mientras que 4 de cada 10 no recibieron esa indicación.

De las que recibieron la Indicación de Cesárea, 6 de cada 10 pacientes epilépticas fueron del Hospital Eva Perón mientras que 4 de cada 10 del Sanatorio de la Mujer.

De las que no recibieron la Indicación de Cesárea, 9 de cada 10 pacientes epilépticas fueron del Hospital Eva Perón mientras que 1 de cada 10 del Sanatorio de la Mujer.

### CUADRO Nº 5

#### **MOTIVOS DE LA INDICACION O NO DE CESAREA EN PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresada en cantidad)*

Efector	Hospital Eva Perón	Sanatorio de la Mujer	TOTAL
Motivo de indicación o no de cesárea	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Electiva por antecedentes de epilepsia	6	6	12
Condiciones obstétricas desfavorables	6	3	9
No presento crisis durante el embarazo, ni alteraciones obst.	15	2	17
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>38</b>

Se observó que: a 3 de cada 10 pacientes epilépticas le indicaron cesárea por “Antecedentes de epilepsia activa “, a 2 de cada 10 pacientes epilépticas le indicaron cesárea por “Condiciones obstétricas desfavorables” y a 5 de cada

10 pacientes epilépticas no le indicaron cesárea porque “No presentaron crisis durante el embarazo, ni alteraciones “.

De las que tuvieron indicación de cesárea por Antecedentes de epilepsia activa, 5 de cada 10 estaban controladas en el Hospital Eva Perón y 5 de cada 10 en el Sanatorio de la Mujer.

De las que tuvieron indicación de cesárea por Condiciones obstétricas desfavorables, el 0,67 estaban controladas en el Eva Perón mientras que el 0,33 en el Sanatorio de la Mujer.

De las que no tuvieron indicación de cesárea porque no presentaron crisis durante el embarazo ni alteraciones obstétricas, 9 de cada 10 fueron del Hospital Eva Perón mientras que 1 de cada 10 fueron del Sanatorio de la Mujer.

### **CUADRO N° 6**

#### **VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES EPILEPTICAS CONTROLADAS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE GRANADERO BAIGORRIA Y EN EL SANATORIO DE LA MUJER DE ROSARIO-October 2012**

*(Expresada en cantidad)*

<b>Efactor</b>	<b>Hospital Eva Perón</b>	<b>Sanatorio de la Mujer</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>Cantidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Vía Vaginal</b>	15	2	17
<b>Cesárea</b>	12	9	21
<b>TOTAL</b>	27	11	38

Se observó que: 4 de cada 10 pacientes epilépticas terminaron su embarazo Vía vaginal mientras que 6 de cada 10 lo hicieron con Cesárea.

De las que lo terminaron Vía vaginal 9 de cada 10 fueron controladas en el Hospital Eva Perón mientras que 1 de cada 10 en el Sanatorio de la Mujer.

De las que lo terminaron con Cesárea 6 de cada 10 fueron controladas en el Hospital Eva Perón mientras que 4 de cada 10 en el Sanatorio de la Mujer.

Para determinar si existe relación estadísticamente significativa entre la Vía de terminación del embarazo y el tipo de efector donde se controló la paciente epiléptica se aplicó el Test de Chi-Cuadrado de Pearson. Se concluyó que la relación entre estas dos variables es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) es decir que la realización de cesáreas es mayor en el efector privado.

(Chi cuadrado Observacional= 4,42

(Chi cuadrado Teórico= 3,84)

## Discusión

El estudio realizado mostro que del total de la muestra (n=38) la Vía de Terminación del Embarazo fue del 55% por Cesárea, mientras que el 45% lo hizo por Vía Vaginal.

En el trabajo "Evaluación Clínica y Conducta Terapéutica en pacientes embarazadas con epilepsia"; Sulbarán, A; observamos el 61,12% de cesáreas como vía de terminación del embarazo en pacientes epilépticas, lo cual muestra semejanza con lo encontrado en nuestra tesis (55%) (11) dicha observación se continuo apreciando en los trabajos "Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido"; Hernández, A. (13). Cabe mencionar la diferencia que encontramos en el trabajo "Embarazo y Epilepsia"; Kochen, S; donde obtuvo un 9,6% de cesárea. Dicha investigación se realizó en el "Centro de Epilepsia", división de neurología del Hospital Ramos Mejías (CE), que es el centro con mayor número de pacientes registrados en Argentina, vale aclarar el bajo porcentaje de cesáreas, mientras que en el Hospital Eva Perón y el Sanatorio de la Mujer estas divisiones no existen, lo cual muestra el claro beneficio de la adecuada atención en Nosocomios que presentan subespecialidades como ser epilepsia en este caso. En relación al Nivel de Instrucción encontramos que el 45% de las pacientes del Hospital Eva Perón tenían primaria completa y un 36% secundario incompleto, mientras que en el Sanatorio de la Mujer la mayoría alcanzo secundario completo (36%); dichos datos no encuentra similitud a lo observado en el trabajo "Embarazo y Epilepsia"; Kochen, S; donde la mitad de las pacientes había alcanzado un nivel de escuela secundario completo (1).

Según el tipo de Terapia con Drogas Antiepilépticas el 76% recibió Monoterapia, recordando que es lo indicado para estos casos de pacientes epilépticas embarazadas. No encontramos semejanza con los datos de los estudios "Embarazo y Epilepsia"; Kochen, S (1) y "Embarazo con Epilepsia: obstétrico y neonatal de los resultados de un estudio controlado"; Mawer, G; en el cual solo el 64% y 67% recibió el esquema indicado.

El tipo de Droga Antiepiléptica más utilizada fue la Carbamacepina en el 86% mientras que en el Sanatorio de la Mujer solo el 14% recibió dicha terapia. El Ácido Valproico fue utilizado solamente en el Sanatorio de la Mujer en su gran

mayoría. Comparando los datos obtenidos con el estudio realizado "Embarazo y Epilepsia"; Kochen, S; encontramos cifras menores en cuanto a la Carbamacepina (48,3%) y Acido Valproico (32,2%) (1).

Esto puede corresponder a lo anteriormente mencionado en el análisis de Monoterapia recordando que nuestra muestra es la mitad que en los estudios comparativos.

Para comprender los datos obtenidos acerca de la Vía de Terminación del Embarazo en pacientes epilépticas; debemos analizar los motivos y/o causas obstétricas que determina esta conducta. Del total de pacientes que fueron a Cesárea (n=21) el 57% fue por Antecedentes de Epilepsia Activa, 43% por Condiciones Obstétrica Desfavorable. Con respecto al trabajo "Evaluación Clínica y Conducta Terapéutica en pacientes embarazadas con epilepsia"; Sulbarán, A; solo podemos comparar la indicación de cesárea por Epilepsia Activa la cual fue mayor (63%), mostrando una gran similitud con nuestro trabajo (11).

## Conclusión

En nuestra muestra observamos que de cada 10 pacientes epilépticas embarazadas 6 terminan en cesárea, de los cuales más de la mitad (57%) NO están adecuadamente indicadas, recordando que la Epilepsia Activa no es condición médica-obstétrica para dicha intervención; resaltando la complicación en el binomio madre-hijo que genera una intervención quirúrgica como ser la cesárea.

Los datos obtenidos de Vía de Terminación de Embarazadas Epilépticas del estudio "Epilepsia y Vías de Terminación del Embarazo" del Hospital Eva Perón del Servicio de Neurología, son similar a los encontrados en el Sanatorio de la Mujer, lo cual indica la conducta reiterada de ambos nosocomios; donde aclara que el "Antecedente de Epilepsia" no es en sí mismo un factor de riesgo para desaconsejar el parto por "Vía Vaginal".

El Grado de Instrucción en ambos centros NO es una variable determinante para la Vía de Terminación del Embarazo.

Finalmente los resultados de este trabajo no pueden ser traspolados, por número de muestra pequeña, y tipo de diseño; pese a esto encontramos similitud en trabajos de mayor población de pacientes de estudio.

Es importante generar conciencia y un verdadero trabajo multidisciplinario, lo cual puede y debe ser mejorable en los nosocomios que detectemos el problema. El seguimiento de la embarazada EPILPETICA se debe realizar en forma conjuntamente con el obstetra; neurólogo; psicólogo, clínico, entre otras especialista, con el objetivo de llevar un embarazo a término, sin complicaciones, y obtener un recién nacido sano.

## BIBLIOGRAFIA:

- (1) Kochen S, Salera C, Seni J. Neurología Argentina. Embarazo y epilepsia en Argentina (se puede obtener <http://www.elsevier.es/es/revistas/neurologia-argentina-301>) 2011; 156-161.  
  
Consultado el: 05/04/12.
- (2) En: [http](http://www.who.int) Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Número 999. Epilepsia. 2009. Consultado el: 06/03/12.
- (3) Lepper D, Wieser H; *Pregnancia contraception and epilepsy* (se puede obtener en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8413747>).1993. 494-503.  
  
Consultado el 15/03/12.
- (4) Mawer G, Briggs M, Panadero G y otros. *Pregnancy with epilepsy: obstetric and neonatal outcome of a controlled study* (se puede obtener en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823982/?tool=pubmed>) 2011. Consultado el 16/03/12.
- (5) Navarro-Meza A. *Epilepsia y Embarazo* (se puede obtener en <http://201.196.25.3/sites/default/files/documents/acta47.pdf#page=251>) 2010. 251-256.  
  
Consultado el 10/04/12.
- (6) Micheli F, Fernández Pardal M. *Fundamentos de Neurología. Epilepsia*. Editorial El Ateneo. 1992. p. 92-103.
- (7) Raimondi E y colaboradores. *Neurología. Afecciones episódicas*. Editorial Corpus. 2009. p. 101-141.
- (8) Hernández S, Tamayo O, Coll O y otros. "Guía Clínica: Epilepsia y Gestación" (se puede obtener en [www.medicinafetalbarcelona.org/clínica/images/protocolos/patología\\_materna\\_y\\_obstetricia/epilepsia\\_y\\_gestacion.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clínica/images/protocolos/patología_materna_y_obstetricia/epilepsia_y_gestacion.pdf)).Barcelona.2008  
  
Consultado el 18/04/12.

- (9) Pérez Rojas R, Lee Chang Segura J. "Tratamiento Antiepiléptico durante el embarazo" (se puede obtener en [www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v24nz/art3.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v24nz/art3.pdf) ).Costa Rica.2009. Consultado el 19/05/12
- (10) En: Sulbarán A, Ferrer Ocando O, Arteaga de Vizcaíno M y otros. "Evaluación clínica y conducta terapéutica en pacientes embarazadas con epilepsia" (se puede obtener en [www.redalyc.uaemex.mx/pdf/904/90470312.pdf](http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/904/90470312.pdf)).Venezuela.2007.vol7;numero 3; p. 351-361. Consultado 05/10/2012.
- (11) Gary Cunningham F, Gatn N, Leveno K. y otros. Williams Obstetricia. Enfermedades neurológicas y psiquiátricas. 21ª. Edición. Editorial Panamericana. 2002. p. 1188-1192.
- (12) Hernández A, Ramos Pérez M, Mejías Álvarez N y otros. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido" (se puede obtener en [www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211117906006.pdf](http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211117906006.pdf)).Cuba.2006.vol 10, numero 6. Consultado 01/10/2012.
- (13) Duverges A., Schwarcz L, Díaz A y otros. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 2002.
- (14) Sica-Muchnik. Texto de Neurología Clínica. Epilepsias. Libreros López editores. 1994. p. 103-131.
- (15) Ameri D. Aportes a la Neurología. Editorial Grafic Center. 2003.
- (16) Dam M, Kiorboe E. Epilepsia. Diagnóstico y tratamiento. Talleres Gráficos de Frattini y Asociados S.R.L. 1982.
- (17) González-Merlo J, Laillavicens J, Fabre González E. y otros. Obstetricia. 5ª. Edición. Editorial ElServier. 2006 páginas 737-738.
- (18) Zanuttini, E. Temas de Obstetricia. 2ª. Edición. Editorial Ascune Hermanos. 2011.,

- (19) Casavilla F, Guglielmone P, Rosenvasser E. Manual de Obstetricia. Editorial El Ateneo. 1987.
- (20) Ropper A., Brown R. Principles of Neurology. Section 4. Epilepsy and Disorders of consciousness. McGraw Hill. 2005. p. 291.
- (21) Purves D, Fitzpatrick D, Katz, L. y otros. Invitación a la Neurociencia. Plasticidad del sistema Nervioso del adulto. Capítulo 23. Editorial Panamericana. 2001. p. 477-501.
- (22) Micheli, F; Nogués, M; Asconapé, J. y otros. Tratado de Neurología Clínica. Sección XVI. Epilepsia. Editorial Panamericana. 2002. p. 778-790.
- (23) Cambier, J, Masson M, Dehen H. Neurología 7ª. Edición. Masson. 2000. p. 181-206.
- (24) Leiguarda R. Neurología. Capítulo 19. Trastornos paroxísticos. Epilepsia. 2005. p. 451-475.
- (25) Patten J. Neurological Differential Diagnosis. Attacks of Altered Consciousness. Springer. 2005. Page 380-398.
- (26) Snell R. Neuroanatomía Clínica. 7ª. Edición. Editorial The Point. 2010. p. 297-298.
- (27) Schwarcz, R; Fescina, R; Duverges, C. Obstetricia. 8ª. Edición. Editorial El Ateneo. 2006.
- (28) Battino D Mamoli, D Messina S, Perucca E, Tomson T. "Malformations in the offsprings of pregnant women with epilepsy. Presentation of an international registry of antiepileptic drugs and pregnancy (EURAP)" Rev neurol 2002; 34:476-80.
- (29) Fairgrieve SD, Jackson M, Jonas P, Walshaw D, White K, Montgomery TL. "Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy." Br Med J .2000; 321: 674-5.
- (30) Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R, et al. "Malformations risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register." J. Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006; 77: 193-8.

- (31) Shorvon S, Tomson T, Cock H. "The management of epilepsy during pregnancy-Progress in painfully slow". *Epilepsia*.2009; 50:973-4.
- (32) Tomson T, Battino D, French J, Harden C, Holmes L, Morrow J, et al., for the Epilepsy Therapy Development Project (ETPD) Work Group on Teratogenicity- Anatomical." Antiepileptic drug Exposure and major congenital malformations: The role of pregnancy registries." *EpilepsyBehav*. 2007; 11:277-82.
- (33) Simon, R.; Aminoff, M.; Greenberg, D. *Clinical Neurology*. Capítulo 9. Seizures&Syncope. Appleton &lange. 1996. Page 253-265
- (34) Marelli, E.; Bulacio, E.; Menichini, R. y otros. *Neurología*. UNR Editora. 1997. Página 175-186.
- (35) Esper, R.; Mazzei, J. *Biblioteca de Medicina*. Neurología. Editorial El ateneo. 1992.
- (36) Fiorillo, Gadow.Oobstetricia en esquemas. *Enfermedades Neurológicas*. Editorial El Ateneo. 2004. Página 370-37

# Anexo I

Ficha pre elaborada:

## Datos Personales

Escolaridad: (aclarar si es analfabeta).....

## Drogas Antiepilépticas

-DAE:

DOSIS

* FENITOINA	X	
* FENOBARBITAL	X	
* AC. VALPROICO	X	
*CARBAMACEPINA	X	
*LAMOTRIGINA	X	
*OXCARBAZEPINA	X	
*TOPIRAMATO	X	
*LEVETIRACETAM	X	
*PREGABALINA	X	

## Medicación

- Ácido Fólico: SÍ X NOX ( especificar desde cuando lo toma, mg/día y quién se lo indicó):
- ATB : SÍ X motivo: NOX
- DAE: DFH; VA; FB; CBZ o nuevos; mg y tiempo de tratamiento (especificar que especialista la controla; y fecha de su último control.):
- Vitamina K: SÍ X : por cuanto tiempo: NO X
- Otros:

## Evolución Obstétrica

- Vía de terminación del embarazo:

Vía vaginal          SI X      NOX

Cesáreas:            SI X      NOX.

En caso de ser positiva: programadas: SÍ X          NOX, o por alteración  
en el curso del mismo SÍ X          NO X

## Anexo 2

Nº de Encuesta	Vía de terminación del embarazo Cesárea Parto vaginal	Escolaridad: No Alfabetizado Parcialmente Alfabetizado (menos de 5to grado) Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Terciario Completo Terciario Incompleto Universitario Completo Universitario Incompleto.	Drogas Antiepilépticas Fenitoína Fenobarbital Acido Valproico, Carbamacepina, Lamotrigina, Oxcarbazepina, Topiramato, Levetiracetam, Pregabalina.	Indicación de cesárea Si No	motivos de indicación o no de cesárea
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

## Agradecimientos

En primer lugar agradezco a la Dra. Bruera Guadalupe por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. También quiero agradecer a la Dra. Taborda por haberme brindado el Trabajo Epilepsia y Vías de Terminación del Embarazo con el cual he realizado gran parte de mi trabajo y a la que le estoy profundamente agradecida.

Al apoyo estadístico de Adriana Arca.

Y por último a mi Familia por el apoyo incondicional durante toda la carrera, sin ellos no estaría donde estoy.