

Título: Epilepsia y embarazo en la Atención Primaria de Salud
Epilepsy and pregnancy in Primary Health Care

Lilianne Gurri Falcón. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7024-7399>¹

José David Cabrera Ramírez. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2268-3942>²

¹ Estudiante de segundo año de Medicina.

Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo, Cuba.

Teléfono móvil: 56389285. Correo electrónico: liliannegurri04@gmail.com

² Estudiante de tercer año Medicina.

Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo, Cuba.

Teléfono móvil: 56631226. Correo electrónico: cabreraramirezjosedavid@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2268-3942>

Tutor: Lourdes Cristina Falcón Torres. DrC Pedagógicas, profesor Titular Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña. Aproximadamente 1 de cada 200 gestantes presenta epilepsia (0.5 %) y el 95 % toman tratamiento antiepiléptico. **Objetivo:** describir el manejo de la embarazada con epilepsia desde la atención primaria de salud. **Métodos:** para la realización de la revisión bibliográfica se examinaron documentos en Google Académico y bases de datos: BVS, PubMed, Elsevier y SciELO. **Resultados:** las embarazadas con epilepsia están expuestas a un riesgo 3 veces mayor que la población femenina general de sufrir alguna complicación debido a su condición. Las crisis convulsivas durante la gestación son perjudiciales para el feto y la madre, implican grandes riesgos si no son controladas y pueden empeorar por un aumento de frecuencia o intensidad durante esta etapa y tras el parto. **Conclusiones:** La epilepsia y el embarazo requieren especial atención por parte de la APS cuando concurren, debido a las posibles complicaciones que pueden ocurrirle a la madre y al feto, por lo que el seguimiento es fundamental. El manejo de las embarazadas con epilepsia constituye un reto complejo y requiere de un asesoramiento integral por parte del neurólogo, obstetra, pediatra y médico general de atención primaria de salud incluso, desde antes del momento que la paciente planifique un embarazo para evitar posibles efectos adversos de los antiepilépticos en el feto y las convulsiones durante el embarazo.

Palabras clave: Epilepsia; Crisis convulsivas; Enfermedad neurológica; Embarazada; Atención Primaria de Salud; Riesgo materno y fetal

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña. Aproximadamente 1 de cada 200 gestantes presenta epilepsia (0.5 %) y el 95 % toman tratamiento antiepiléptico⁽¹⁾.

La gestación en mujeres con epilepsia se considera de alto riesgo por la posibilidad de presentar crisis durante la misma y por la mayor incidencia de resultados perinatales adversos⁽²⁾.

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica con predisposición continua para generar crisis epilépticas, que conlleva consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales⁽³⁾.

Los autores del presente artículo concuerdan con Ruth ⁽⁴⁾ al decir que cuando concomitan embarazo y epilepsia se debe prestar especial atención a las posibles complicaciones que pueden establecerse entre ellos que de manera particular afectan a la madre y al feto. En este sentido, hay que tener presente que los fármacos antiepilépticos (FAEs) tienen un efecto teratógeno sobre el feto; y durante el embarazo las concentraciones plasmáticas de estos fármacos se alteran y pueden desencadenar un mal control de las crisis convulsivas.

En los estudios realizados por Harden 2009 y Mauri 2015, citados por Carmona⁽⁵⁾ se ha notificado que las embarazadas con epilepsia tienen mayor riesgo de descompensación de la enfermedad, más complicaciones obstétricas, mayor riesgo de malformaciones congénitas y alteraciones del neurodesarrollo en los recién nacidos.

La prevalencia de epilepsia en mujeres embarazadas es del 0.3 al 0.5%. Por tanto, las crisis convulsivas se consideran una urgencia vital durante la gestación y deben tratarse siempre^{(6) (7) (8)}.

De lo anterior se desprende que en una embarazada que padezca epilepsia puede presentarse convulsiones con más frecuencia, debido a que los medicamentos que tratan este padecimiento pueden actuar de manera distinta durante el periodo de gestación.

Lozano ⁽⁶⁾, es de la opinión que aunque la mayoría de las mujeres con esta patología tiene un embarazo normal, existe un riesgo materno y fetal aumentado ya sea por la epilepsia en sí, por los fármacos anticonvulsivos que recibe.

Tomando en consideración las ideas anteriores, se hace necesario el seguimiento de las embarazadas con padecimiento de epilepsia por parte de la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) en aras de identificar el riesgo gestacional y hacer que el embarazo llegue a feliz término.

Lo anteriormente planteado cobra importancia a partir de que este enfoque tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar (...) que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas⁽⁹⁾.

Por ende, el control de las convulsiones en mujeres embarazadas con epilepsia es vital, ya que las convulsiones maternas pueden tener efectos deletéreos sobre el feto. Durante el embarazo el principal objetivo del tratamiento será el control de las crisis epilépticas minimizando los riesgos fetales⁽¹⁰⁾.

La percepción, por parte de las pacientes embarazadas y afectadas con epilepsia y su familia, acerca de la asistencia preconcepcional es pobre⁽¹¹⁾.

Se ha observado que el aporte de información es una intervención útil a la hora de conocer la relación embarazo-epilepsia (...) ⁽¹²⁾.

Desafortunadamente, muchas embarazadas con padecimiento epiléptico aún no reciben información clave sobre el tema y es vital el manejo que se realice desde la APS.

Motivados por estas razones se realiza la presente revisión bibliográfica, cuyo objetivo es describir el manejo de la embarazada con epilepsia desde la atención primaria de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos SciELO, SCOPUS, PubMed y Google Académico con los criterios de búsqueda: epilepsia, embarazada, atención primaria de salud. Fueron consultados 37 artículos, en español e inglés, con un período de búsqueda entre 2019 al 2024, sin embargo se aceptaron otras publicaciones clásicas en la literatura médica de otros años debido a su importancia. Se escogieron 21 para la realización de la presente revisión bibliográfica. Se utilizaron los métodos teóricos analítico-sintético, inductivo-deductivo para resumir la información de los documentos analizados y posteriormente presentar los diferentes apartados de este estudio.

DESARROLLO

La epilepsia en el curso del embarazo

Existe un número significativo de complicaciones durante el embarazo, que son más frecuentes en las mujeres epilépticas. En este sentido, Medicina 2011 y Harden 2019, mencionados por Gómez⁽¹⁾, afirman que las complicaciones obstétricas y fetales a nivel materno aumenta el riesgo de:

- Aborto
- Amenaza de parto de pretérmino (APP)
- Metrorragias
- Hiperemesis gravídica
- Anemia
- Desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI)
- Rotura prematura de membranas ovulares (RPMO)
- Corioamnionitis
- Eclampsia
- Trabajo de parto prolongado
- Intervencionismo obstétrico
- Cesáreas.

A nivel fetal:

- Malformaciones por los fármacos
- Bradicardia
- Hemorragias intracraneales
- Muerte fetal.

Algunas de estas complicaciones se atribuyen al efecto directo de las crisis epilépticas, mientras que otros se atribuyen a la combinación de la terapia anticonvulsivante y las crisis⁽¹⁾. Los autores opinan que la mejor herramienta terapéutica para evitar estas complicaciones es el control de las crisis.

Desde el punto de vista de H. Bjørk 2015 y Borgelt 2016, nombrados por Hidalgo⁽³⁾, dentro de los factores de riesgo que incrementan las convulsiones durante el embarazo son: mecanismos patológicos, cambios en el metabolismo, impacto de los estrógenos y la progesterona sobre la excitabilidad neuronal y el umbral convulsivo, hiperemesis, crisis no controladas, cansancio y deprivación del sueño, padecer depresión perinatal o ansiedad, no cumplir estrictamente con el tratamiento antiepiléptico, y dosis o terapias inadecuadas de fármacos antiepilépticos (FAEs), por comportamientos de prescripción basados en componentes socioeconómicos.

Las crisis convulsivas, especialmente las de tipo tónico clónico generalizadas, pueden ser de alto riesgo durante el trabajo de parto.

Las convulsiones generalizadas tónico-clónicas producen: acidosis láctica, hipoxia materna, elevación de la PA, aumento de la presión intraabdominal, hipoventilación y redistribución del flujo sanguíneo cerebral comprometiendo la circulación uteroplacentaria produciendo bradicardia fetal, mayor riesgo de hipoxia y muerte en el recién nacido. También se asocian a retardo en el desarrollo del niño⁽¹⁾.

Como expresa Lee⁽¹⁴⁾, la exposición a antiepilépticos durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas mayores y déficit cognitivo en niños hijos de madres con epilepsia. La mayor parte de la organogénesis se da durante las primeras 4 semanas del embarazo. En un embarazo no planificado, al momento en que la paciente reconozca que está embarazada, ya será demasiado tarde para modificar la terapia antiepiléptica y reducir los riesgos de teratogénesis. El riesgo de malformaciones congénitas aumenta de 2 a 3 veces con la exposición a antiepilépticos en el primer trimestre del embarazo. Con el uso de valproato el riesgo aumenta hasta 10 veces, por lo cual se deberá evitar en la medida de lo posible utilizarlo durante el embarazo.

Desde la posición de Tatum 2004, Harden 2009, Fletcher 2009 y Noe 2010, nombrados por Lee⁽¹⁴⁾, todos los antiepilépticos son potencialmente teratogénicos, por esta razón se deberá implementar el uso de ácido fólico en los meses previos al embarazo y durante el desarrollo del embarazo, principalmente durante el primer trimestre, como profilaxis de malformaciones congénitas mayores como defectos del tubo neural.

En opinión de Lee⁽¹⁴⁾, al citar a Pennel 2002, Pirie 2005, Thomas 2006 y Noe 2010, durante el embarazo se deben monitorizar los niveles séricos de antiepilépticos y compararlos con los basales, para mantener una dosis que mantenga un control efectivo sobre las convulsiones, utilizando el basal obtenido previo al embarazo. Se deberán monitorizar al inicio de cada trimestre y en las últimas 4 semanas del embarazo, aunque la frecuencia en que se monitoricen se deberá individualizar para cada paciente según el control sobre las convulsiones y conforme se aumenten y disminuyan las dosis.

Patel 2016, citado por Gómez⁽¹⁾, opina que el manejo de la epilepsia durante el embarazo requiere considerar y balancear los posibles efectos adversos de los fármacos sobre el feto, como lateratogenicidad, los resultados neonatales, resultados obstétricos, resultados en el impacto neurológico a largo plazo y los efectos de la crisis sobre la madre y el feto.

La epilepsia como patología no incrementa el riesgo de malformaciones, pero en las embarazadas epilépticas sin tratamiento la frecuencia de malformaciones congénitas oscila aproximadamente entre 2-4% y en las tratadas 6%⁽¹⁾.

En su estudio Gómez ⁽¹⁾, comparte la opinión de Zarranz 2008, quien alega que hoy se sabe que la mujer epiléptica bien controlada, en su mayoría, no tendrá alteraciones en la frecuencia de crisis durante el embarazo.

En la opinión de Gil 2017, citado por Hidalgo Sánchez ⁽³⁾, las embarazadas con epilepsia presentan otros factores de riesgo que origina la enfermedad neurológica: comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, elevado coste económico, mayor riesgo de muerte prematura, posible disfunción psicosocial y mayor afectación en la calidad de vida.

Como afirman H. Bjørk 2015 y Borgelt 2016, citados por Hidalgo ⁽³⁾, los factores de riesgo que incrementan las convulsiones durante el embarazo son: mecanismos patológicos, cambios en el metabolismo, impacto de los estrógenos y la progesterona sobre la excitabilidad neuronal y el umbral convulsivo, hiperémesis, crisis no controladas, cansancio y de privación del sueño, padecer depresión perinatal o ansiedad, no cumplir estrictamente con el tratamiento antiepiléptico, y dosis o terapias inadecuadas de FAEs (por comportamientos de prescripción basados en componentes socioeconómicos).

Para H. Bjørk 2015, citado por Hidalgo ⁽³⁾, las comorbilidades psicológicas que pueden padecer dichas pacientes son: depresión, ansiedad, temor al parto, pensamiento suicida y trastorno del estado de ánimo. En el marco de las enfermedades psiquiátricas la primera causa de muerte materna es el suicidio. Una paciente con una alta frecuencia de crisis durante la gestación tiene mayor riesgo de padecer depresión perinatal o postparto y/o ansiedad.

Según Viale et al. ⁽¹⁵⁾, en embarazadas con epilepsia se ha notificado un aumento del riesgo de aborto espontáneo, metrorragia anteparto, trastornos hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino. Las crisis convulsivas durante la gestación son perjudiciales para el feto y la madre, implican grandes riesgos si no son controladas y pueden empeorar por un aumento de frecuencia o intensidad durante esta etapa y tras el parto. Alrededor de 1/3 de las mujeres con epilepsia experimentan un aumento del número de crisis durante su embarazo. Este evento puede ser una de las razones para inducir el parto, conllevando un mayor riesgo de cesárea ⁽¹⁾. (Hidalgo Sánchez)

Los momentos del periodo gestacional donde es más probable un aumento o cambio de la intensidad de las crisis son el primer y tercer trimestre, y durante el parto ⁽³⁾.

Para el feto, los efectos dependen del tipo de crisis (las más graves son las tónico-clónicas) y de su frecuencia (a mayor asiduidad, mayor es el daño fetal). Los principales efectos son: acidosis láctica materna transmitida por vía placentaria, bradicardia fetal por irrupción en el aporte de oxígeno al feto o hipoxemia, ser pequeño para su edad gestacional o PEG, traumatismos a causa de una contusión en el

abdomen, muerte intrauterina por status epiléptico en la madre, malformaciones o anomalías. Si las madres son tratadas correctamente se evita la muerte prenatal. Ruth 2013, Aghajanian 2015 y Borgelt 2016, citados por Hidalgo ⁽³⁾.

En la opinión de Bangar⁽¹⁶⁾, el tratamiento de las convulsiones durante la gestación: mejora la calidad de vida materna, evita el status epiléptico y previene lesiones relacionadas con estas sacudidas.

Desde el punto de vista de Aghajanian2015 y Borgelt 2016, citados por Hidalgo ⁽³⁾, las embarazadas con epilepsia están expuestas a un riesgo 3 veces mayor que la población femenina general de sufrir alguna complicación debido a su condición. Las principales complicaciones obstétricas son: hiperémesis gravídica, trastornos hipertensivos, anemia, desprendimiento de placenta, preeclampsia, sangrado vaginal, hemorragia severa en el postparto, aborto espontáneo y muerte materna. Existe un mayor riesgo de parto prematuro, que si no progresa adecuadamente puede acabar en cesárea y una tasa más elevada de inducción del parto y parto instrumental que en mujeres no epilépticas.

La epilepsia y el embarazo en la Atención Primaria de Salud

Desde la posición de Starfield 2001, citado por Maiz⁽¹⁷⁾ se opina que la APS es uno de los niveles asistenciales que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS), que por sus características e importancia constituye la función y núcleo principal del SNS.

Para Padilla⁽¹⁸⁾ la APS es entendida como “aquel sistema que, gracias a su accesibilidad, continuidad asistencial (...), presta una asistencia cuyo objetivo es resolver los problemas frecuentes de salud de las personas y su comunidad, coordinándose en lo necesario con el resto de niveles asistenciales y dispositivos sociales y sanitarios”.

Se concuerda con conPincay⁽¹⁹⁾ que donde ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud es en los servicios de atención primaria.

En este mismo orden, Maiz⁽¹⁷⁾, quien cita los estudios de Starfield 1994-2001 y Berra 2012, reafirma que la APS se caracteriza también por ser el primer contacto de las personas con el sistema sanitario, y agrega que ofrece una atención centrada en la persona, desde un enfoque familiar, con orientación comunitaria y primando la colaboración y el trabajo en equipo.

Cuando existe deseo concepcional se debe realizar una correcta planificación del tratamiento antiepiléptico y asegurar el cumplimiento del mismo. En este sentido se debe intentar programar el embarazo cuando las crisis estén bien controladas⁽¹⁾.

Es conveniente que el médico de la APS informe adecuadamente a la paciente sobre los potenciales efectos que las crisis o los fármacos antiepilépticos pueden tener sobre la paciente y el feto: teratogenicidad, aumento de frecuencia de las crisis, complicaciones obstétricas: aborto, prematuridad, muerte fetal, retraso del crecimiento intrauterino (20).

Es probable que las pacientes que estén libres de crisis antes del embarazo permanezcan bien controladas durante el mismo. (13) Leach 2017, nombrado por Gómez

El médico del consultorio debe velar por el cumplimiento eficaz de los medicamentos. En caso de no existir un buen control en esta etapa, el médico de la APS en conjunto con el neurólogo, pediatra y ginecólogo pueden realizarle modificaciones terapéuticas como cambio de fármacos, ajustes de dosis. La APS debe promover un embarazo sano.

Desde la APS se controlará la salud del bebé durante todo el embarazo. Para Noe 2006 y Thomas 2010, citados por Lee ⁽¹⁴⁾, se debe establecer, en la medida de lo posible, un estado basal libre de convulsiones para aumentar las posibilidades de que continúe sin convulsiones durante el embarazo, el control de las crisis es un objetivo fundamental para que el curso del embarazo sea el apropiado.

Es conveniente que explicar a la embarazada que la epilepsia no es sinónimo de contraindicación para el embarazo, para el parto natural, la anestesia epidural, el parto por cesárea ni la lactancia ⁽¹⁾. A su vez debe incidir en evitar las preocupaciones, como el temor a empeoramiento de las convulsiones, los potenciales efectos adversos de los antiepilépticos en el feto y las posibles complicaciones durante el parto ⁽²¹⁾.

Para Hidalgo ⁽³⁾, con el que concuerdan los autores de este artículo, la educación sanitaria es esencial para la prevención de riesgos durante la gestación, promoción de salud y de una mejor calidad de vida para la madre y su hijo, especialmente en la etapa preconcepcional, mediante recomendaciones sobre:

- Higiene del sueño.
- Suplementación de ácido fólico.
- Correcta administración del tratamiento.
- Apoyo emocional.

La epilepsia si está controlada no es un problema en el embarazo, sin embargo, es un momento crítico y de gran importancia, pues existe un cambio hormonal importante que puede afectar en la enfermedad,

el médico de la familia debe tener en cuenta el control de las crisis, prevención de golpes al feto, y el uso de medicamentos. Los fármacos no se deben interrumpir, sin embargo, se aconseja que se utilice un único fármaco antiepiléptico y que se use en la mínima dosis posible. Es significativo subrayar que un embarazo con una epilepsia descontrolada es mucho peor para la madre y el feto⁽²²⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

La epilepsia y el embarazo requieren especial atención por parte de la APS cuando concurren, debido a las posibles complicaciones que pueden ocurrirle a la madre y al feto, por lo que el seguimiento a las embarazadas con epilepsia es fundamental.

El manejo de las embarazadas con epilepsia constituye un reto complejo y requiere de un asesoramiento integral por parte del neurólogo, obstetra, pediatra y médico general de atención primaria de salud incluso, desde antes del momento que la paciente planifique un embarazo para evitar posibles efectos adversos de los antiepilépticos en el feto y las convulsiones durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Sambucetti MN. Epilepsia y Embarazo. Monografía Postgrado de Ginecología. 2019. Universidad de la República. Facultad De Medicina. Montevideo. Disponible en: https://www.ginecologicab.hc.edu.uy/images/Epilepsia_y_embarazo.pdf
2. De J, Gestación E. Protocolo: Epilepsia y Gestación Protocols Medicina Maternofetal Hospital Clínic-Hospital Sant [Internet]. [citado 04 ene 2024] Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia-y-gestacion.pdf>
3. Hidalgo Sánchez M, et al. Epilepsia en embarazadas. MedfamAndal. [Internet]. 2019. [citado 04 ene 2024]; 2: 151-161. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_RR_epilepsia.pdf
4. Ruth DJ, Barnett J. Epilepsy in pregnancy: best evidence for care. J Perinat Neonatal Nurs. [Internet]. 2013 [citado 04 ene 2024]; 27(3):217-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23899800/>
5. Carmona Domínguez E. Epilepsia y embarazo: particularidades y tratamiento. Ginecol. obstet. [Internet]. 2023 [citado 04 ene 2024]. 91 (2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000200109
6. Lozano Vidal M., Carmona Domínguez E. Epilepsia y embarazo: particularidades y tratamiento. Ginecol. obstet. Méx. [Revista en la Internet]. 2023 [citado 2024 Feb 04]; 91(2): 109-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000200109&lng=es. Epub 05-Mayo-2023. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i2.8453>.

7. Medicina S De, Fetal M. Guia Clínica: Epilepsia Y Gestación Guías Clínicas Medicina Materno-Fetal ServeiD'Obstetricia-Icgon-Hospital Clínic Barcelona Guia Clínica Epilepsia Y Gestación. 2011; 1-14. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia-y-gestacion.pdf?fbclid=IwAR1t1Nn0QqgV2wTfP1yieztpDbYfPA3IY35UsqtFqjOYydkvCKfqGElStz8%0A/medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia-y-gestacion.pdf>
8. Sáez M David, Fuentes S Paulo. Neurología y embarazo. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Feb 05]; 48(4): 279-291. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500004>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020. [citado 4/02/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
10. De J, Gestación E. Protocolo: Epilepsia y Gestación Protocols Medicina Maternofetal Hospital Clínic-Hospital Sant [Internet]. [citado 04 ene 2024] Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia-y-gestacion.pdf>
11. Hammarberg K, Stocker R, Romero L, Fisher J. Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: a systematic review and narrative synthesis. BMC PregnancyChildbirth 2022; 22 (1). doi:10.1186/S12884-022-04498-1
12. McGrath A, Sharpe L, Lah S, Parratt K. Evaluation of a Decision Aid for Women with Epilepsy Who Are Considering Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. MedDecisMaking 2017; 37 (5): 589-99. doi:10.1177/0272989X17697304
13. Whybrow R, Webster LM, Seed PT, Sandall J, Chappell LC. The effectiveness of decision aids for pregnancy related decision-making in women with pre-pregnancy morbidity; systematic review and meta-analysis. BMC PregnancyChildbirth 2022; 22 (1). doi:10.1186/S12884-022-04402-X
14. Lee Chang Segura J., Pérez Rojas R. Tratamiento antiepiléptico durante el embarazo. BiophysicalJournal. 2011. [citado 2024 Feb 04]; 100(3):217^a. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v24n2/art3.pdf>
15. Viale L, Allotey J, Cheong-See F, et al. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2015; 386 (10006):1845-52. doi:10.1016/S0140-6736(15)00045-8///// Lavu A, Vaccaro C, Shouman W, Severini SA, Eltonsy S. Anti-epileptic drug exposure during pregnancy and neonatal birth weight outcomes: protocol for a systematic review and meta-analysis. SystRev 2021; 10 (1). doi:10.1186/S13643-021-01711-8
16. Bangar S, Shastri A, El-Sayeh H, Cavanna AE. Women with epilepsy: clinically relevant issues. [Internet]. 2016. FunctionalNeurology. [citado 2024 Feb 04]; 31(3):127-134. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5115226/>

17. Maiz, G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasuneskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/>
18. Padilla J. Atención Primaria: fundamentos, reformas y ¿futuro? [Internet]. 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/javithink/atencion-primaria-fundamentos-reformas-y-futuro>
19. Pincay Pin VE., Vélez Macías MA.; Jaime Hernández NK.; Vélez Franco MM. Importancia de la atención primaria de la salud en la comunidad. [Internet]. 2020. Revista RECIAMUC2. [citado 2024 Feb 04]; 48(4): 4. (3): 588-0748. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/535/840>
20. Epilepsia y embarazo. In [cited 2024 Feb 05]. Available from: <http://www.acnweb.org/guia/g2c11i.pdf>
21. Calvo Jiménez JJ., Ulloa Castro ML., González Garro AR. Manejo de la epilepsia en el embarazo. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2023. [citado 2024 Feb 04]; 8 (5): 2215-4523. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/1033/2152/7014>
22. Consensus guidelines: preconception counseling, management, and care of the pregnant woman with the epilepsy. Epilepsia [Internet]. Wikipedia. 2024. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Epilepsia>

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la conceptualización, redacción - borrador inicial, redacción - revisión y edición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para el desarrollo de la presente.